



**COMUNICAÇÕES  
LIVRES/POSTERS**

---

## Comunicações livres/posters

ACTA REUMATOL PORT. 2012;37:25-58 (SUP)

### CLP 1 – DOENÇA DE PAGET DO OSSO VS METÁSTASES ÓSSEAS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NEM SEMPRE FÁCIL

Eurico Oliveira<sup>1</sup>, Paula Manuel<sup>1</sup>, João Alexandre<sup>1</sup>,  
Fernando Girão<sup>1</sup>

1. Centro Hospitalar Tondela-Viseu

**Introdução:** A doença de Paget foi descrita inicialmente como um processo inflamatório crónico do osso por Sir James Paget em 1877 e caracteriza-se por um aumento da remodelação óssea, com excessiva reabsorção seguida de actividade osteoblástica considerável. As consequências dessa desregulação consistem no designado «osso em mosaico», que apresenta maior susceptibilidade a fracturas. A causa é ainda desconhecida, embora se admita que seja multifactorial, com papel activo de factores genéticos e ambientais. Muitas vezes cursa de forma assintomática, sendo frequente o seu diagnóstico incidental. O diagnóstico é feito por exclusão de outras patologias que alteram o metabolismo ósseo, associados às alterações ósseas típicas. Afecta sobretudo indivíduos da 5ª década de vida em diante, sendo a incidência geral estimada em cerca de 1% da população.

**Caso Clínico:** Doente do sexo feminino de 72 anos de idade, com antecedentes de HTA que apresentava queixas de dores ósseas generalizadas, com cerca de 3 meses de evolução. Realizou RX do esqueleto em ambulatório que evidenciou imagens sugestivas de lesões líticas em múltiplas localizações. A cintigrafia óssea confirmou estes achados, com «múltiplas lesões neoplásicas provavelmente secundárias a neoplasia oculta». Efectuou estudo diagnóstico subsequente com o objectivo de identificar um eventual tumor primário, o que não foi conseguido. Apresentava elevação da fosfatase alcalina sérica e também múltiplas imagens de fracturas antigas nos exames de imagem. Colocou-se a hipótese de doença de Paget óssea e foi efectuado o doseamento de produtos do metabolismo ósseo na urina (osteocalcina, desoxipiridolina, N e C-telopéptidos do colagénio tipo I) e da fosfatase alcalina específica do osso, que estavam elevados. Realizou-se biopsia de

uma lesão óssea, que foi compatível com Doença de Paget do osso. A doente foi submetida a terapêutica com ácido zoledrónico 5mg endovenoso, com boa resposta clínica, apresentando-se desde então assintomática. Em consulta de *follow-up* verificou-se ainda regressão da excreção urinária dos referidos metabolitos, como seria de esperar.

**Conclusão:** A distinção entre doença de Paget e metástases ósseas é um verdadeiro desafio e nem sempre é fácil. O diagnóstico é de exclusão, e, após o seu correcto diagnóstico, apresenta boa evolução clínica após terapêutica adequada. Estes doentes devem ser regularmente seguidos pelo risco de complicações a longo prazo, nomeadamente o sarcoma ósseo.

### CLP 2 – UMA ÚLCERA, SÓ!... E AGORA?

Maria Manuel Alves Peixoto<sup>1</sup>, Hélder Filipe Romão dos Santos<sup>1</sup>, Ângela Santos Neves<sup>1</sup>

1. UCSP Arazede

**Enquadramento:** As úlceras genitais são um desafio diagnóstico sendo que, mesmo depois de uma avaliação completa, cerca de 25% dos casos permanecem sem etiologia definida. Contudo, devemos ter presente que nem todas as úlceras genitais representam infecções sexualmente transmissíveis (IST), podendo surgir como a manifestação de uma doença auto-imune ou até serem uma manifestação de patologia neoplásica.

**Descrição do Caso:** Mulher de 37 anos, divorciada, delegada de informação médica, sem antecedentes pessoais relevantes, que recorre à consulta em Fevereiro de 2012 por úlcera genital única e dolorosa, com 5 dias de evolução. Negava contactos sexuais de risco, da sua parte, bem como outras queixas ginecológicas. Quando questionada referiu úlceras orais frequentes que nunca valorizou.

À observação apresentava úlcera única no intróito vaginal dolorosa com base de fibrina, não endurecida com cerca de 0,8x0,3cm, sem adenomegalias ou outras alterações ao exame ginecológico.

Da avaliação laboratorial realizada salienta-se: um

aumento da VS e PCR, serologias infecciosas negativas à excepção de imunidade para citomegalovírus (CMV) e testes de auto-imunidade negativos.

Por suspeita clínica de Síndrome de Behçet (úlceras orais recorrentes associada a úlcera genital) instituiu-se terapêutica com corticoídes tópicos e a doente foi referenciada à consulta de oftalmologia para despiste de uveíte, que foi descartada. Foi pedido o apoio da Dermatologia que confirmou a suspeita diagnóstica de Síndrome de Behçet e introduziu terapêutica com Colchicina. Foi ponderada biopsia da úlcera por atraso na resposta ao tratamento (2 meses), que não chegou a ser realizada devido a cicatrização da mesma.

A doente apresenta melhorias francas sem recrutamento de lesões orais e/ou genitais e sem efeitos adversos da medicação.

**Discussão:** Este caso visa chamar a atenção para o diagnóstico diferencial da úlcera genital, devemos ter sempre presente que nem todas são IST.

A síndrome de Behçet é uma vasculite sistémica de causa desconhecida que afecta artérias e veias de todos os calibres caracterizada por úlceras orais e genitais recorrentes, podendo ainda apresentar manifestações oculares, articulares ou afectar o sistema nervoso e digestivo, e que é mais prevalente nas populações da Bacia Mediterrânea e dos países do Médio e Extremo Oriente, cujo tratamento, tem por base o recurso à corticoterapia e à imunomodulação.

### CLP 3 – ACUPUNCTURA NO TRATAMENTO DA DOR NA FIBROMIALGIA – REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Manuela Carvalho<sup>1</sup>, Helena Luísa Lopes<sup>2</sup>, João Brites Pereira<sup>1</sup>

1. USF Ars Medica

2. UCSP Lumiar

**Introdução:** A fibromialgia é uma patologia prevalente no contexto dos cuidados de saúde primários que condiciona importante morbidade. O seu tratamento pode incluir diversas abordagens e frequentemente representa um desafio. Nos últimos anos a acupuntura tem surgido como uma promissora opção terapêutica nesta patologia.

O trabalho teve como objectivo rever a evidência existente sobre a eficácia da acupuntura no tratamento da dor na fibromialgia.

**Material e Métodos:** Realizou-se uma pesquisa bi-

bliográfica com os termos MeSH *fibromyalgia, therapeutics and acupuncture therapy* em várias fontes (PubMed, National Guideline Clearinghouse, The Cochrane Library, Canadian Medical Association, The University of York, Bandolier, Evidence Based Medicine BMJ, Science Direct, RCAAAP, Google Scholar, UpToDate) com datas de publicação entre 2007 e 2012. Foram pesquisadas *Guidelines*, meta-análises, revisões sistemáticas e estudos originais escritos nas línguas portuguesa, inglesa, espanhola, francesa e italiana.

Foi utilizada a taxonomia SORT para avaliar o nível de evidência e força de recomendação.

**Resultados:** Foram encontrados 132 artigos, dos quais foram seleccionados 8 (2 *guidelines*, 2 revisões sistemáticas, 1 revisão sistemática com meta-análise, 3 ensaios clínicos aleatorizados e controlados). Esta selecção foi realizada através de critérios de inclusão e exclusão pré-definidos. De uma forma geral, os estudos seleccionados referem que a acupuntura pode reduzir moderadamente a dor nos doentes com fibromialgia, com um nível de evidência 2. No entanto, 4 estudos referem que esta abordagem apresenta efeito quando utilizada como terapêutica adjuvante.

**Conclusões:** A acupuntura é uma prática com poucos efeitos secundários e que pode permitir a redução do uso de analgésicos. No entanto, os estudos de qualidade acerca desta terapêutica são de difícil realização principalmente devido à complexidade de controlo do efeito placebo, podendo este constituir um viés importante. Torna-se necessária a realização de estudos mais rigorosos e com amostras superiores.

Conclui-se, então, com uma força de recomendação B, que a acupuntura reduz moderadamente a dor na fibromialgia quando em associação com terapêutica habitual.

### CLP 4 – PRESCRIÇÃO DE OSTEODENSITOMETRIA NA OSTEOPOROSE DO ADULTO

Moisés Henriques<sup>1</sup>

1. Centro de Medicina Naval; Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** As Normas de Orientação Clínica (NOCs) são um conjunto de recomendações clínicas, desenvolvidas de forma sistematizada, que se destinam a apoiar o médico e/ou o doente na tomada de decisões acerca de intervenções ou cuidados de saúde, em situações clínicas específicas. Perante a dificuldade de

interiorizar todas as NOC emitidas pela Direção-Geral da Saúde, decidiu-se tentar otimizar o acesso aos conteúdos da NOC número 001/2010 de 30 de Setembro de 2010 referente à Prescrição de Osteodensitometria na Osteoporose do Adulto, visando a sua crescente utilização.

**Material e Métodos:** Foi criado um questionário em suporte informático (Microsoft Office Excel) com base na referida NOC e disponibilizado aos médicos do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria para uso na sua prática clínica.

**Resultados:** O programa criado é compreensível e de fácil utilização, tendo a opção de arquivar os dados recolhidos em suporte de papel. O questionário é constituído por duas partes: uma de identificação do doente e outra referente à prescrição da Osteodensitometria. Esta última começa por questionar se o(a) doente realizou este exame previamente; de acordo com a resposta à pergunta, avança-se para a fase seguinte: se SIM, averiguar se reúne condições para repetir o exame; se NÃO, averiguar se cumpre os requisitos para realizar o exame. Esta nova ferramenta de trabalho revelou-se útil na prática clínica dos médicos do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria.

**Conclusões:** O racional das NOCs é beneficiar todos os intervenientes, diretos e indiretos, nos cuidados de saúde. Otimizar a aplicação das mesmas é elevar ainda mais esse ideal. O questionário que sumariza a norma de orientação clínica emanada pela Direção-Geral da Saúde, ao ser integrado num programa informático apelativo, de fácil e rápido preenchimento, permite aos médicos cumprir as exigências vigentes sem esforços adicionais. O programa apresentado para assessorar a atividade médica constitui uma mais-valia que não deve ser restrita apenas a um grupo de profissionais.

**Palavras-Chave:** Osteoporose, Adulto, Osteodensitometria, Normas de Orientação Clínica.

#### CLP 5 – ARTRITE REATIVA NUM DOENTE IDOSO COM INFEÇÃO POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

Válter R Fonseca<sup>1</sup>, Francisca Vieira<sup>1</sup>,  
Marisa Teixeira Silva<sup>1</sup>, Rui M M Victorino<sup>1</sup>

1. Clínica Universitária de Medicina II, CHLN – Hospital de Santa Maria

**Introdução:** A artrite reativa é um processo inflamatório asséptico que ocorre após uma infeção bacteriana gastrointestinal ou genitourinária. O *Clostridium difficile* tem sido um dos agentes mais raramente associados ao desenvolvimento de artrite reativa, apesar da sua crescente importância epidemiológica.

**Caso Clínico:** Homem de 94 anos, admitido por colite a *C. difficile* uma semana após internamento hospitalar por traqueobronquite a *S. aureus*. Ao oitavo dia de internamento desenvolve quadro de oligoartrite. Após exclusão de causas sépticas, microcristalinas e degenerativas assumiu-se o diagnóstico de artrite reativa associada a *C. difficile*, tendo-se iniciado terapêutica com naproxeno com remissão da sintomatologia.

**Conclusão:** A artrite reativa associada a *C. difficile* caracteriza-se por um quadro clínico semelhante ao descrito para as restantes formas de artrite reativa, contudo com algumas particularidades epidemiológicas, clínicas e fisiopatológicas. Este caso ilustra a necessidade de equacionar este diagnóstico diferencial em doentes idosos internados e com queixas osteoarticulares.

#### CLP 6 – HOOK-LIKE OSTEOPHYTES – TWO DISTINCT CAUSES

Mariana Galante Santiago<sup>1</sup>, Margarida Coutinho<sup>1</sup>,  
Tânia Santiago<sup>1</sup>, Joana Fonseca Ferreira<sup>1</sup>,  
Maria João Salvador<sup>1</sup>, Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Coimbra, Portugal

Hand radiography is commonly used in the evaluation of rheumatic patients. Traditionally associated with calcium pyrophosphate dihydrate deposition or hemochromatosis arthropathy, hook-like osteophytes along the radial aspect of the distal metacarpals is not a common radiographic finding and can also be seen in other conditions, such as osteoarthritis and rheumatoid arthritis. Other radiographic characteristics, such as intra-articular and periarticular calcifications, uniform or non-uniform loss of joint space in some or at all metacarpophalangeal joints, are helpful to differentiate the conditions.

We present two cases of hook-like osteophytes in the metacarpophalangeal joints with a different final diagnosis and discuss their distinctive radiographic findings.

### CLP 7 – INTRAVENOUS IMMUNOGLOBULIN FOR RHEUMATIC DISEASES – A TWELVE-YEAR EXPERIENCE

Mariana Galante Santiago<sup>1</sup>, Tânia Santiago<sup>1</sup>, Sara Serra<sup>1</sup>, Maria João Salvador<sup>1</sup>, Armando Malcata<sup>1</sup>  
1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Coimbra, Portugal

**Background:** Intravenous immunoglobulin (IVIG), the mainstay therapy in immunologic deficiency syndromes, has been widely used in other areas, such as autoimmune, inflammatory and idiopathic disorders, even though little objective data support its use. The possible mechanisms of action are multiple and not fully understood, however several uncontrolled trials and case reports suggest some efficacy of IVIG in rheumatic diseases.

**Objectives:** We intend to summarize the use, safety and the effectiveness of high-dose IVIG therapy in our Rheumatology Department focusing in diseases for which the indication of IGIV is still not well established. We also try to identify factors that influence off-label use of IVIG.

**Methods:** We performed a retrospective review of all patients treated with IVIG at our Rheumatology Department in a twelve-year-period (between January 2000 and December 2011). Individual patient diagnosis linked to pharmacy records were accessed and examined. Only the off-label IVIG administrations as defined by European Medicines Agency-approved indications were considered.

**Results:** Twenty patients received a total of 85 off-label IVIG administrations during the study period. The patients' diagnoses were systemic lupus erythematosus (8 cases), dermatomyositis (6 cases), polymyositis (5 cases) and adult-onset Still's disease (1 case). All the patients were unresponsive to conventional and approved therapy.

The total dose of IVIG administered in each pulse was 2g/Kg, divided into 5 daily doses of 400mg/Kg or, less frequently, into 2 daily doses of 1g/Kg each. The average number of pulses was 4, with 4 week interval. No serious adverse events were registered.

We observed rapid increases in platelet count, although transient, in 5 patients with systemic lupus erythematosus-associated thrombocytopenia refractory to oral prednisone, after 1 pulse of IVIG. IVIG also showed some benefit in 2 patients with acute flare of

systemic lupus erythematosus. We registered 1 case of severe neuropsychiatric lupus refractory to high dose corticotherapy and cyclophosphamide, in which IVIG treatment resulted in successive and sustained improvement. IVIG was an effective therapy in 6 patients with dermatomyositis as a second-line treatment and showed some benefit in 5 patients with refractory polymyositis. IVIG was once tried in adult-onset Still's disease, resulting in rapid improvement and disease control.

**Conclusions:** IVIG has been used in many clinical conditions other than immune deficiency. We found off-label efficacy of IVIG. However we only used it as second- or third-line therapy. IVIG appears to be a relatively safe therapy, although it is expensive and not without risk. The appropriate use of IVIG in rheumatic diseases is still a matter of debate.

### CLP 8 – JACCOUD ARTHROPATHY – TWO CASES

Mariana Galante Santiago<sup>1</sup>, Joana Fonseca Ferreira<sup>1</sup>, Tânia Santiago<sup>1</sup>, Maria João Salvador<sup>1</sup>  
1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Coimbra, Portugal

Jaccoud arthropathy (JA) is a non-erosive deforming type of arthropathy first identified in patients with rheumatic fever in the 19th century. Later it was described in systemic lupus erythematosus (SLE) patients and in other rheumatic diseases. This form of arthropathy causes severe deformities mainly in the hand joints with multiple subluxations; swan neck and boutonniere deformities in the fingers; Z distortion of thumbs; and ulnar drift of metacarpal-phalangeal joints, which can be easily misdiagnosed as rheumatoid arthritis. Although articular involvement is one of the most common findings in lupus patients and frequently one of its initial manifestations, JA is described in only 2% to 35% of cases. We report two cases of JA and explore its clinical and serological characteristics.

### CLP 9 – OSTEONECROSE CEFÁLICA UMERAL BILATERAL PÓS-CORTICOTERAPIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Filipa Narra Pisa<sup>1</sup>, Rita Jerónimo<sup>2</sup>, Jorge Gomes<sup>1</sup>,

João Lacerda<sup>1</sup>, Augusto Martins<sup>1</sup>

1. Centro Hospitalar Lisboa Central

2. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

**Introdução:** A osteonecrose avascular consiste numa patologia multifactorial que condiciona a enfarte ósseo com posterior necrose e colapso. É mais frequente na faixa etária dos 30 aos 50 anos, afetando geralmente as epífises dos ossos longos. Apesar de haver poucos trabalhos sobre a afectação da cabeça umeral, esta é a 2ª localização mais frequente a seguir à cabeça femoral. A terapêutica crónica com corticóides é das principais causas de necrose avascular atraumática, não se conhecendo o mecanismo etiopatogénico preciso, apenas o que potencia o risco de desenvolver a doença.

**Objetivo:** Os autores apresentam o caso de uma doente com osteonecrose avascular bilateral da cabeça umeral pós corticoterapia.

**Caso Clínico:** Doente do sexo feminino, 66 anos, reformada, com antecedentes de Sarcoidose diagnosticada há 25 anos e medicada até 2010 com corticoterapia (prednisolona 20mg). Adicionalmente, apresentava antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial, Dislipidémia e Asma Brônquica, sem referir hábitos tabágicos ou etanólicos. Iniciou quadro de omalgia esquerda com limitação funcional progressiva com mais de um ano de evolução e sem melhoria com programa de reabilitação. Com o início da dor, a doente tinha realizado exames radiológicos simples sem alterações aparentes e ecografia articular com sinais de entesopatia, mas integridade a nível da coifa dos rotadores. Na consulta de Ortopedia, verificou-se, clínica e imagiologicamente, alterações compatíveis com osteonecrose (grau V na Classificação de Cruess), admitindo-se diagnóstico de osteonecrose avascular atraumática pós corticoterapia. Apresentava um *Score* de Constant de 23 pontos, pelo que foi proposta para Artroplastia total de Ombro à esquerda, em Março 2011. Após 6 meses, iniciou quadro algíco e incapacitante marcado à direita, tendo evoluído rapidamente de uma omartrose ligeira sem sinais de necrose para uma osteonecrose grau IV na Classificação de Cruess e um *Score* de Constant de 49, pelo que foi proposta Artroplastia total de Ombro à direita.

**Discussão:** Atualmente, a utilização criteriosa de corticoterapia permitiu a diminuição da incidência de osteonecrose de 25 para 5% nos últimos anos, porém, ainda é impossível prever em que doentes esta patologia se desenvolve. É consensual que a corticoterapia é fator de risco *major* para o aparecimento de osteonecrose avascular.

Contudo, é difícil prever que doentes vão evoluir para necrose, não obstante os estudos apontarem para o facto de que a concomitância com outras comorbilidades aumente o risco de osteonecrose.

A corticoterapia é um aliado terapêutico para o tratamento do ombro doloroso, em especial, se não há alterações evidentes em radiologia simples e com coifa dos rotadores íntegra.

Por outro lado, o tempo entre a administração de corticóides e o início de sintomatologia é variável, com intervalo livre de sintomas entre 6 e 18 meses (segundo as séries). Nesta sequência, tendo em conta que, numa fase inicial, a osteonecrose não é diagnosticada por radiologia simples, sendo o «gold standard» a ressonância magnética nuclear (RMN), revela-se importante introduzir o algoritmo diagnóstico de exclusão de osteonecrose da cabeça umeral, na avaliação do ombro doloroso com estas características, num doente com antecedentes de corticoterapia.

**Conclusão:** O caso clínico enfatiza a prevalência de osteonecrose da cabeça umeral, devendo ser um diagnóstico diferencial presente em omalgias persistentes nos doentes com antecedentes de corticoterapia crónica.

Este trabalho alerta igualmente para a importância da RMN nos estádios iniciais em doentes de risco, com o intuito de evitar posteriormente as colocações de próteses totais do ombro, recorrendo-se a técnicas cirúrgicas mais simples como a descompressão intra-óssea e as próteses de *resurfacing*.

A artroplastia de substituição total de ombro é um bom procedimento para o alívio da dor e recuperação da capacidade funcional nos doentes com osteonecrose em estádios avançados.

## CLP 10 – DEFORMIDADE DE MADELUNG – RELATO DE UM CASO RARO

Nuno Gonçalves Geda<sup>1</sup>, Bruno José Canilho<sup>1</sup>, Nuno Figueira Lança<sup>1</sup>, Bruno Mota Silva<sup>1</sup>, Marina Escobar<sup>1</sup>, Rogério Barroso<sup>1</sup>, José Franco<sup>1</sup>

1. Serviço de Ortopedia – Hospital Nossa Senhora Rosário – Centro Hospitalar Barreiro Montijo

**Introdução:** Descrita de forma mais completa por Madelung em 1878, esta deformidade representa uma anomalia de desenvolvimento do rádio que conduz a subluxação palmar e cubital do punho e proeminên-

cia dorsal da estilóide cubital, condicionando de forma variável a mobilidade do punho, apesar da queixa principal ser a dor local.

Apesar de se desconhecer a verdadeira prevalência desta deformidade pensa-se que atinja menos de 2% da população em geral, representando cerca de 1,7% de todas as anomalias do punho. Apresenta um predomínio no sexo feminino (2 a 5:1) com atingimento, frequentemente, bilateral, sendo detectada na maioria dos casos entre os 8 e 14 anos de idade.

A sua fisiopatologia ainda não é completamente conhecida pensando-se que na sua origem esteja o encerramento precoce do componente cubitopalmar da placa de crescimento distal do rádio. Etiologicamente, pode-se dividir em idiopática, hereditária associada ao cromossoma X (displasia óssea- nanismo e síndrome de Turner) e não hereditária associada a traumatismo.

**Material e Métodos:** Apresenta-se o caso de uma doente de 22 anos, sexo feminino, raça caucasiana, observada na consulta externa de Ortopedia por dor ligeira e ocasional a nível do punho esquerdo com início aos 15 anos de idade, com ritmo predominantemente mecânico e agravamento com a supinação. Na anamnese, a doente negava febre, traumatismo local ou envolvimento de outras articulações. Membro direito dominante. Sem outros antecedentes pessoais relevantes. Laboralmente activa e praticante de *kickboxing*. Sem história familiar similar.

À observação, apresentava proeminência da estilóide cubital e desvio palmar do punho. Sem sinais de síndrome de Turner ou de displasia óssea, peso de 51Kg e altura de 1,58m. Foi realizada a avaliação da mobilidade e imagiológica dos punhos

**Resultados:** Clinicamente, apresentava alteração da mobilidade do punho esquerdo com perda marcada da extensão e do desvio radial do mesmo e perda ligeira da supinação.

Na avaliação radiológica dos punhos apresentava alterações bilaterais (mais acentuadas à esquerda) compatíveis com deformidade de Madelung (segundo os critérios de Dannenburg), dos quais se destacam convexidade dorsal e externa do rádio distal, desvio cubitopalmar da superfície articular do rádio, alargamento do espaço radiocubital distal com interposição do semilunar e conformação triangular do carpo.

**Discussão e Conclusão:** A deformidade de Madelung é uma deformidade rara, tendo-se encontrado referência apenas a dois casos descritos em Portugal, ambos associados a Síndrome de Léri-Weill. O presente caso é concordante com a epidemiologia conhecida,

não se tendo obtido nenhum sintoma ou sinal que aponte para uma causa etiológica, concluindo-se, assim, pelo diagnóstico de deformidade de Madelung idiopática bilateral, mais acentuada à esquerda.

As opções terapêuticas para esta deformidade podem ir desde o tratamento conservador e sintomático em caso de dor ligeira até tratamento cirúrgico com osteotomia correctiva do rádio e/ou cúbito ou artrotese do punho na dor grave com limitação importante da função. No caso desta doente, dado o cariz ocasional com dor ligeira e a boa capacidade funcional optou-se pelo tratamento sintomático.

A raridade desta deformidade condiciona uma falta de conhecimento dos processos fisiopatológicos subjacentes e a dificuldade do diagnóstico precoce que permitiria uma abordagem terapêutica dirigida, apesar do bom prognóstico da mesma.

#### CLP 11 – SARCOSPA – AVALIAÇÃO DA SARCOPENIA EM DOENTES COM ESPONDILARTRITE, UM ESTUDO CASO-CONTROLO

Joana Sequeira<sup>1</sup>, Catarina Ambrósio<sup>2</sup>, Renata Aguiar<sup>2</sup>, Joana Dias<sup>1</sup>, Anabela Barcelos<sup>2</sup>

1. USF Flor de Sal - ACES Baixo Vouga II

2. Serviço de Reumatologia - Centro Hospitalar Baixo Vouga EPE

**Introdução e Objectivos:** A perda de massa muscular é um problema grave, frequentemente associado à idade ou a doenças crónicas, que pode ter como consequências a perda de força, astenia, maior predisposição a infecções e morte prematura.

Diversos estudos indicam que, cerca de dois terços dos doentes com Artrite Reumatoide (AR), têm perda de massa muscular, denominada Caquexia Reumatóide. Na sua patogénese foram identificados vários factores: produção excessiva de citocinas e de TNF- $\alpha$ , a inactividade física e a redução da acção periférica de insulina. Sabe-se ainda que os doentes com AR têm taxas elevadas de degradação de proteínas e pensa-se que o TNF- $\alpha$  estimula o catabolismo muscular, tendo sido descrita como citocina «sarcoactiva», tal como a IL-6, interferão  $\gamma$  e TGF- $\beta$ .

A elevação de citocinas pro-inflamatórias, particularmente TNF- $\alpha$  está presente noutras doenças reumatológicas, nomeadamente no grupo das espondilartroses, sendo assim previsível que, à semelhança da

AR, ocorra perda de massa muscular nestes doentes.

Existem poucos estudos sobre a associação entre perda de massa muscular e espondilartrites. Os que existem têm resultados discordantes, pelo que o efeito da inflamação crónica e da actividade da doença na composição corporal destes doentes ainda é desconhecido.

Os objectivos deste estudo foram: avaliar o Índice de Massa Muscular (IMM) em doentes com espondilartrites; verificar se estão associados a maior risco de sarcopenia e verificar se o IMM destes doentes está relacionado com a actividade da doença, capacidade funcional e duração da doença.

**Material e Métodos:** Estudo caso controlo numa população de doentes com espondilartrite (axial ou periférica), seguidos na consulta hospitalar de Reumatologia. Como grupo controlo foram usados utentes seguidos numa Unidade de Saúde Familiar.

Critérios de exclusão: imobilização total de duração superior a 15 dias nos últimos 6 meses e plegia dos membros superiores ou inferiores.

Foram avaliadas as seguintes variáveis: sexo; idade; altura; peso, duração da doença, antecedentes patológicos, medicação crónica, IMM, actividade da doença (BASDAI e/ou DAS28); BASFI e HAQ.

Para classificação de sarcopenia foi determinado o IMM a partir do valor de massa muscular, calculada através da equação de Lee.

**Resultados:** Obtivemos uma amostra de 60 doentes dos quais 52% eram do sexo feminino e 48% do sexo masculino. A idade média dos doentes foi 45.5 anos ( $\pm 13.4$ ), e a duração média da doença de 10.9 anos ( $\pm 11.6$ ), 40% dos doentes cumpriam critérios para artrite psoriática (CASPAR, 2006).

Segundo a classificação do IMM, 62% dos doentes apresentavam algum grau de sarcopenia. O sexo, medicação concomitante e os antecedentes patológicos não parecem influenciar o grau de sarcopenia.

Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre IMM do grupo de doentes *versus* o grupo controlo ( $7.12 \pm 0.99$  vs  $7.8 \pm 0.93$ ;  $p < 0.05$ ). O *Odds ratio* entre casos e controlos com IMM normal ou com sarcopenia foi 2.1.

No grupo de doentes com EA não se encontrou associação entre o IMM e o BASFI, BASDAI ou duração da doença. No entanto, no subgrupo de doentes com AP com envolvimento axial, encontrou-se correlação negativa muito forte entre o IMM e o BASFI ( $\rho = -0.823$  e  $p < 0.05$ ).

**Conclusões:** Este estudo conclui que o grupo de doentes com espondilartrite apresenta, em média, menor

IMM do que o grupo de controlo. Os doentes apresentam um risco de sarcopenia 2 vezes maior que os controlos. Não foi possível identificar outros factores associados a essa perda de massa muscular, à excepção de um pequeno grupo de doentes com AP axial, em que pior capacidade funcional se associou a maiores níveis de sarcopenia.

Como limitações deste estudo salientamos o facto de a fórmula de cálculo do IMM utilizada não estar validada para a população portuguesa, o número pequeno da amostra e o viés de medição entre diferentes investigadores.

## CLP 12 – REUMASEX

Renata Aguiar<sup>1</sup>, Catarina Ambrósio<sup>1</sup>, Inês Cunha<sup>1</sup>, Anabela Barcelos<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia – Centro Hospitalar do Baixo Vouga

**Introdução:** O impacto das doenças reumáticas na vida sexual dos doentes tem tido especial atenção por parte da comunidade científica ao longo da última década. No entanto, a escassez de ferramentas específicas de avaliação torna difícil a sua abordagem. Os estudos existentes são escassos, especialmente no que toca às espondilartrites e, muito particularmente, à artrite psoriática. De facto, vários factores associados à própria patologia podem condicionar a função sexual nestes doentes: a dor, a rigidez e limitação da amplitude dos movimentos, a presença de tumefacção articular e manifestações extra-articulares, nomeadamente a fadiga, a entesopatia e, no caso da artrite psoriática, as lesões cutâneas.

Com o presente trabalho, os autores pretendem avaliar a satisfação sexual numa coorte de doentes com espondilartrites.

**Métodos:** Foi realizado um questionário anónimo, composto por 2 partes. Uma das partes consistia num questionário preenchido pelo médico com dados sobre a doença - articulações envolvidas, manifestações extra-articulares, comorbilidades, terapêutica atual e, de acordo com o tipo de envolvimento, metrologia (no caso dos doentes com envolvimento axial), índices de atividade (BASDAI e/ou DAS28), função (BASFI) e de qualidade de vida (ASQoL e HAQ). A outra parte era constituída por um questionário dirigido ao doente, que incluía dados demográficos (sexo, idade, duração da doença, estado civil, situação profissional e nível educacional), questões de múltipla escolha e questões

com resposta em escala visual analógica, englobando itens abordados em alguns índices validados de avaliação da função e satisfação sexual.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do sistema SPSS versão 17.0

**Resultados:** Foram incluídos 95 doentes com o diagnóstico de espondilartrite, sendo que 76 doentes responderam ao questionário; 31 tinham o diagnóstico de artrite psoriática, 30 de espondilite anquilosante, 9 de espondilartrite indiferenciada e 6 de espondilartrite da doença inflamatória intestinal; 40 eram homens e 35 eram mulheres. A idade média foi de  $46.08 \pm 12.08$  anos e duração média da doença de  $12.17 \pm 10.32$  anos. Numa escala visual analógica de 0 a 100, o nível médio de satisfação sexual foi  $52.28 \pm 30.99$ ; a noção de condicionamento na relação conjugal foi  $33.68 \pm 31.56$ ; a limitação na actividade sexual  $32.72 \pm 31.06$ ; a limitação imposta pela dor, tumefacção articular, fadiga, rigidez, diminuição da amplitude dos movimentos, diminuição da libido e alterações cutâneas oscilou entre  $29.17 \pm 28.51$  (tumefacção) e  $46.94 \pm 32.31$  (fadiga), não havendo diferença significativa entre sexos, diagnósticos e tipo de envolvimento. Uma forte correlação foi identificada entre a maioria destes factores e os valores dos ASQoL e HAQ, mas não entre eles e os índices de função e actividade da doença. A presença de comorbilidades não influenciou de modo estatisticamente significativo os valores obtidos. A maioria dos doentes afirmou discutir o tema com o parceiro e ter a sua compreensão; 58 doentes nunca tinham abordado o tema com outra pessoa e 65 nunca haviam sido questionados por nenhum profissional de saúde; 10 acreditavam que a medicação interferia na sua função sexual.

**Conclusão:** O presente trabalho sublinha o impacto das espondilartrites sobre a função sexual dos doentes. A fadiga foi o factor referido como mais limitador na actividade sexual, e os valores obtidos apresentaram forte correlação com os índices de qualidade de vida. O tipo de doença e de envolvimento articular não condicionaram diferenças significativas nos parâmetros analisados nesta coorte de doentes. Destaca-se aqui também uma alienação dos profissionais de saúde para a abordagem deste tema, igualmente difícil para os doentes, e que talvez deva merecer uma maior atenção.

### CLP 13 – ATLAS: THE BEARER

Mariana Galante Santiago<sup>1</sup>, Joana Fonseca Ferreira<sup>1</sup>, Tânia Santiago<sup>1</sup>, Sara Serra<sup>1</sup>, Maria João Salvador<sup>1</sup>,

Armando Malcata<sup>1</sup>, José António Pereira da Silva<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Coimbra, Portugal

**Background:** Atlas was the leader of the Titans. As punishment for treason, Zeus condemned Atlas to carry the Heavens on his shoulders forever: Atlas The Bearer of the Heavens and The Mother Hearth. This symbolizes the heavy task of the first cervical vertebra, which carries more than 3 times its own weight. But sometimes, the hardness of the atlas fails.

Rheumatoid arthritis is a chronic and systemic inflammatory disorder with a predilection for synovial joints. The radiological involvement of the cervical spine is reported in up to 80% of the patients. Synovitis developing in the facet joints of the atlas, in the synovial tissue adjacent to the odontoid process can cause serious cervical spine changes in rheumatoid arthritis (RA) patients.

**Case Presentation:** We present a case of a 50-year-old woman with RA since the age of 40. She had never had cervical complaints and the neurological exam was entirely normal. Because a knee replacement was being scheduled, a dynamic cervical x-ray was asked, which revealed an anterior atlanto-axial subluxation and atlanto-axial impactation. Further study was made by MRI, which demonstrated advanced pannus formation eroding the dens and compression of the medulla oblongata. A C1-C2 fixation was performed and the patient is doing well until now.

**Conclusions:** Cervical involvement in RA patients is common, leading to different patterns of instability. Although radiographic changes are common, the prevalence of neurologic injury is relatively low.

Surgical intervention before the onset of advanced myelopathy results in better outcomes compared to the surgical stabilization of patients whose conditions are more advanced or symptomatic. Radiographs of the cervical spine with lateral flexion-extension dynamic views should be obtained periodically and before elective surgery requiring general anesthesia.

### CLP 14 – BACTERIAL PERITONITIS: THE PRESENTATION OF A CYCLOPHOSPHAMIDE-ASSOCIATED BLADDER CARCINOMA IN A LONG-STANDING SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENT

Mariana Galante Santiago<sup>1</sup>, Joana Fonseca Ferreira<sup>1</sup>,

Marisa Loio<sup>1</sup>, Tânia Santiago<sup>1</sup>, Sara Serra<sup>1</sup>,  
 Maria João Salvador<sup>1</sup>, Armando Malcata<sup>1</sup>,  
 José António Pereira da Silva<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e  
 Universitário de Coimbra – Hospitais da Universidade  
 de Coimbra, E.P.E., Coimbra, Portugal

**Background:** Cyclophosphamide is an alkylating agent that is used in various neoplastic and non-neoplastic diseases, including lupus nephritis.

Cyclophosphamide can have a toxic urothelial effect, with different clinical manifestations, ranging from minor irritative symptoms and microscopic hematuria to hemorrhagic cystitis, bladder necrosis and rarely urothelial carcinoma.

Various cyclophosphamide-induced bladder cancers have been reported, which had occurred after a prolonged oral cyclophosphamide therapy and more than decades after cessation of cyclophosphamide intravenous therapy.

**Case Presentation:** A 50-year-old caucasian male presented with a week history of intermittent fever, abdominal pain and abdominal distention. There was no history other symptom or clinical sign.

Ten years prior to our observation he was diagnosed with SLE, complicated class IV lupus nephritis and transverse myelitis. Pulse cyclophosphamide was used to treat lupus nephritis, according to NIH regime, associated with mesna.

Laboratory investigations showed normocytic anemia, normal white blood cell and platelet counts, elevated ESR and CRP and normal C3 and C4. Urine culture was positive to *Pseudomonas aeruginosa*. Ultrasonography detected peritoneal effusion and paracentesis showed a purulent fluid with positive culture to *Escherichia coli* and *Pseudomonas aeruginosa*.

An exhaustive study to clarify the origin of the bacterial peritonitis was made, and the diagnosis was only possible by laparotomy, which showed multiple urinary bladder perforation, secondary to an urothelial carcinoma.

**Discussion:** This case illustrates a difficult therapeutic balance between treatment and long-term hazards of therapy. Cyclophosphamide is associated with increased risk of both hemorrhagic cystitis and bladder cancer in a dose-dependent and duration-dependent manner. IV cyclophosphamide regimes have a total dose lower than daily oral prolonged regimes, and possibly the incidence of bladder cancer is lower in pulse regimes, because mesna is used more frequently in

this setting. This long-term complication must be considered in patients treated with cyclophosphamide, in the presence of plausible clinical manifestations.

## CLP 15 – QUANDO O MÉDICO DE FAMÍLIA SABE MAIS QUE O REUMATOLOGISTA

João Carlos Sarmiento<sup>1</sup>, Daniela Boletto<sup>2</sup>

1. USF São Domingos de Gusmão

2. USF Emergir

**Introdução:** O presente trabalho trata-se de um relato de caso, que originou duas reflexões importantes. A primeira, científica e clínica, aborda uma manifestação que vem fazer repensar um diagnóstico firmado há vinte anos. A segunda, meta-clínica, na esfera relacional tem influência directa nos resultados em saúde atingidos.

**Material e Métodos:** Foi utilizada a metodologia de relato de caso, com entrevistas múltiplas com a utente, consulta do processo clínico, realizando-se uma breve revisão teórica para fundamentar a discussão dos resultados.

**Resultados:** O relato deste caso é despoletado pelo aparecimento, em Março, de uma tumefacção dolorosa e com sinais inflamatórios numa utente com 53 anos e antecedentes de artrite psoriásica desde há cerca de vinte anos, com manifestação cutânea inicial seguindo-se envolvimento articular periférico e assimétrico. O estudo subsequente aponta para que a tumefacção seja um nódulo reumatóide. Este facto levanta a discussão sobre a classificação da artrite da utente, pois segundo a literatura a presença de nódulos reumatóides é relativamente frequente na artrite reumatóide, mas não na artrite psoriásica. Os critérios CASPAR são utilizados para classificar a artrite psoriásica, mas pelo que foi possível apurar, apenas se conseguem identificar dois dos três pontos necessários para a sua classificação. O surgimento deste nódulo poderá fazer pensar em duas possibilidades, uma imprecisão inicial do diagnóstico, ou ser esta a primeira manifestação de um eventual síndrome de sobreposição com artrite reumatóide. Apesar desta dificuldade de precisão diagnóstica, o tratamento será semelhante. No entanto, constatou-se uma falta de adesão terapêutica por parte da utente, desde há dois anos, por medo dos efeitos adversos. Esta questão nunca foi transmitida pela mesma ao reumatologista assistente, motivando inclusive uma mudança de médico e local de seguimento. À presente

data a utente faz apenas terapêutica sintomática. O facto de esta informação ter sido dada ao médico de família, e não ao reumatologista, desafia-nos para outra reflexão. O nível de comunicação entre ambos é suficiente? A actuação conjunta e concertada não teria um efeito potenciador, principalmente na adesão à terapêutica modificadora da progressão da doença?

**Conclusões:** A apresentação clínica das patologias inflamatórias nem sempre é linear, sendo, por vezes, difícil um diagnóstico preciso.

A comunicação e trabalho em equipa entre os cuidados de saúde primários e secundários é fundamental para atingir bons resultados em saúde.

**Palavras-Chave:** Artrite psoriásica; Artrite reumatóide; Nódulo reumatóide; Comunicação.

### CLP 16 – LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, SÍNDROME DE ANTICORPOS ANTIFOSFOLIPÍDICOS E DOENÇAS LINFOPROLIFERATIVAS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Sandra Sousa<sup>1</sup>

1. Hospital Garcia de Orta

**Introdução:** Os linfomas não Hodgkin são neoplasias causadas pela proliferação descontrolada de células linfóides, sendo o linfoma de células B o mais frequente, correspondendo a cerca de 30% de todos os casos diagnosticados. Vários órgãos podem estar envolvidos, nomeadamente o rim, cujo envolvimento secundário é frequente, mas tardio. Em doentes com patologia reumática sistémica, a incidência de linfomas está aumentada relativamente à população em geral.

**Material e Métodos:** Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 54 anos, com antecedentes de Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) com nefropatia lúpica e Síndrome de anticorpos antifosfolipídicos (SAFL), admitida no serviço de Reumatologia por um quadro de epigastralgia com irradiação aos quadrantes esquerdos do abdómen e região dorsal, vômitos alimentares, anorexia e perda ponderal. No exame objetivo realçava-se a presença de abdómen globoso, timpanizado, doloroso à palpação do epigastro, sem defesa ou reacção peritoneal. Com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidémia e hábitos tabágicos antigos. Medicada com prednisolona (5 mg/d), sulfato de hidroxicloroquina (400mg/d), metotrexato (7.5mg/semana), ácido fólico, varfarina, enalapril, in-

dapamida, sinvastatina e omeprazol.

**Resultados:** Dos exames laboratoriais destacava-se: anemia normocítica, normocrómica, parâmetros biológicos de inflamação elevados, antiDNA negativo e complemento normal. O TAC Abdominal revelou vários focos hipodensos renais bilaterais, com um segmento de intestino delgado espessado e adenopatias ilíacas. Foram equacionadas como hipóteses diagnósticas prováveis, a presença de enfartes isquémicos renais no contexto do SAFL ou envolvimento renal secundário por doença linfoproliferativa. Neste contexto, foi efectuada biopsia renal guiada por TAC, que mostrou histologia compatível com infiltração renal por Linfoma não Hodgkin de fenótipo B difuso de grandes células. Duas semanas depois, houve agravamento do quadro clínico abdominal, com vômitos incoercíveis e dor abdominal intensa, compatível com oclusão intestinal alta, com necessidade de enterectomia segmentar, em que a histologia da peça operatória confirmou o envolvimento entérico do linfoma não Hodgkin. Teve alta encaminhada para a consulta de Hematologia, estando actualmente a efectuar quimioterapia associada a Rituximab.

**Conclusões:** O desenvolvimento de linfomas, nomeadamente linfomas não Hodgkin, em doentes com LES, tem sido foco de inúmeros trabalhos nos últimos anos. Sabe-se hoje, que o risco de linfomas em doentes com LES, está aumentado em cerca de 3 a 4 vezes relativamente à população em geral. Os mecanismos fisiopatológicos são ainda desconhecidos, mas pensa-se que a combinação de mutações genéticas, a estimulação contínua do sistema imunitário e a imunossupressão induzida pelos fármacos, possam estar na origem das neoplasias. A evolução clínica é igualmente desconhecida, mas geralmente está associada a tumores mais agressivos e, concomitante, a pior prognóstico. Este caso é de particular interesse, pela sobreposição entre SAFL/LES e doença linfoproliferativa, em que a distinção entre a existência de novos enfartes renais, actividade lúpica ou doença linfoproliferativa de novo, foram essenciais para o diagnóstico atempado e prognóstico da doente.

### CLP 17 – CELULITE COMPLICADA COM ABCESSO EM DOENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE SOB TERAPÊUTICA BIOTECNOLÓGICA

Daniela Peixoto<sup>1</sup>, Ana Eduarda Raposo<sup>1</sup>,

Filipa Teixeira<sup>1</sup>, Carmo Afonso<sup>1</sup>, Domingos Araújo<sup>1</sup>  
1. Serviço de Reumatologia, ULSAM – Hospital de Ponte de Lima

**Introdução:** O tratamento da artrite reumatóide (AR) sofreu avanços notáveis nos últimos anos, em particular, com o desenvolvimento dos fármacos biotecnológicos que atuam interferindo em mediadores específicos, implicados na sua etiopatogenia. O tocilizumab é um anticorpo monoclonal humanizado, inibidor do receptor da interleucina-6, aprovado para o tratamento desta patologia em associação ao metotrexato, ou em monoterapia. As infeções, de igual modo ao que acontece com os outros fármacos biotecnológicos, estão entre os seus efeitos adversos secundários mais frequentes, não constituindo, contudo, habitualmente, situações clínicas graves.

Os autores apresentam o caso clínico de uma doente com AR, em tratamento com tocilizumab em associação ao metotrexato, em que ocorreu um quadro cutâneo grave, caracterizado por celulite e abscesso da coxa, com formação de fístula, que necessitou de correção cirúrgica.

**Caso Clínico:** Doente do sexo feminino de 55 anos, com quadro de AR, vigiada por nós desde 2006, estando na data da ocorrência, em remissão, medicada com metotrexato e tocilizumab, fármaco que tinha iniciado em Maio de 2011, após falência a vários imunomoduladores clássicos e à terapêutica anti-TNF- $\alpha$  com etanercept.

Em Fevereiro de 2012, dois dias depois da última perfusão com tocilizumab e, aparentemente, após ter efetuado expressão de uma pequena pústula, recorreu ao serviço de urgência apresentando sinais inflamatórios na região anterior da coxa esquerda, associados à presença de uma tumefação, já com flutuação sugestiva de abscesso. Não tinha febre ou outros sintomas sistémicos mas, analiticamente, apresentava leucocitose com neutrofilia e PCR elevada. Foi-lhe efetuada drenagem do abscesso, iniciou antibioterapia oral com amoxicilina e ácido clavulânico e a terapêutica imunomoduladora foi suspensa. Três dias depois, e por persistência da sintomatologia foi reavaliada no nosso serviço, tendo-se decidido internamento hospitalar pela aparente gravidade do quadro e necessidade de antibioterapia endovenosa. Iniciou, empiricamente, cefotaxima. O exame bacteriológico do exsudado revelou um *staphylococcus aureus* multissensível e as hemoculturas foram negativas. Houve melhoria progressiva dos sinais inflamatórios bem como normalização

analítica. No entanto, a dimensão do referido abscesso, a formação de um trajeto fistuloso secundário e a não cicatrização por segunda intenção, implicaram a necessidade de exploração e encerramento cirúrgico. Reiniciou a terapêutica com metotrexato após total cicatrização. O tratamento com tocilizumab não foi retomado por a doente permanecer em remissão.

**Discussão e Conclusão:** O aumento da incidência das infeções em geral, constitui um dos efeitos adversos mais frequentes das designadas terapêuticas biológicas. A modulação do sistema imunitário e a interferência com várias citocinas estão na base quer dos seus efeitos benéficos terapêuticos nas várias doenças imunomediadas, quer dos seus efeitos adversos. No entanto, as infeções graves são infrequentes. O tocilizumab tem ainda a particularidade de poder suprimir sinais clínicos e analíticos de inflamação dificultando, eventualmente, a perceção de um processo infeccioso em curso.

Pouco se sabe em relação à etiopatogenia da celulite em doentes sob terapêutica biotecnológica. No entanto, são fatores de risco independentes para o seu desenvolvimento, a presença de lesões cutâneas como lacerações, foliculite ou pústulas, tal como parece ter acontecido no caso apresentado, que desenvolveu uma infeção cutânea grave após expressão de uma pequena lesão da pele. A terapêutica imunossupressora em curso, parece ter contribuído para o desenrolar de um quadro clínico mais exuberante.

Salientamos, assim, a necessidade de educação contínua destes doentes no sentido de valorizarem como indicadores de eventual processo infeccioso, não só a presença de febre, sintomas respiratórios, gastrointestinais ou genito-urinários, mas também outros sinais mais frustrantes, como pequenas lesões cutâneas.

#### CLP 18 – AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE DO SÍNDROME DE SJOGREN APLICANDO O ESSDAI AOS DOENTES SEGUIDOS NUM SERVIÇO DE REUMATOLOGIA

Joana Neves<sup>1</sup>, Inês Cunha<sup>2</sup>, Renata Aguiar<sup>2</sup>,  
Filipa Farinha<sup>2</sup>, Catarina Ambrósio<sup>2</sup>, Anabela Barcelos<sup>2</sup>  
1. Serviço de Medicina Interna – Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro  
2. Serviço de Reumatologia - Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro

**Introdução:** O Síndrome de Sjögren (SS) é uma doen-

ça crónica inflamatória, cujas principais manifestações são a xerostomia e xerofthalmia, associadas a fadiga e artralguas. No entanto, muitas outras manifestações sistémicas podem surgir no decorrer da doença, nomeadamente glomerulonefrite, vasculite, neuropatia periférica ou artrite, condicionando o tratamento e prognóstico destes doentes. Tal como noutras doenças do tecido conjuntivo também para o S. Sjögren foram desenvolvidos instrumentos de avaliação da actividade e dano. O *EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index* (ESSDAI) é o mais recente e encontra-se em fase final de validação. O objectivo deste trabalho é caracterizar a população de doentes com S. Sjögren primário seguidos na Consulta de Reumatologia, identificando a forma de apresentação clínica e serológica da doença, o tipo e frequência das manifestações sistémicas associadas e avaliar a actividade da doença.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos processos clínicos de todos os doentes que cumpriram os critérios de S. Sjögren primário seguidos na Consulta de Reumatologia. A informação colhida incluiu as manifestações clínicas e serológicas, duração da doença, história médica relevante e actividade da doença, aplicado o *EULAR Sjögren Syndrome Disease Activity Index* (ESSDAI), usando o seu valor cumulativo.

**Resultados:** Foram incluídos no estudo 20 doentes que cumpriam os critérios de 2012 do *American College of Rheumatology*, todos do sexo feminino. A idade média foi de  $56,0 \pm 13,3$  anos e o tempo médio de evolução de doença de  $7,5 \pm 4,2$  anos. O envio à consulta de Reumatologia foi na sua maioria por artralguas (65%) e queixas secas (60%). Dos doentes, 75% apresentaram manifestações sistémicas, sendo as observadas mais frequentemente fadiga (35%), depressão (30%), hipotiroidismo (20%), artrite (20%), fenómeno de Raynaud (15%), vasculite cutânea (15%), disfagia (15%) e doença pulmonar intersticial (10%). O valor cumulativo médio do ESSDAI foi de  $6.35 \pm 4,20$ , de um *score* entre 0 e 123 pontos.

**Conclusões:** O S. Sjögren primário é uma doença que pode apresentar um envolvimento sistémico grave, para além do envolvimento glandular, pelo que é necessário identificar estes doentes em fase precoce, com uma abordagem multidisciplinar. A aplicação de *scores* de gravidade, como o ESSDAI, ainda em fase inicial de aplicação, deve tornar-se uma prática clínica diária para que assim, de forma objectiva e uniformizada, se possa fazer uma avaliação da actividade da doença, bem como da sua evolução clínica.

## CLP 19 – SÍNDROME DE HIPERMIBILIDADE BENIGNA: UM DIAGNÓSTICO ESQUECIDO!

Joana Neves<sup>1</sup>, Inês Cunha<sup>2</sup>, Renata Aguiar<sup>2</sup>, Anabela Barcelos<sup>2</sup>

1. Serviço de Medicina Interna – Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro

2. Serviço de Reumatologia – Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro

**Introdução:** A Síndrome de Hiperomobilidade Benigna (BHJS) é uma doença do tecido conjuntivo caracterizada por hiperomobilidade articular sintomática, na ausência de doença sistémica. A hiperomobilidade generalizada encontra-se para além do BHJS em outras doenças mais graves do tecido conjuntivo, como Síndrome de Marfan, Síndrome de Ehler-Danlos e alguns tipos de Osteogenesis Imperfecta, pelo que é necessário a sua exclusão. Estima-se uma prevalência de cerca de 1% na população.

**Caso Clínico:** Os autores apresentam o caso de um doente de 14 anos, do sexo masculino, que recorre ao serviço de urgência por episódios recorrentes de dor lombar, com mais de 3 meses de evolução, de ritmo misto, início súbito e resolução espontânea, interpretadas até então como «dores de crescimento». Referia ainda ansiedade, ataques de pânico e dificuldades de aprendizagem. Ao exame físico apresentava biótipo longilíneo, habitus marfanóide, cifoescoliose estrutural e estrias na região dorsal direita. Ao exame reumatológico a destacar dor à palpação direta dos processos espinhosos lombares, hiperextensão activa dos cotovelos ( $-20^\circ$  bilateralmente), hiperextensão das interfalângicas próximas e hiperflexão das distais. O estudo analítico não revelou alterações e a radiografia da coluna lombar mostrou escoliose dorso lombar, hipercifose dorsal e hiperlordose lombar, com radiografia métrica dos membros inferiores normal. Foi aplicado o *Score* de Hiperomobilidade de Beighton, obtendo-se uma classificação de 7 em 9 pontos, que confirmou a presença de hiperomobilidade generalizada. Foram seguidamente aplicados os Critérios de Brighton, que confirmaram o diagnóstico de Síndrome de Hiperomobilidade Benigna. Realizou ecocardiograma que não revelou alterações. Foi encaminhado para a consulta de Genética Médica onde foram excluídos outros diagnósticos diferenciais mais graves, como as síndromes Ehler-Danlos ou Marfan.

**Conclusão:** A Síndrome de Hiperomobilidade Benigna é uma entidade sub-diagnosticada e sub-valorizada.

Apesar de benigna, esta síndrome condiciona a qualidade de vida, quer em crianças, quer em adultos, sendo responsável por quadros de dor crónica, em particular lombalgias. Quando identificada, medidas simples podem ser adotadas, como correções posturais e reforço muscular com estabilização articular, melhorando a qualidade de vida destes doentes. Esta patologia poderá implicar alterações cardiovasculares pelo que é mandatário a sua avaliação englobando estudo ecocardiográfico. Os doentes deverão ainda ser encaminhados para a consulta de Genética Médica para exclusão de patologias mais graves associadas à síndrome de hiper mobilidade.

### CLP 20 – TAPERING INFLIXIMAB IN ANKYLOSING SPONDYLITIS: CAN WE REDUCE COSTS?

Ávila-Ribeiro P<sup>1</sup>, Vieira-Sousa E.<sup>2</sup>, Canhão H.<sup>2</sup>, Fonseca J.E.<sup>2</sup>

1. Faculty of Medicine, University of Lisbon, Lisbon, Portugal

2. Faculty of Medicine, University of Lisbon, Lisbon, Portugal; Rheumatology and Metabolic Bone Diseases Department, Santa Maria Hospital, Lisbon

**Introduction:** The approved dose for infliximab (IFX) in the treatment of ankylosing spondylitis (AS) is 5mg/kg body weight every 6 weeks. Several studies have shown the 3mg/kg dose to be effective in a subgroup of AS patients but there is few published evidence regarding other dose-reduction regimens, namely adjusting the interval between doses and individualized dose adjustment. We analyzed AS patients disease activity upon increasing IFX administrations intervals on an individual basis.

**Methods:** The Rheumatic Disease Portuguese Register was used to select all patients diagnosed with AS, under IFX therapy for  $\geq 4$  months, followed at Santa Maria Hospital. All patients received IFX 5mg/kg at 0-2-6 weeks and thereafter at variable intervals, between 6 and 11 weeks, on an individual basis, determined by clinical judgement. Response to treatment was assessed using BASDAI and ASDAS. Clinical remission was defined as an ASDAS $<1.3$  for  $\geq 4$  months.

**Results:** 50 patients were followed for a mean time of 57 $\pm$ 35 months. 11 patients (22%) were maintained on IFX every 6 weeks, 12 (24%) increased the interval between doses immediately after week 6 and 23 (46%) increased interval between doses after a mean time receiving IFX of 18,2 $\pm$ 11,1 months. BASDAI improvement (mean $\pm$ SD) between starting IFX therapy and the

last visit was of 3,7 $\pm$ 2,8 (6,3 $\pm$ 1,7 to 2,6 $\pm$ 2,3); 56% had met the BASDAI50 criteria. 65% of patients had achieved a BASDAI50 response at the time of physician decision to increase administration intervals. 21 patients (42%) achieved remission, 21,5 $\pm$ 28,1 months after starting IFX. Regarding these patients, 16 (76%) showed persistent remission, 5 (24%) had recurrence of activity (ASDAS $\geq 1.3$ ), on average 12,9 months after remission; at the last visit 19 (90%) had ASDAS $<1.3$ .

**Conclusion:** This study confirms that increasing IFX administration intervals can be performed in clinical practice in a subgroup of patient without worsening of disease activity. A high percentage of patients achieved remission (42%) and maintained it through follow-up (32%).

### CLP 21 – REABILITAÇÃO PULMONAR NA SARCOIDOSE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marco Paulo Rodrigues Pontinha<sup>1</sup>; Carla Alves<sup>1</sup>; Lima e Sá<sup>1</sup>; Helena Reis Costa<sup>1</sup>; Ana Castro<sup>1</sup>

1. Centro Hospitalar do Alto Ave

A sarcoidose é uma doença inflamatória multissistémica de etiologia desconhecida, que se manifesta pela presença de granulomas não caseosos nos tecidos dos órgãos afetados. É ligeiramente predominante no sexo feminino. Apresenta dois picos de incidência: 25-35 anos e 45-65 anos. Nos indivíduos de raça negra a incidência é 3 a 17 maior. A apresentação clínica depende da extensão e da severidade dos órgãos envolvidos. 50% dos doentes apresentam comprometimento pulmonar e 45% apresentam queixas sistémicas, incluindo artralguas e mialgias. A doença é estadiada de acordo com os achados nas radiografias de tórax. Nos testes de função pulmonar e de capacidade de difusão de monóxido de carbono (CDCO), a alteração mais comum é uma diminuição isolada do CDCO, sendo o padrão restritivo observado em doentes com doença pulmonar mais avançada e o padrão obstrutivo em apenas 15 a 20% dos casos.

A reabilitação pulmonar (RP) é uma intervenção compreensiva, multidisciplinar, baseada na evidência para os doentes com doença respiratória crónica, que se mantêm sintomáticos após otimização da terapia farmacológica, sendo recomendada para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). A RP inclui a avaliação clínica e funcional do doente, um programa de exercício estruturado e individualizado, bem como ci-

nesiterapia respiratória e apoio de nutrição, suporte psicossocial e educação. A RP promove uma diminuição dos sintomas respiratórios, uma melhoria da qualidade de vida, uma diminuição do número de dias de hospitalização, bem como benefícios psicossociais, sobretudo quando realizada por um período de 6-12 meses, em doentes com doença pulmonar crónica moderada, grave e muito grave.

Este trabalho tem como objetivo evidenciar o benefício de um Programa de Reabilitação Respiratória no controlo sintomático e na melhoria da qualidade de vida destes doentes. Neste contexto apresentamos o caso de uma doente de 59 anos com sarcoidose diagnosticada há 24 anos, com envolvimento articular e pulmonar (síndrome obstrutivo grave) e que se apresentava sintomática apesar da terapêutica farmacológica otimizada.

Neste contexto, a doente em causa foi proposta para o programa após uma avaliação cuidadosa e beneficiou do programa de exercício físico prescrito de forma individualizada, adequado e ajustado às queixas articulares, com melhoria sintomatológica global e da qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Reumatologia; doença inflamatória multissistémica; Sarcoidose; DPOC; Reabilitação pulmonar.

## CLP 22 – IMPORTÂNCIA DA BIOPSIA HEPÁTICA EM DOENTES COM ALTERAÇÕES PERSISTENTES DAS ENZIMAS HEPÁTICAS

Ana Raposo<sup>1</sup>, Daniela Peixoto<sup>1</sup>, Filipa Teixeira<sup>1</sup>, Mónica Bogas<sup>1</sup>, Carmo Afonso<sup>1</sup>, Domingos Araújo<sup>1</sup>  
1. Serviço de Reumatologia - ULSAM- Hospital de Ponte de Lima

**Introdução:** As doenças reumáticas inflamatórias tais como a artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistémico (LES), síndrome Sjögren (SS) e esclerose sistémica (ES) são distúrbios imunomediados com envolvimento sistémico. O envolvimento do fígado, com alterações moderadas e transitórias das enzimas de citólise ou colestase hepáticas é frequente mas, embora clinicamente significativa, a progressão para hepatite crónica ativa ou cirrose, é rara. Várias são as etiologias possíveis atribuíveis ao distúrbio hepático, nomeadamente, o envolvimento pela própria doença, a actividade da doença, eventos trombóticos, esteatose hepática ou sobreposição com uma patologia imunome-

diada primária do fígado. A exclusão de fármacos hepatotóxicos ou coexistência de hepatite viral é essencial no esclarecimento etiológico.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos achados histológicos de biopsias hepáticas, realizadas entre março de 2008 e junho de 2012, em doentes seguidos em consulta de reumatologia do Hospital de Ponte de Lima, com alterações persistentes ( $\geq 6$  meses) das enzimas hepáticas (elevação da aspartato aminotransferase (AST)  $>35$ UI/L, alanina aminotransferase (ALT)  $>45$ UI/L, gamma-glutamiltanspeptidase (GGT)  $>38$ UI/L, fosfatase alcalina (ALP)  $>120$ UI/L), após exclusão de etiologia vírica e interrupção de fármacos hepatotóxicos  $> 6$  meses.

Foram realizadas 7 biopsias percutâneas ecoguiadas e 1 transjugular em doente com alterações da coagulação.

Foram registados dados clínicos, laboratoriais e imunológicos dos doentes em estudo.

**Resultados:** Estudados 8 doentes, 7 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Estabelecido o diagnóstico prévio de oligoartrite indiferenciada (2), trombocitopenia auto-imune (1), SS (1), LES (1), artrite psoriática (AP) (1) e ES com esclerodermia difusa (1) e limitada – síndrome CREST (1). Apenas dois doentes reportaram hábitos alcoólicos.

Estabelecido o diagnóstico histológico de hepatite auto-imune (HAI) em 3 doentes (1 com LES, 1 com trombocitopenia auto-imune e 1 com oligoartrite), 3 de cirrose biliar primária (CBP) (1 com oligoartrite, 1 com síndrome CREST e 1 com SS), 1 de esteatose hepática num doente com AP e esteatohepatite crónica numa doente com ES. Nestes dois últimos doentes hábitos alcoólicos  $<50$ g/dia.

O tempo de duração médio de alteração das enzimas hepáticas foi de  $18,3 \pm 8,5$  meses, com valor máximo de AST de  $79,3 \pm 51,9$ UI/L, ALT de  $94,1 \pm 45,5$ UI/L, GGT de  $262,1 \pm 190,0$ UI/L e ALP  $132,7 \pm 62,4$ UI/L. Valores mais elevados das enzimas hepáticas estiveram associados a CBP e HAI.

Presença de anticorpos antinucleares (ANA) em 5 doentes, anticorpos antimitocondriais (AMA) em 4 doentes (1 com HAI e os 3 doentes com diagnóstico de CBP) e anticorpos antimúsculo liso (AML) numa doente com HAI.

As doentes com diagnóstico de CBP e HAI foram orientadas para consulta de gastroenterologia/ hepatologia, sendo efectuada terapêutica com ácido ursodesoxicólico, prednisolona e/ou azatioprina de acordo com os diferentes casos clínicos. Apenas a registar falência hepática aguda, por provável toxicidade à azatioprina.

prina, numa doente com HAI, submetida posteriormente a transplante hepático.

**Conclusões:** As doenças reumáticas são patologias inflamatórias multissistémicas, podendo o fígado ser um dos órgãos envolvidos. A investigação de um doente com alterações persistentes das enzimas hepáticas deve incluir não só uma história clínica detalhada, atendendo aos hábitos alcoólicos e farmacológicos, assim como estudo analítico, serologias víricas e título de autoanticorpos. Muitas vezes, os achados laboratoriais são sugestivos, tal como neste grupo de doentes a presença de AMA e AML, mas os achados histológicos são indispensáveis na diferenciação entre doença hepática associada à doença reumática ou a patologia imunomediada hepática primária ou coexistente (PBC e S. CREST numa doente e PBC e SS noutra). O estabelecimento de um diagnóstico definitivo teve implicações prognósticas e terapêuticas nestes doentes.

### CLP 23 – ESPESSAMENTO CUTÂNEO: MANIFESTAÇÃO COMUM/DIAGNÓSTICOS DISTINTOS

Ana Raposo<sup>1</sup>, Daniela Peixoto<sup>1</sup>, Filipa Teixeira<sup>1</sup>, Vera Teixeira<sup>2</sup>, Catarina Araújo<sup>3</sup>, Mónica Bogas<sup>1</sup>, José Costa<sup>1</sup>, Carmo Afonso<sup>1</sup>, Domingos Araújo<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia - ULSAM- Hospital de Ponte de Lima

2. Serviço de Dermatologia- Venereologia, Hospital da Universidade de Coimbra

3. Serviço de Dermatologia- Venereologia, Hospital de Braga

**Introdução:** O espessamento cutâneo é comum a várias entidades clínicas, mas muitas vezes interpretado como no contexto de uma esclerose sistémica (ES). As etiologias são variadas, incluindo outras patologias imunomediadas, doenças genéticas, exposição a tóxicos, mas com mecanismos patogénicos bastante distintos. O diagnóstico correto é fundamental, evitando o uso de terapêuticas inapropriadas.

**Material e Métodos:** Os autores apresentam o caso clínico de uma doente enviada à consulta por espessamento cutâneo progressivo, internada para esclarecimento diagnóstico.

**Resultados:** Doente do sexo feminino, 42 anos de idade, de raça caucasiana, ajudante numa florista. Apresentava edema e discreto espessamento cutâneo envolvendo preponderantemente as mãos, antebraços e face associados a pequenas pápulas, com 5 meses de

evolução. Houve agravamento progressivo do quadro clínico com extensão do espessamento cutâneo a praticamente toda a superfície corporal mais marcado na região da nuca, decote, dorso, mãos e pés, presença de pequenas pápulas de tonalidade nacarada, hiperpigmentação cutânea, rarefação pilosa e dificuldade na abertura da cavidade oral com necessidade de remoção de aparelho dentário. Dos exames efectuados destacava-se a presença de pico monoclonal de 0,18mg/dL, sem elevação das imunoglobulinas ou cadeias leves *kappa* e *lambda*, com estudo analítico, incluindo hemograma, função hepática, renal e tiroideia normais, serologias de hepatite B, C, VIH e ANA s negativos. O restante estudo, incluindo capilaroscopia, ecocardiograma, electrocardiograma, ecografia abdominal, tomografia computadorizada do tórax e provas funcionais respiratórias, não revelou alterações.

O exame histopatológico da pele revelou aumento do colagénio na derme superficial e média com preenchimento do espaço intersticial com depósitos de mucina, coloração pelo Azul de Alcian positiva, compatível com o diagnóstico de escleromixedema.

Após o estabelecimento do diagnóstico, pediu-se colaboração da Dermatologia para orientação e início de terapêutica.

**Conclusão:** No caso clínico descrito pelos autores, as características do espessamento cutâneo, associado a pequenas pápulas dispersas, o estudo complementar que não revelou alterações exceto a presença de paraproteinemia e a histologia foram fundamentais no diagnóstico definitivo e no diagnóstico diferencial com a ES, que embora seja uma doença do tecido conjuntivo rara é mais comumente observada na prática clínica de um reumatologista.

O escleromixedema é uma mucinose cutânea, rara, de etiologia desconhecida, caracterizada por lesões infiltrativas na pele, depósito de mucina na derme superior e paraproteinemia monoclonal. Afeta indivíduos entre os 30 e 70 anos de idade, caracterizando-se por envolvimento primário da pele, no entanto, associa-se em 83% dos doentes a paraproteinemia monoclonal, geralmente IgG de cadeia *lambda*. Outras manifestações extracutâneas descritas incluem miopatia proximal, poliartrite inflamatória, alterações laringeas, disfunção esofágica, alterações neurológicas, doença restritiva pulmonar e, mais raramente, alterações cardíacas.

Os esquemas terapêuticos são, por vezes, desafortunados, muitos deles com resultados variáveis. Historicamente, a terapêutica com melfalan é o tratamento de escolha, com vários casos reportados de sucesso,

mas o seu uso é limitado pela toxicidade. Outros agentes têm sido usados, tais como a ciclofosfamida, a ciclosporina, os corticosteróides, a isotretinoína, dermabrasão, PUVA, a plasmaferese, e mais recentemente, a imunoglobulina humana.

## CLP 24 – FRATURAS DE FRAGILIDADE E DEFORMIDADES ÓSSEAS: UM CASO RARO

Filipa Farinha<sup>1</sup>, Inês Cunha<sup>1</sup>, Romeu Pinho<sup>2</sup>, Domingos Estrela<sup>2</sup>, Anabela Barcelos<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia – Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE – Aveiro

2. Serviço de Ortopedia – Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE – Aveiro

**Introdução:** A osteoporose é a causa mais comum de fraturas de fragilidade. Em Portugal, entre 2000 e 2002, a incidência de fraturas osteoporóticas do colo do fémur foi de 352 e 129 por 100.000 habitantes/ano, para as mulheres e homens com mais de 50 anos, respetivamente. Contudo, várias outras condições afetam a qualidade do osso e o diagnóstico diferencial é fundamental para a escolha do tratamento mais adequado. As fraturas de fragilidade estão associadas a morbilidade considerável e também a um aumento da mortalidade que no caso do fémur proximal é de cerca de 20 a 30% no primeiro ano pós fratura.

**Caso Clínico:** Apresenta-se o caso de uma doente de 55 anos com antecedentes de patologia osteoarticular desde a infância que condicionou atraso de crescimento e deformidades ósseas implicando várias cirurgias de correção aos membros inferiores, aos 13 anos de idade. Referia dificuldade acentuada para a marcha e episódios recorrentes de dor a nível das ancas entre os 35 e 39 anos, altura em que foi medicada com alendronato, cálcio e nandrolona, com melhoria significativa do quadro clínico. Desde os 48 anos refere coxalgia mecânica bilateral, mais intensa à esquerda, sem história de traumatismo, necessitando da utilização de canadianas como auxiliar da marcha. Do exame físico destaca-se baixa estatura, obesidade e coxa vara bilateral. A investigação imagiológica revelou osteopenia difusa; arqueamento dos ossos longos; coxa vara bilateral; fratura supratrocantérica do colo do fémur esquerdo, de aspeto não recente; calo reparador de fratura subtrocantérica do fémur direito e fratura do ramo isquiopúbico direito, bem como sinais de coxartrose bilateral. Foi internada no serviço de Ortopedia para colocação

de prótese total da anca esquerda, vindo a sofrer fratura de baixo impacto do terço proximal da ulna direita no pós operatório, ao iniciar reabilitação funcional da marcha com canadianas. Nessa altura foi pedida colaboração do serviço de Reumatologia para investigação diagnóstica. Do estudo analítico realizado salientava-se cálcio e fósforo séricos no limite inferior da normalidade, calciúria e fosfatúria diminuídas, fosfatase alcalina e hormona paratiroideia elevadas e deficiência de vitamina D. Com base no quadro clínico, analítico e imagiológico, concluiu-se pelo diagnóstico de osteomalácia associada a sequelas de raquitismo e iniciou-se terapêutica com colecalciferol.

**Discussão:** Raquitismo e osteomalácia são distúrbios do metabolismo mineral ósseo cuja causa mais comum é a deficiência de vitamina D. O primeiro ocorre apenas durante o crescimento e consiste num defeito de mineralização da placa epifisária. A osteomalácia pode ocorrer, quer no osso maduro, quer em crescimento e define-se pela inadequada mineralização da matriz. Os autores apresentam o caso pela raridade desta patologia nos dias de hoje e pela importância do diagnóstico correto para a instituição de terapêutica adequada com vista à prevenção de novas fraturas.

## CLP 25 – ARTRITE PSORIÁTICA: DACTILITE E OUTRAS MANIFESTAÇÕES

Ferreira, J. F.<sup>1</sup>, Santiago, M. S.<sup>1</sup>, Coutinho, M.<sup>1</sup>, Duarte C.<sup>1</sup>, Salvador M.J.<sup>1</sup>, Malcata. A.<sup>1</sup>, Da Silva, J. A. P.<sup>1</sup>  
1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

**Introdução:** A artrite psoriática é uma artrite inflamatória, do grupo das espondilartropatias, associada a psoríase cutânea, desenvolvendo-se em cerca de 10% destes doentes. Tem uma predileção pelas interfalângicas distais (IFD), mas pode atingir outras articulações periféricas e axiais, sendo as suas manifestações muito variadas. Não há relação entre a extensão do envolvimento cutâneo com a extensão da artrite. No entanto, é comum o envolvimento ungueal, que inclui estriação, *pitting*, onicólise e hiperqueratose.

**Caso Clínico:** Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino de 53 anos, com psoríase vulgar com 6 anos de evolução, dactilite e artrite periférica com um ano de evolução e lombalgia aguda de ritmo inflamatório e rigidez matinal. Sem outras queixas relevantes. Ao exame objectivo observavam-se lesões cutâneas

psoriáticas, extensas, descamativas, atingindo couro cabeludo, tronco e membros, assim como lesões ungueais com onicólise e lesões em «mancha de óleo». Apresentava ainda dactilite em vários dedos dos pés e mãos. Sem alterações na mobilidade lombar, manobras sacroilíacas negativas. A radiografia do pé apresentava várias erosões nas IFD das mãos e IFD do pé esquerdo, incluindo uma deformação em «lápiz na taça». Na ecografia articular observava-se sinovite das metacarpofalângicas, interfalângicas proximais e interfalângicas distais das mãos. Dactilite da 2ª e 3ª dedo esquerdo e direito. Sinovite de várias metatarsofalângicas e dactilite do 2º dedo do pé esquerdo. O doente iniciou medicação modificadora de doença (Metotrexato 15mg por semana) com boa evolução clínica.

**Conclusões:** Destaca-se este caso pois a dactilite, que pode ocorrer em cerca de um terço até metade dos doentes ao longo do curso da doença, não é contudo uma manifestação inicial frequente da artrite psoriática.

## CLP 26 – UMA CAUSA INCOMUM DE DORSOLOMBALGIA

Renata Aguiar<sup>1</sup>, Teresa Borralho<sup>2</sup>, Joana Neves<sup>2</sup>, Catarina Ambrósio<sup>1</sup>, Anabela Barcelos<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia – Centro Hospitalar do Baixo Vouga

2. Serviço de Medicina 2 – Centro Hospitalar do Baixo Vouga

**Introdução:** Os aneurismas da aorta abdominal são geralmente assintomáticos (exceto no caso de rotura). Contudo, quando há rápida expansão, podem acompanhar-se de sintomas algícos inespecíficos, como dor abdominal ou dorsolombalgia.

**Métodos:** Os autores apresentam o caso de uma doente referenciada à consulta de Reumatologia por dorsolombalgia.

**Caso Clínico:** Doente do sexo feminino de 68 anos, reformada, ex doméstica/agricultora, com antecedentes de HTA.

À data da primeira consulta, referia dorsolombalgia com 3 meses de evolução, de início insidioso, sem fator desencadeante. A dor era constante, sem irradiação, sem relação com esforços, com alívio apenas parcial com o repouso, não condicionava despertares nocturnos ou rigidez matinal e cedia transitoriamente a anti-inflamatório não esteroide (AINE). Referia perda ponderal de 5kgs/2 semanas, que atribuía a

anorexia. Negava febre. Referia episódio de retorragia dois dias antes, negando outras queixas. Apresentava-se normotensa, corada e hidratada, sem alterações na auscultação cardiopulmonar ou no exame abdominal; mantinha boa mobilidade da coluna dorsal e lombar, sem dor à palpação ou à mobilização, por se encontrar sob efeito de AINE. Trazia análises: hemograma e leucograma normais, velocidade de sedimentação (VS) à 1ª hora de 80 mm e proteína C reactiva (PCR) de 8,5 mg/dL, sem outras alterações relevantes. Densitometria óssea de 2007 com T score da coluna lombar -2.1 (-2.7 em L4). Foram solicitados análises, radiografias da coluna, endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia.

Um mês depois, verificou-se agravamento do estado geral, com anorexia marcada e perda ponderal de 8 kgs; a dor tornara-se contínua, com má resposta a AINE e opióides fracos, sem fatores de alívio, impossibilitando o sono. Novas análises revelavam anemia normocrómica normocítica (hemoglobina 11.2 g/dL), discreta leucocitose neutrofilica ( $11.00/8.98 \times 10^9/L$ ), VS 100 mm, PCR 15.66 mg/dL e proteinograma eletroforético com aumento das fracções  $\alpha 1$  e  $\alpha 2$ . EDA revelou gastrite antral, colonoscopia com volumoso pólipó pediculado do cólon descendente, sem possibilidade de progressão além do ângulo esplénico. Radiografias da coluna cervical, dorsal e lombar sem sinais de fratura; osteofitose a nível lombar.

A doente foi internada. Realizou colonoscopia com excisão de pólipó na região cecal e de pólipó pediculado a 20 cm da margem anal, cujo exame anatomopatológico viria a revelar adenocarcinoma G1 exentado em pólipó adenomatoso, com invasão focal da submucosa, sem invasão vasculolinfática. Realizou TC toracoabdominopélvica que mostrou volumoso aneurisma da aorta estendendo-se da transição toracolombar até ao nível da emergência das artérias renais, com 11,9 cm de extensão longitudinal e 7,6 cm de extensão anteroposterior máxima, contornos lobulados e em algumas zonas mal definidos e discreta densificação da gordura envolvente, condicionando estenose significativa da artéria mesentérica superior e da artéria renal esquerda; sem outras alterações. A TC da coluna dorsolombar mostrou ligeira escoliose dorsal e discretas alterações degenerativas em D8-D9 e protusões discais em L3-L4 e L4-L5, sem outras alterações.

Face aos achados e ao risco de rotura, foi transferida para o Serviço de Cirurgia Vasculuar do Hospital de Santa Marta - Lisboa, onde foi submetida a reparação aórtica endovascular torácica com *bibranching*. O pós-

-operatório complicou-se de isquémia mesentérica, enfarte esplénico e trombose renal, pelo que se procedeu a trombectomia e reanastomose. Contudo, por agravamento do quadro, foi necessária hemicolectomia direita e ressecção do íleo vindo a doente a falecer pelas complicações pós-operatórias.

**Conclusão:** A necessidade de intervenção cirúrgica urgente pelo risco iminente de rotura do aneurisma sobrepôs-se à do estudo etiológico que, pelo desfecho desfavorável, não foi possível esclarecer.

Os autores pretendem, com este caso, alertar para esta causa incomum de dorsolombalgia, que pode ser, de resto, silenciosa.

### CLP 27 – BURSITES SÉPTICAS NUM DOENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE TRATADO COM TOCILIZUMAB

Ferreira, J. F.<sup>1</sup>, Galante, M. S.<sup>1</sup>, Coutinho, M.<sup>1</sup>, Duarte, C.<sup>1</sup>, Salvador, M. J.<sup>1</sup>, Malcata, A.<sup>1</sup>, Da Silva, J. A. P.<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

**Introdução:** A bursite séptica é a infecção de uma cavidade periarticular que pode ocorrer por inoculação directa, contiguidade, ou por disseminação hematogénea. As infecções das bursas superficiais são comuns e mais frequentemente associadas a traumatismos, já as infecções das bursas profundas são incomuns e geralmente associadas a comorbilidades que condicionam imunossupressão.

**Caso Clínico:** Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino de 81 anos com artrite reumatóide seronegativa, não erosiva, medicado com tocilizumab, em remissão clínica (Disease Activity Score 28: 0.68), que apresenta bursite olecraneana esquerda após traumatismo cutâneo. É medicado empiricamente com Flucloxacilina. Ao 5º dia de antibioterapia recorre ao SU com omalgia esquerda, limitação da mobilidade do ombro em todas as direcções, mais marcada na abdução, acompanhado de tumefacção e rubor da região axilar e peitoral esquerda. Observava-se ainda solução de continuidade na região olecraniana, com discretos sinais inflamatórios, sem limitação da mobilidade do cotovelo. Verificava-se também edema difuso do membro superior esquerdo. Sem outras queixas. Analiticamente sem leucocitose, VS normal e proteína C reactiva 1.45mg/dl (N <0,5mg/dl)). Realizou ecografia do ombro e tecidos moles periarticulares que identificou

duas imagens compatíveis com adenopatias, a maior com cerca de 5 cm e bursite subacromio-deltaoideia com sinal *power-doppler* (grau I-II), tendo sido realizada artrocentese ecoguiada. A cultura do líquido sinovial identificou *Staphylococcus aureus* multissensível. Foi medicado com clindamicina (D1 a D8), cefazolina (D1 a D10) e cefradur (D11 a D18) e fisioterapia do ombro com resolução do quadro clínico.

**Conclusão:** Este caso é o segundo caso reportado na literatura de bursite séptica num doente medicado com Tocilizumab. Ilustra pois uma infecção profunda num caso de imunossupressão, em que os sinais indirectos de infecção, como a febre, a leucocitose e a elevação dos parâmetros inflamatórios não ocorreram por provável influência deste fármaco. Neste caso o elevado grau de suspeição clínica e a ecografia articular foram fundamentais para o diagnóstico.

### CLP 28 – EDEMA, FADIGA E PROTEINÚRIA: UM CASO ATÍPICO DE APRESENTAÇÃO DE DERMATOMIOSITE E GLOMERULONEFRITE MESANGIO-PROLIFERATIVA

Ferreira, J. F.<sup>1</sup>, Galante, M. S.<sup>1</sup>, Eulálio, M.<sup>2</sup>, Duarte, C.<sup>1</sup>, Salvador, M. J.<sup>1</sup>, Malcata, A.<sup>1</sup>, Da Silva, J. A. P.<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; 2Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

**Introdução:** A Dermatomiosite (DM) e a Polimiosite (PM) são miopatias idiopáticas inflamatórias caracterizadas clinicamente por fraqueza muscular simétrica e patologicamente por inflamação muscular.

**Caso Clínico:** Os autores apresentam um caso de um doente do sexo masculino de 48 anos que desenvolveu um quadro caracterizado por edema palpebral e nasal, edema difuso das mãos, fadiga, poliartalgias e rigidez matinal. À admissão observava-se edema e limitação da extensão das mãos e limitação da flexão dos joelhos, sem perda de força muscular. Analiticamente o doente apresentava elevação da ferritina e proteína C reactiva assim como elevação da creatinofosfoquinase, lactato desidrogenase e transaminases. Os anticorpos antinucleares apresentavam um padrão mosqueado com anti-JO1 e anti-SSA60 positivos. O electromiograma revelava sinais de lesão da fibra muscular e a biopsia muscular confirmou o diagnóstico de Dermatomiosite. O doente apresentava também proteinúria nefrítica, tendo realizado biopsia que demonstrava glomerulo-

nefrite mesangio-proliferativa com predominância de Imunoglobulina A.

**Conclusão:** Inicialmente pensava-se que o envolvimento renal na dermatomiosite e polimiosite seria incomum, no entanto, têm sido descritos na literatura lesões renais: a insuficiência renal aguda, consequência da rhabdomiólise aguda, e mais raramente glomerulonefrites. Apresenta-se também uma revisão sistematizada da literatura com identificação de 15 casos com características semelhantes.

### CLP 29 – A PROPÓSITO DE UM CASO DE DERMATOMIOSITE: PERTINÊNCIA DA INVESTIGAÇÃO DE NEOPLASIA OCULTA

Ana Isabel Teixeira<sup>1</sup>, Manuel Ferreira Gomes<sup>1</sup>,  
Magda Terenas<sup>1</sup>, João Pedro Freitas<sup>2</sup>,  
Gabriela Vinhas de Sousa<sup>1</sup>, José Manuel Braz Nogueira<sup>1</sup>  
1. Serviço de Medicina, Hospital de Santa Maria  
2. Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria

A Dermatomiosite é uma doença inflamatória multissistémica, classicamente incluída no grupo das miopatias inflamatórias crónicas. Clinicamente caracteriza-se por alterações cutâneas edematosas e eritematosas associadas a fraqueza muscular. A associação de dermatomiosite com neoplasia foi primeiramente descrita em 1916 e desde aí tem vindo a ser reportada em estudos epidemiológicos de vários países, variando de 11% até 43%.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 38 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, referenciada à consulta de Doenças Auto-Imunes por lesões cutâneas sugestivas de dermatomiosite (*rash* heliotrópico peri-orbitário, *rash* malar, eritema em xale e na área do decote e pápulas de Gottron) em associação com quadro de astenia generalizada. Laboratorialmente apresentava anemia normocítica normocrómica ligeira, estudo bioquímico sem alterações incluindo enzimas musculares dentro dos valores de referência, função tiroideia normal e estudo de auto-imunidade evidenciando ANA+ (1/320), anti SSA + e consumo do factor do complemento C3. Foram realizadas electromiografia que não mostrou sinais de miosite e biopsia cutânea com alterações típicas desta entidade. Iniciou corticoterapia oral em associação com antipalúdico que foram eficazes no controlo sintomático. O estudo da doente passou pela investigação diagnóstica de eventual neoplasia oculta, tendo realizado radiografia de tórax, tomografia axial computadorizada de corpo, mamografia e ecografia mamária, ecografia pélvica e endoscopia digestiva alta com resultados negativos.

A relação das miopatias inflamatórias com neoplasia é uma realidade, sendo esta associação maior com a Dermatomiosite. Os tumores mais frequentemente encontrados incluem o pulmão, mama, estômago, recto, rim, testículo e sistema genital feminino. Não existem, até à data, *guidelines* bem definidas sobre a marcha diagnóstica a efectuar num doente com miopatia inflamatória relativamente à exclusão de neoplasia. Contudo, parece ser consensual a realização de uma avaliação laboratorial abrangente, incluindo marcadores tumorais e uma avaliação imagiológica com radiografia pulmonar, mamografia, tomografia axial computadorizada e ecografia abdominal.

### CLP 30 – MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DE DOENÇAS AUTO-IMUNES SISTÉMICAS

Ana Isabel Teixeira<sup>1</sup>, Manuel Ferreira Gomes<sup>1</sup>,  
Magda Terenas<sup>1</sup>, Luís Soares de Almeida<sup>2</sup>,  
José Manuel Braz Nogueira<sup>1</sup>  
1. Serviço de Medicina, Hospital de Santa Maria  
2. Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria

As doenças auto-imunes são doenças multissistémicas, com uma grande variabilidade de manifestações ainda que por vezes com tropismo para determinados órgãos ou sistemas, nomeadamente o dermatológico. Os autores apresentam dois casos que evidenciam manifestações cutâneas deste grupo de patologias.

**Caso 1:** Doente do sexo masculino, 41 anos de idade, sem antecedentes pessoais relevantes, referenciado à consulta de doenças auto-imunes por quadro de lesões violáceas, induradas e dolorosas, na face anterior das pernas, com 4 anos de evolução, sem outra sintomatologia sistémica. Avaliação laboratorial efectuada sem alterações valorizáveis incluindo estudo de autoimunidade negativo e biopsia cutânea que revelou alterações compatíveis com o diagnóstico de Paniculite Lúpica - camada epidérmica inalterada; ao nível da derme profunda e no pânículo adiposo observaram-se vários nódulos linfóides com plasmócitos, espessamento dos septos e paniculite mista de predomínio lobular. Instituída terapêutica com prednisolona e hidroxicloroquina com evidente melhoria clínica.

**Caso 2:** Doente do sexo feminino, 50 anos de idade, com antecedentes pessoais de hipercolesterolemia, observada em consulta de doenças auto-imunes por qua-

dro de eritema maculopapular pruriginoso e doloroso ao nível dos braços e face com 2 dias de evolução, sem outra sintomatologia acompanhante. Realizada avaliação laboratorial que revelou elevação da contagem de neutrófilos e electroforese de proteínas evidenciando gamapatia monoclonal Ig G K. A biopsia cutânea mostrou camada epidérmica inalterada e ao nível da derme superficial infiltrado neutrofilico difuso, aspectos compatíveis com o diagnóstico de Síndrome de Sweet. O estudo da doente passou pela exclusão de patologia neoplásica, nomeadamente do foro hematológico, tendo-se realizado radiografia de esqueleto, tomografia axial toracoabdominopélvica e mielograma/biopsia óssea que não evidenciaram alterações. Melhoria das lesões após corticoterapia com deflazacorte oral e hidrocortisona tópica.

### CLP 31 – LÚPUS OU ALGO MAIS? A PROPÓSITO DE UM CASO DE IATROGENIA MEDICAMENTOSA

Magda Terenas<sup>1</sup>, Manuel Ferreira Gomes<sup>1</sup>,  
Ana Isabel Teixeira<sup>1</sup>, Luís Soares de Almeida<sup>2</sup>,  
José Manuel Braz Nogueira<sup>1</sup>

1. Serviço de Medicina, Hospital de Santa Maria
2. Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria

As toxidermias são dermatoses que podem afectar pele, mucosas e/ou faneras, causadas pelo efeito nocivo de diversas substâncias, geralmente fármacos, constituindo uma complicação frequente e importante na prática médica.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 26 anos com antecedentes de lúpus eritematoso sistémico (LES) com envolvimento cutâneo-articular, anemia e trombocitopénia imunes, endocardite de Libman-Sacks, pericardite e síndrome depressivo medicada com lamotrigina, fluoxetina e lorazepam nas 6 semanas que antecederam o internamento. A doente foi admitida por quadro de erupção maculopapular pruriginosa persistente com 3 dias de evolução, medicada com corticoterapia sistémica e tópica sem aparente resposta, com vista ao esclarecimento das eventuais hipóteses diagnósticas de *flare* de LES e/ou toxidermia aos psicofármacos recentemente introduzidos. Ao exame objectivo apresentava *rash* maculopapular pruriginoso envolvendo membros superiores e inferiores, tronco e pescoço. Laboratorialmente, destacava-se anemia ferropénica (Hb 10,6g/dL), velocidade de sedimentação

discretamente elevada (35mm), sem elevação da PCR (0,07mg/dL) e sem consumo do complemento e anti DNAs negativo (<200UI/mL). A biopsia cutânea demonstrou alterações sugestivas de toxidermia. Proce- deu-se à suspensão da toma dos psicofármacos *ad in- itium* e à instituição de prednisolona e hidroxizina. Ob- jectivou-se melhoria significativa das lesões e foi me- dicada sob o ponto de vista psiquiátrico com paroxetina e lorazepam, face à elevada suspeição de ser a lamotri- gina o fármaco implicado no quadro.

As reacções adversas dermatológicas à lamotrigina geralmente ocorrem nas primeiras 8 semanas após o início do tratamento. A maioria dos exantemas é ligei- ro e auto-limitado, contudo, exantemas graves a moti- var hospitalização e descontinuação imediata foram re- latados. O diagnóstico diferencial entre iatrogenia e *fla- re* de LES torna-se essencial na abordagem terapêutica e, sobretudo, no prognóstico sendo os reagentes de fase aguda, estudo imunológico e biopsia essenciais na mar- cha diagnóstica.

### CLP 32 – ABORDAGEM DA GOTA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Ana Mordomo<sup>1</sup>, Maria Teresa Silva<sup>2</sup>

1. USF Arco-Íris (Amadora)
2. USF Mactamã (Cacém-Queluz)

**Introdução:** A gota, entidade clínica bem conhecida, mantém-se um desafio em termos de diagnóstico, mas especialmente de abordagem terapêutica. Dada a ele- vada prevalência desta doença, bem como a potencial limitação funcional associada à mesma, é de máxima importância que os médicos de família (MF) reconhe- çam os principais fatores de risco, formas de apresen- tação clínica e fármacos usados, quer na gestão da cri- se aguda, quer na terapêutica crónica de manutenção. O objetivo deste trabalho consistiu em rever o diag- nóstico e terapêutica da gota.

**Material e Métodos:** Realizou-se uma pesquisa na Pub- Med de artigos de revisão, meta-análises, revisões siste- máticas e *guidelines*, utilizando os termos MeSH «gout» ou «hyperuricemia» e «primary care»; a pesquisa foi li- mitada a trabalhos publicados entre Outubro de 2002 e Outubro de 2012, em português, inglês ou espanhol. **Resultados:** Dos 17 artigos encontrados, incluíram-se 9 revisões, que se enquadravam no objetivo definido. A gota afeta sobretudo homens e a sua incidência au- menta com a idade, ocorrendo geralmente a partir dos

40 anos. As principais formas de apresentação são a artrite gotosa e a gota tofácea crónica, para as quais concorrem vários fatores predisponentes, nomeadamente hábitos alimentares (dieta rica em carnes vermelhas, marisco, álcool), fármacos usados no controlo de outras co-morbilidades (diuréticos, ciclosporina, tuberculostáticos), ou algumas patologias, sendo a hiperuricémia o que assume maior expressão. As crises podem ainda ser precipitadas por excessos alimentares, desidratação, infeções, meios de contraste radiológico, traumatismo ou o início de terapêutica hipouricemiante. A monoartrite gotosa é geralmente a primeira manifestação, atingindo em 50% dos casos a primeira metatarsalãngica (podagra). As queixas surgem com frequência durante a noite, com dor e tumefacção articulares, podendo apresentar exuberantes sinais inflamatórios locais. As crises são habitualmente auto-limitadas, apresentando resolução em cerca de 1 semana sem terapêutica instituída. Com a evolução da doença, estas tendem a ser progressivamente menos dolorosas, mas mais frequentes e prolongadas, podendo atingir múltiplas articulações em simultâneo. A gota tofácea crónica, manifestação de doença com vários anos de evolução, apresenta-se por tofos (aglomerados de cristais de monourato) em variados locais, nomeadamente no hélix do pavilhão auricular ou na superfície extensora dos cotovelos e dedos. A Academia Americana de Reumatologia definiu 12 critérios, maioritariamente semiológicos, dos quais devem ser cumpridos metade para se estabelecer o diagnóstico clínico de gota. O diagnóstico definitivo depende da identificação, no líquido sinovial, de cristais de monourato ao microscópio de luz polarizada. O principal diagnóstico diferencial da crise gotosa estabelece-se com a artrite séptica. A deformação articular e a insuficiência renal são complicações importantes da gota não tratada. A hiperuricemia assintomática, situação frequente ao nível dos cuidados de saúde primários, não tem habitualmente indicação para tratamento. Na resolução da crise aguda estão indicados a colchicina e os anti-inflamatórios não esteróides (AINE); a corticoterapia constitui uma alternativa. A melhor terapêutica deve ser ajustada ao doente em função das co-morbilidades e sensibilidade a efeitos secundários. A gota tofácea,  $\geq 2$  crises por ano, a artrite erosiva e a nefropatia úrica, constituem indicação para terapêutica hipouricemiante, na qual o alopurinol assume um papel de destaque; deve associar-se colchicina ou AINE aquando do seu início, para profilaxia de novas crises, e mantê-los durante vários meses, até se atingir o controlo dos níveis de uricémia.

**Conclusão:** Os MF, como primeira linha dos cuidados de saúde, deverão conhecer os contornos de uma das doenças reumáticas mais frequentes, passível de controlar e tratar, evitando assim complicações futuras.

### CLP 33 – COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF BIOLOGICAL THERAPIES IN RHEUMATOID ARTHRITIS IS INFLUENCED BY RESPONSE MEASURES AND DISEASE ACTIVITY STATE

Vasco C. Romão<sup>1</sup>, Maria José Santos<sup>2</sup>, José Canas da Silva<sup>2</sup>, Joaquim Polido Pereira<sup>1</sup>, José Alberto Pereira da Silva<sup>1</sup>, Cátia Duarte<sup>3</sup>, José António Pereira da Silva<sup>3</sup>, Cândida Silva<sup>4</sup>, Ana Assunção Teixeira<sup>4</sup>, José Antonio Costa<sup>5</sup>, Domingos Araújo<sup>5</sup>, Fernando Pimentel Santos<sup>6</sup>, Jaime Branco<sup>6</sup>, José António Melo Gomes<sup>4</sup>, Augusto Faustino<sup>4</sup>, João Eurico Fonseca<sup>1</sup>, Helena Canhão<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia – Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

2. Serviço de Reumatologia – Hospital Garcia de Orta

3. Serviço de Reumatologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

4. Instituto Português de Reumatologia

5. Serviço de Reumatologia – Hospital Conde de Bertandos, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

6. Serviço de Reumatologia – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

**Introduction:** Several biological therapies have become available in the last years, widening the therapeutic arsenal in the management of rheumatoid arthritis (RA). Two of the most common drug classes include anti-tumor necrosis factor (TNF) and anti-interleukin-6 (IL-6) agents, which target central cytokines in the disease pathway. We have previously shown that the proportion of patients achieving remission was higher in the tocilizumab group, an anti-IL-6 agent compared to anti-TNF therapies, but the magnitude of the effect was associated with the disease activity measure used, namely DAS28, CDAI or SDAI. The aim of this study is to assess whether this difference remains significant in other RA disease activity states.

**Material and Methods:** We included biologic-naïve RA patients registered in the Rheumatic Diseases Portuguese Register, Reuma.pt, who have started therapy with anti-TNF (adalimumab, infliximab, golimumab) and anti-IL-6 (tocilizumab) monoclonal antibodies after 1<sup>st</sup> January 2008. Our primary outcome was the pro-

portion of patients in each disease activity state (remission, low, moderate, high) at 6 months, applying DAS28, CDAI and SDAI. Univariate and multivariate logistic regressions were performed to compare the groups.

**Results:** 220 RA first biological therapy users were enrolled, 180 treated with anti-TNF monoclonal antibodies and 40 treated with tocilizumab. Mean age at biologic start was  $53.02 \pm 12.52$  for the anti-TNF group and  $53.76 \pm 11.73$  years old for tocilizumab. Both groups had similar proportions of females, smokers, RF/ACPA positive patients and methotrexate/corticosteroids users. Education, tender joint counts and disability were also similar between groups. At baseline, tocilizumab-treated patients had significantly higher swollen joint counts, DAS28, SDAI and CDAI as well as shorter disease duration. At 6 months, a significantly higher proportion of patients in the tocilizumab group had reached the DAS28 ( $n=21$ , OR 0.16,  $p<0.0001$ , 95%CI 0.06-0.38) and SDAI ( $n=9$ , OR 0.29,  $p=0.03$ , 95%CI 0.09-0.91) remission thresholds, but no significant difference was seen for CDAI ( $n=8$ , OR 0.41,  $p=0.12$ ), in the adjusted logistic multivariate model. Moreover, the proportion of patients with moderate ( $n=85$ , OR 3.49,  $p=0.006$ , 95%CI 1.44-8.43) and high disease activity ( $n=30$ , OR 6.13,  $p=0.028$ , 95%CI 1.32-30.89) was higher in the anti-TNF group according to DAS28, but no difference was seen with other indexes. No differences were seen in the low disease activity class.

**Conclusions:** Globally, tocilizumab-treated patients had better disease activity outcomes, but the magnitude of the effect was dependent on the disease activity measure used, being higher for DAS28, confirming our previous results and underlining the pronounced reduction of inflammatory markers such as ESR and CRP, translated by lower DAS28 and SDAI, respectively. Furthermore, this effect was also related to the disease activity state considered. This may be explained by the fact that these different indexes distinctly weigh the different components and / or do not classify the same patients in the same disease activity state.

#### CLP 34 – A SUPOSTA AMIGDALITE – RARO, MAS NÃO TÃO RARO ASSIM

Magda Terenas<sup>1</sup>, Manuel Ferreira Gomes<sup>1</sup>, Ana Isabel Teixeira<sup>1</sup>, José Manuel Braz Nogueira<sup>1</sup>

1. Serviço de Medicina, Hospital de Santa Maria

A doença de Still do adulto é uma patologia sistémica, de natureza inflamatória e etiologia ainda desconhecida, caracterizada por quadro febril mantido, artralguas e exantema. É necessário um elevado índice de suspeição, uma vez que, o seu diagnóstico é clínico e de exclusão.

Os autores apresentam o caso de uma doente de 39 anos, caucasiana, sem antecedentes patológicos (nomeadamente, alergias medicamentosas conhecidas) ou contexto epidemiológico relevantes, admitida por quadro de febre, artralguas e exantema maculopapular não pruriginoso no tronco, abdómen e membros após toma de amoxicilina e penicilina intramuscular por aparente amigdalite (febre e odinofagia com uma semana de evolução). Mencionava, ainda, terapêutica prévia em ambulatório com hidrocortisona, clemastina e macrólide que se demonstraram ineficazes e Monotest negativo. Ao exame objectivo, evidenciavam-se erupção maculo-papular disseminada e esplenomegália; em avaliação laboratorial na Urgência constatou-se leucocitose com neutrofilia (GB 21210/mcL, N 90,1%), elevação da VS (120mm), da PCR (36mg/dL), das aminotransferases (AST 113U/L, ALT 266U/L) e da LDH (601U/L). Realizou, já em internamento, avaliação laboratorial extensa incluindo auto-imunidade, estudo microbiológico de sangue e urina e serologias, tomografia computadorizada do corpo (TC) e biopsia óssea. Da marcha diagnóstica destacam-se ferritina elevada (10792,1ng/mL), B2 microglobulina discretamente elevada (2,42mg/L), imunoelectroforese de proteínas séricas, imunofixação sérica e urinária dentro dos valores de referência, estudo de autoimunidade negativo, serologias virais negativas para infecção aguda e culturas (hemoculturas, urocultura, BACTEC e micobactérias na urina) negativas; TC corpo demonstrando ligeira esplenomegália homogénea. Excluídas as hipóteses de doença infecciosa, neoplasia ou doença auto-imune sistémica admitiu-se o diagnóstico de doença de Still do adulto - presença de 7 dos critérios (incluindo 2 *major*) de Yamaguchi (1992): leucocitose acima de 10000/mcL com neutrofilia, *rash* típico, artralguas, faringite, alteração da função hepática, FR e ANA negativos e esplenomegália e 4 dos critérios *major* de Fautrel (2002) (artralgia, *rash* evanescente, odinofagia e mais de 80% de PMN no hemograma). Terapêutica em internamento com indometacina, corticoterapia ev (metilprednisolona), passando, posteriormente a oral (prednisolona). Evolução clínica e laboratorial favorável com normalização da contagem leucocitária, descida das aminotransferases, ferritina, LDH, VS e PCR. Desmame da corticoterapia em ambulatório com posterior suspensão,

mantendo ferritina sérica (72,1ng/mL), VS (18mm) e PCR (0,34mg/dL) dentro dos valores de referência.

Com a apresentação deste caso pretende-se destacar a importância de uma anamnese cuidada e da integração clínico-laboratorial dada a possibilidade de erro diagnóstico numa fase inicial, por este ser difícil de estabelecer. Trata-se de uma patologia com a qual o contacto não é muito frequente. Pretende-se, ainda, exemplificar toda a marcha diagnóstica de exclusão a realizar, isto é, descartar a hipótese de etiologia viral, neoplásica ou auto-imune que pode mimetizar este quadro. Em certos casos é necessária uma abordagem terapêutica mais agressiva recorrendo a imunossuppressores. Recentemente, tem sido promissor o uso de agentes biológicos nos casos refratários à terapêutica convencional, como os inibidores TNF $\alpha$ , IL-1 e IL-6.

### **CLP 35 – TERAPÊUTICA DA OSTEOPOROSE – O QUE FAZER APÓS 5 ANOS DE BIFOSFONATOS**

Diana Tomaz<sup>1</sup>, Andreia Silva<sup>2</sup>

1. USF Conde de Oeiras
2. UCSP Oeiras

**Introdução:** A Osteoporose é uma das patologias osteoarticulares mais prevalentes, sendo considerada um problema de saúde pública importante pelo risco de fractura e custos associados.

Os bifosfonatos são recomendados como terapêutica de primeira linha na osteoporose, pelo seu efeito documentado na redução de risco de fracturas vertebrais e não vertebrais. Atribui-se ainda a esta classe farmacológica uma libertação óssea lenta e um boa tolerância/segurança ao longo de vários anos.

Embora os bifosfonatos sejam amplamente prescritos na prática clínica, e tendo em conta o aumento da esperança de vida, desconhece-se, ainda, qual a razão risco/benefício em prolongar o tratamento ou descontinuí-lo e o tipo de seguimento necessário.

**Objectivo:** Determinar qual a evidência relativamente à terapêutica da osteoporose após o tratamento com bifosfonatos durante 5 anos

**Material e Métodos:** Foi efectuada uma pesquisa com os termos MeSH «Osteoporosis», «Therapeutics» e «Bisphosphonates», de fontes secundárias – revisões sistemáticas, meta-análises e normas de orientação clínica – e de fontes primárias – ensaios clínicos aleatorizados e aleatorizados – publicadas nos últimos dez anos, em inglês, português e espanhol. As bases de da-

dos utilizadas foram: Medline, Cochrane Reviews, Clinical Evidence, Bandolier, Dynamed, National Guideline Clearinghouse e Index Revistas Médicas Portuguesas. A qualidade da evidência foi avaliada através da Strength of Recommendation Taxonomy (SORT).

**Resultados:** Entre os 402 artigos encontrados, foram seleccionados 7, 6 normas de orientação clínica com resultados não consensuais e um ensaio clínico aleatorizado. Das normas de orientação clínica, três referem que se desconhece a duração óptima do tratamento com bifosfonatos e outra recomenda o tratamento prolongado sem discriminar a sua duração (nível de evidência 3). A possibilidade de descontinuar o tratamento após 5 anos em indivíduos com osteoporose ligeira é referida numa norma, com um nível de evidência 1. Perante um risco de fractura elevado, duas normas recomendam o tratamento continuado (nível de evidência 1). É ainda recomendado que se vigie a DMO durante a pausa e que se reinicie a terapêutica se esta diminuir substancialmente, se aumentarem os marcadores de *turnover* ósseo ou se ocorrer fractura (nível de evidência 3).

**Conclusão:** Na Osteoporose ligeira poderá ser legítimo considerar uma pausa após 4 a 5 anos de terapêutica (SORT B). Em indivíduos com risco elevado de fractura sugere-se o tratamento continuado por 10 anos (SORT B).

No entanto, é necessária investigação adicional para definir a duração óptima do tratamento com cada um dos bifosfonatos com ênfase nos resultados orientados para o doente, nomeadamente no que diz respeito à incidência de fracturas e ao perfil de segurança.

### **CLP 36 – SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Marília Rodrigues<sup>1</sup>, Helder Esperto<sup>1</sup>, Carlos Costa<sup>1</sup>, Pedro Carvalho<sup>1</sup>, António Aragão<sup>1</sup>, Fernando Santos<sup>1</sup>, Nascimento Costa<sup>1</sup>

1. Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Coimbra, Portugal

**Introdução:** A Síndrome de Churg-Strauss é uma entidade clínica rara, caracterizada por asma, eosinofilia periférica e granulomas eosinofílicos extravasculares. Trata-se de uma vasculite sistémica necrotizante com atingimento predominante de pequenos vasos. O diagnóstico é fundamentado na clínica, sendo os critérios mais consensualmente aceites os do *American College of Rheumatology*: asma, eosinofilia periférica > 10%,

mono ou polineuropatia, infiltrado pulmonar migratório, patologia dos seios paranasais e presença de eosinófilos extravasculares em biópsia. Deve ser complementado com avaliação imagiológica e pesquisa de anticorpos, dos quais os ANCA do tipo perinuclear se apresentam como fortemente preditivos da doença.

**Caso Clínico:** Os autores descrevem o caso clínico de um doente de 74 anos, com antecedentes de asma de início tardio (aos 40 anos) e polipose nasosinusal bilateral, que apresentava quadro de mialgias distais, debilitantes, em repouso, com 1 mês de evolução e lesões purpúricas nos membros inferiores, não pruriginosas, com 3 semanas de evolução.

Ao exame objectivo observaram-se lesões purpúricas, não palpáveis, as maiores nas faces peroneais direita (diam=3cm) e esquerda (diam=4cm) e face anterior do joelho esquerdo (diam=2cm). O restante exame físico, nomeadamente o exame neurológico, eram normais.

Analicamente apresentava eosinofilia (25.4 G/L), insuficiência renal aguda com proteinúria não nefrótica, elevação da IgE e positividade para anticorpos anti-pANCA e anti mieloperoxidase. Foram efectuadas biópsia renal que revelou glomerulonefrite pauci-imune com proliferação endo e extracapilar e formações crescênticas e biópsia cutânea das lesões compatível com vasculite leucocitoclástica.

O doente iniciou medicação modificadora de doença (metilprednisolona 48mg id e ciclofosfamida 100/50mg 48/48h) com boa evolução clínica.

**Conclusão:** Os doentes com Síndrome de Churg-Strauss devem ter um seguimento rigoroso pela necessidade de tratamento imunossupressor e rápida mortalidade na ausência do mesmo. Neste caso em particular optou-se pelo início precoce de terapêutica com ciclofosfamida pela presença de critérios de gravidade associados a disfunção renal.

### CLP 37 – HEPATOTOXICIDADE NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE LATENTE COM ISONIAZIDA EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE CANDIDATOS A TERAPÊUTICA COM ANTI-TNF

Inês Gonçalves<sup>1</sup>, Joana Pimentel<sup>2</sup>, Conceição Gomes<sup>2</sup>, Ana Assunção Teixeira<sup>1</sup>, Cândida Silva<sup>1</sup>, Luís Miranda<sup>1</sup>, Cláudia Miguel<sup>1</sup>, Filipe Barcelos<sup>1</sup>, Helena Santos<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia
2. CDP Avenida 24 Julho

**Introdução:** Actualmente, a Sociedade Portuguesa de Reumatologia e a Sociedade Portuguesa de Pneumologia recomendam o tratamento da tuberculose latente (TL), com isoniazida (INH), a todos os doentes imunocomprometidos candidatos a biotecnológicos, após a avaliação do risco/benefício individual. Tratando-se de um fármaco associado a toxicidade hepática, a utilização da INH com DMARDs, nos doentes com artrite reumatóide (AR), levanta questões em relação à segurança da sua utilização nestes doentes.

**Objectivo:** Avaliar a toxicidade do tratamento da TL com INH em doentes com AR candidatos a terapêutica biotecnológica.

**Método:** Estudo retrospectivo de 87 doentes com AR seguidos no Instituto Português de Reumatologia (IPR) candidatos a terapêutica biotecnológica. Foi feita uma revisão dos processos clínicos e recolhidos os dados relativos às características demográficas, clínicas, laboratoriais e medicação concomitante.

**Resultados:** Foram revistos 87 doentes, dos quais 80 (91,9%) mulheres. Idade média 54 anos (DP±11,04). Todos fizeram raterio da TL e 78 (89,7%) fizeram INH em média 8,93 meses (DP±1,13). Setenta e quatro (94,9%) dos que fizeram INH iniciaram anti-TNF, em média 6,97 meses (DP±7,44) após o início da profilaxia. O DAS28 foi em média 5,94.

Dois doentes não fizeram terapêutica com DMARDs com a INH. Dos outros, 33 (42,3%) faziam um DMARD (metotrexato, leflunomida, sulfasalazina, azatioprina). Setenta e quatro (94,9%) faziam prednisona (média 8,1 mg/dia) e, 62 (79,5%) AINE em esquema fixo.

Ocorreu aumento das transaminases em 40 (51,3%) doentes, com elevação superior ao dobro da referência em 11 (14,1%) e superior a cinco vezes a referência em 1 doente.

No início da INH existiam alterações hepáticas em 12 (15,4%) doentes. Destes, 10 (83,3%) mantiveram alterações e em 5 (41,7%) foram superiores ao dobro do normal.

Nos restantes, 28 (42,4%) desenvolveram alterações hepáticas «de novo» que foram superiores ao dobro do normal em 6 (9,1%) doentes, com início em média 2 meses após o início da INH. Em 17 (42,5%) do total de doentes com alterações das transaminases, as alterações persistiram em pelo menos duas avaliações consecutivas.

A subida das transaminases condicionou alteração terapêutica em 9 doentes (suspensão da INH em 5 doentes e alteração do tratamento com DMARDs em 4).

Os doentes com alterações eram essencialmente mais velhos, mas sem diferença estatisticamente significati-

va, com idade média de 56 *versus* 51 anos.

Em relação à medicação, observa-se maior proporção de doentes com alterações hepáticas (*versus* sem alterações) em relação à toma de corticoterapia (97,5% *versus* 92,1%) e AINE (82,5% *versus* 76,3%) sem significado estatístico. A dose média de prednisona/dia também é superior no grupo de doentes com alterações (9,10 mg/d *versus* 6,79 mg/d). As associações de DMARDs são mais frequentes no grupo de doentes com boa função hepática (60,5% *versus* 50%). Não se encontrou relação estatisticamente significativa entre a toma de determinado DMARD e toxicidade hepática. No entanto, nos 3 doentes a fazer azatioprina, verificou-se uma relação directa entre a dose de azatioprina e as alterações hepáticas.

Em relação aos AINE (naproxeno, diclofenac, aceclofenac, acetametacina, meloxicam, etoricoxib, celecoxib) observou-se maior toxicidade hepática com o diclofenac e aceclofenac mas sem significado estatístico.

Em relação à corticoterapia, verificou-se maior toxicidade hepática com doses superiores a 7,5 mg/d ( $p=0,001$ ).

**Conclusões:** Registou-se um valor elevado de doentes com alterações hepáticas ligeiras. Os doentes com alterações eram mais velhos e faziam uma dose superior de corticoterapia. Os doentes com alterações hepáticas iniciais tem maior risco de alterações posteriores com a INH e têm alterações mais graves. O aceclofenac foi o AINE com mais alterações hepáticas. São necessários estudos com maior número de doentes para clarificar a tendência observada neste trabalho e eventualmente identificar outras associações.

### CLP 38 – PENTOXIFILINA ENDOVENOSA NO TRATAMENTO DO FENÓMENO DE RAYNAUD E ÚLCERAS DIGITAIS

Inês Gonçalves<sup>1</sup>, Cândida Silva<sup>1</sup>, Paulo Coelho<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

**Introdução:** A vasculopatia digital - Fenómeno de Raynaud (FR) e úlceras digitais (UD) - é quase universal na esclerose sistémica (ES) e correlaciona-se com a gravidade da mesma. A sua etiologia é multifactorial, integrando factores estruturais (proliferação da íntima, diminuição da densidade capilar), funcionais (aumento de produção de vasoconstritores – endotelina e diminuição da produção de vasodilatadores - prostaciclina, NO) e existência de um estado pro-coagulante. Actualmente, a ênfase do tratamento destas situações con-

siste no controlo dos sintomas e complicações. A EULAR recomenda, como 1ª linha no tratamento farmacológico, os bloqueadores canais de cálcio (nifedipina) e/ou prostanóide endovenoso (iloprost) consoante a gravidade. Recentemente a *Current Opinion in Rheumatology* (2011) sugeriu um algoritmo de tratamento em que são incluídos como coadjuvantes/agentes de 2ª linha os antagonistas da angiotensina, antagonistas alfa-adrenérgicos, inibidores selectivos da recaptação de serotonina, inibidores da fosfodiesterase, nitratos tópicos, estatinas, antiagregantes e anti-oxidantes.

A pentoxifilina é um fármaco com actuação multifactorial (estimulo da síntese de prostaciclina, diminuição da agregação plaquetária, aumento da deformabilidade dos eritrócitos e da mobilidade dos neutrófilos, aumento da fibrinólise e inibição do TNF) com propriedades hemorreológicas e anti-inflamatórias. É utilizada no tratamento da doença arterial periférica (DAP) e demência vascular, úlceras venosas, queimadura do frio, doença de Peyronie, lesões neuropáticas, anemia falciforme, estomatite aftosa, entre outras. Na ES existem alguns trabalhos que procuraram avaliar a eficácia da pentoxifilina no tratamento da fibrose cutânea e das úlceras com resultados promissores.

**Objectivo:** Reportar a experiência do IPR na utilização da pentoxifilina endovenosa (ev), efeitos secundários e efeito terapêutico.

**Método:** Estudo retrospectivo dos internamentos entre Janeiro 2011 e Setembro 2012 que incluíram tratamento com pentoxifilina ev na dose de 1200 mg/dia, segundo protocolo em vigor no IPR. Foram revistos os processos clínicos e os registos da farmácia e recolhidos os dados relativos às características demográficas, clínicas e medicamentosas.

**Resultados:** Registaram-se 15 internamentos com realização de pentoxifilina ev (3 como 2º internamento) em 12 doentes (92% sexo feminino). Idade média de 64 anos (min 45, máx 84). Onze doentes tinham ES e 1 doente artrite reumatóide.

A média de dias de tratamento foi de 3,5 dias (min 2, máx 6), com excepção de uma doente que realizou 18 dias de pentoxifilina ev.

O sintoma principal para tratamento foi: úlceras digitais em 9 internamentos, exacerbação do FR em 6 e claudicação no contexto de DAP em 1.

Ocorreu melhoria em 13 (86,7%) internamentos. Nas outras 2 situações os doentes tinham úlceras digitais com componente de necrose digital e realizaram posteriormente iloprost ev. Estes doentes foram referenciados para tratamento em câmara hiperbárica.

Ocorreram efeitos adversos em 5 tratamentos (3 náuseas, 1 vertigem, 1 dispneia), que foram controlados com diminuição da velocidade de administração do soro. A dispneia surgiu ao 4º dia de tratamento em doente com insuficiência cardíaca congestiva, provavelmente associada a sobrecarga hídrica e reverteu rapidamente com furosemida ev e suspensão do soro.

**Discussão:** Existem poucos dados sobre a utilização da pentoxifilina ev nos doentes com ES. A experiência do IPR neste campo tem sido positiva, sobretudo em doentes com FR e pequenas úlceras em estadio inicial. São necessários trabalhos com maior número de doentes e respectiva medicação concomitante para se retirarem conclusões sobre a pentoxifilina. No entanto, parece-nos que a pentoxifilina pode ser considerada em casos particulares, considerando a fácil acessibilidade, efeitos benéficos na microcirculação e baixa toxicidade.

### CLP 39 – HEPATITE TÓXICA AGUDA EM DOENTE COM AR SOB TRATAMENTO COM ISONIAZIDA E LEFLUNOMIDA

Pedro Carvalho<sup>1</sup>, Dália Estevão Marques<sup>1</sup>,  
Marília Rodrigues<sup>1</sup>, Carlos Costa<sup>1</sup>, Emília Louro<sup>1</sup>,  
Armando Carvalho<sup>1</sup>, Nascimento Costa<sup>1</sup>

1. CHUC

**Introdução:** A isoniazida e a leflunomida são dois fármacos associados a hepatotoxicidade e que podem estar presentes simultaneamente na prescrição terapêutica de doentes com artrite reumatóide (AR). A maioria dos casos de hepatite induzida pela isoniazida ocorrem nos primeiros 2 a 3 meses depois de se ter iniciado o tratamento, os restantes casos ocorrem nos primeiros 14 meses. Elevações das aminotransferases 3 vezes acima do seu valor normal foram observadas em mais de 13% de doentes tratados com leflunomida. As enzimas hepáticas devem ser monitorizadas pelo menos mensalmente durante os três primeiros meses de tratamento com leflunomida e pelo menos trimestralmente depois desse período.

**Caso Clínico:** O caso clínico seguinte é referente a uma doente internada num serviço de Medicina Interna por hepatite aguda. Trata-se de uma doente de 49 anos seguida em consulta de Reumatologia com o diagnóstico de AR (diagnosticada há 13 anos), que tinha iniciado leflunomida 2 meses antes e isoniazida 2 semanas antes. Deu entrada no Serviço de Urgência (SU) por febre (máximo de 39° C), suores e arrepios com 4 dias de

evolução. Concomitantemente apresentava náuseas, vômitos e diarreia com 2 dias de evolução. Pelas queixas de febre foi observada em consulta de Reumatologia dois dias antes e enviada ao SU por elevação dos parâmetros inflamatórios para investigação de possível foco infeccioso; foram suspensas a isoniazida e a leflunomida. No dia em que recorreu ao SU pela segunda vez apresentava já elevação das enzimas de colestase e de citólise hepática tendo ficado internada para estudo etiológico. No internamento foi mantida a medicação habitual (já tinham sido suspensos os prováveis agentes etiológicos do quadro clínico) e prescrita ciprofloxacina para tratamento de possível foco infeccioso oculto. A doente apresentou boa evolução clínica e analítica. Duas semanas após o início do quadro foi reavaliada em consulta de Reumatologia, apresentando normalização completa das enzimas hepáticas (exceto fosfatase alcalina e gama-GT que, no entanto, apresentavam melhoria significativa).

**Conclusão:** Este caso clínico chama atenção para a necessidade de vigilância destes doentes submetidos a terapêutica simultânea com estes dois fármacos visto estarem sujeitos a um maior risco de desenvolvimento de complicações hepáticas.

### CLP 40 – MONITORIZAÇÃO DA PERFUSÃO SANGUÍNEA EM PACIENTES DO IPR E DETERMINAÇÃO DA SUA ENTROPIA

Manuel Cabeleira<sup>1</sup>, Paulo Clemente Coelho<sup>1</sup>, Pedro Vaz<sup>1</sup>,  
Edite Figueiras<sup>1</sup>, Luis Filipe Requicha Ferreira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia; Centro de Instrumentação – Grupo de Electrónica e Instrumentação (GEI) da Universidade de Coimbra

Apesar da microcirculação não ser uma descoberta recente, os métodos para estudar esta parte do sistema circulatório estão menos desenvolvidos, quando comparados com as técnicas de medição de fluxo nos vasos de maior dimensão. As principais razões são a complexidade da rede microcirculatória tri-dimensional, assim como as suas diferentes funções. Existem uma série de técnicas para medir a microcirculação sanguínea na pele, tais como a capilaroscopia clínica, condutividade térmica, pletismografia, etc. A fluxometria laser Doppler (FLD) tem vindo a estabelecer-se como um método eficaz e de confiança para a monitorização do fluxo sanguíneo microcirculatório, podendo ser uma janela para a compreensão da fisiologia e das patologias

do sistema microcirculatório.

Visto que, doenças como a esclerose sistêmica e a artrite reumatóide, afectam a microcirculação cutânea de diferentes formas, o objectivo principal deste trabalho é o de testar o modo como estas doenças modificam a regularidade dos sinais de FLD. Para isso foram realizadas medições da perfusão sanguínea em doentes do IPR com esclerose sistêmica e artrite reumatóide e em voluntários saudáveis, com um fluxómetro comercial composto por três canais de monitorização localizados a diferentes distâncias da fibra emissora.

Nos resultados preliminares obtidos verificou-se que a entropia dos sinais de fluxometria laser Doppler obtidos para os três diferentes grupos de doentes parece aumentar com a distância entre as fibras emissora e receptora. Para além disso os sinais medidos nos diferentes grupos apresentam diferentes valores de entropia.

Estes resultados, apesar de preliminares, permitem antever que a entropia de sinais de FLD obtidos no fluxo basal podem ser utilizados para prever a disfunção microcirculatória sem danificar os micro-vasos.

#### CLP 41 – ESCLEROSE SISTÊMICA

Viktoriia Khomenko<sup>1</sup>, Juliana Tremesano<sup>2</sup>, Graça Sequeira<sup>3</sup>, Helena Goncalves<sup>4</sup>

1. USF Guadiana Polo de Altura
2. USF Farol
3. Hospital de Faro
4. USF Guadiana

**Introdução:** A Esclerose Sistêmica é uma doença sistêmica, caracterizada por fibrose e vasculopatia, com envolvimento multiorgânico e cuja morbidade é variável. É frequente o envolvimento cutâneo com esclerodactília e Fenómeno de Raynaud que pode originar úlceras digitais, as quais podem ser refartarias à terapêutica habitual, causando importante limitação funcional. Estas podem evoluir desde úlceras superficiais à isquemia, necrose profunda, gangrena, perda de substância e, conseqüente, amputação dos dedos.

**Material e Métodos:** O caso clínico é de uma doente, sexo feminino, raça caucasiana, de 55 anos de idade, referenciada a consulta da reumatologia por dor e edema difuso das mãos, desde Outubro de 2011. Em 1996 Esclerodermia diagnosticada por biopsia da pele realizada na dermatologia. Sem outras queixas. Em 2008 cirurgia por síndrome do túnel cárpico direito, com queixas de parestesias noturnas nos membros superiores

mais marcadas à direita desde 2002. Em Outubro de 2011 edema acentuado bilateral nas mãos, com soluções de continuidade nas polpas digitais das mãos, endurecimento da pele e fâcies de esclerodermia. Diagnosticada Esclerose Sistêmica com úlceras digitais com Anticorpos antinucleares positivo e Centrômero B positivo. Medicada: Metotrexato, pomada com corticoides e Acido fólico. Em Março 2012 mantem as úlceras digitais. Ligeiras dores nas articulações das mãos. Inicia Nifedipina e Pentoxifilina. No dia 5 de Julho 2012 mantém as úlceras do 2º e 3º dedo da mão direita ativas e muito incapacitantes apesar de todo tratamento conservador, pelo que foi decidido interná-la para fazer tratamento endovenoso com Iloprost. Melhorou das úlceras nas polpas digitais do 2º e 3º dedo da mão direita, mas a do 2º dedo ainda não estava totalmente encerrada.

**Resultados:** Em Setembro de 2012 iniciou tratamento com Bosentan na dose de 62,5 mg, via oral 2 vezes por dia, durante 4 semanas e depois 125 mg, 2 vezes por dia com melhoria significativa das manifestações isquémicas periféricas. A cicatrização das úlceras digitais fez-se de forma célere, com boa recuperação e melhoria funcional e da qualidade de vida, não tendo surgido novas lesões desde o início do tratamento.

**Conclusões:** Este caso clínico é um exemplo de como as úlceras digitais são muito dolorosas e são causa importante de limitação e impotência funcional nas atividades diárias do doente. O Bosentan, antagonista dos recetores de endotelina, para além de indicação na Hipertensão Pulmonar, também está aprovado no tratamento das úlceras digitais. Este fármaco já demonstrou benefício na diminuição da incidência das úlceras digitais na esclerose sistêmica, não parecendo ser suficiente para cicatrização das úlceras já existentes, mas previne o aparecimento as novas lesões.

#### CLP 42 – VALIDAÇÃO DO ALGORITMO FRAX® PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

Andréa Ascensão Marques<sup>1</sup>, António Mota<sup>2</sup>, Helena Canhão<sup>3</sup>, José Carlos Romeu<sup>3</sup>, Pedro Machado<sup>1</sup>, Daniel Silva<sup>4</sup>, Afonso Ruano<sup>5</sup>, Ana Paula Barbosa<sup>6</sup>, António Aroso Dias<sup>7</sup>, Domingos Araújo<sup>8</sup>, Eugénia Simões<sup>9</sup>, Fernanda Águas<sup>10</sup>, Inês Rosendo Silva<sup>11</sup>, Inês Silva<sup>12</sup>, Jorge Crespo<sup>13</sup>, José Delgado Alves<sup>14</sup>, Lúcia Costa<sup>4</sup>, Mário Mascarenhas<sup>15</sup>, Óscar Lourenço<sup>16</sup>, Pedro L. Ferreira<sup>16</sup>, Raquel Lucas<sup>17</sup>, Raquel Roque<sup>18</sup>,

Jaime Branco<sup>19</sup>, Viviana Tavares<sup>20</sup>, John Kanis<sup>21</sup>, José António P. da Silva<sup>1</sup>

1. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Reumatologia
2. Administração Regional de Saúde-Centro
3. Serviço Reumatologia, Hospital Santa Maria
4. Representante da Sociedade Portuguesa de Reumatologia
5. Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia
6. Representante da SPODOM. Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo - Hospital Santa Maria and Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
7. Hospital de São João
8. Representante APO. Hospital Conde Bertandos, Ponte de Lima.
9. Representante SPODOM. Instituto Português de Reumatologia. Lisboa
10. Representante da Sociedade Portuguesa de Ginecologia
11. Representante da Associação Nacional de Medicina Familiar
12. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE – Hospital Egaz Moniz
13. Representante da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
14. Representante da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. FCML/CEDOC; Hospital Fernando Fonseca, Medicina IV; NEDAI
15. Representante da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia e Diabetes. Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo - Hospital Santa Maria and Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
16. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
17. Representante do ONDOR
18. Hospital Garcia da Orta, EPE, Almada
19. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental & CEDOC Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
20. Representante da APOROS e Sociedade Portuguesa de Reumatologia
21. Emeritus Professor, University of Sheffield Medical School, Sheffield, UK )

**Introdução:** O diagnóstico formal de osteoporose assenta na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) que data de 1994, baseada na densidade mineral óssea (DMO) individual<sup>1</sup>. Mais recentemente, estudos e meta-análises liderados pela OMS, demonstraram que o risco de fractura osteoporótica é influenciado por um conjunto de fatores para além da DMO, nomeadamente a idade, o sexo, os antecedentes pessoais e familiares, entre outros<sup>2</sup>. Estes indicadores foram reunidos num algoritmo designado por FRAX®<sup>3</sup>, disponibilizado de forma conveniente no *website*

[www.shef.ac.uk/FRAX](http://www.shef.ac.uk/FRAX). Este algoritmo permite estimar o risco de fractura osteoporótica nos 10 anos subsequentes. Existe uma versão que dispensa inclusivamente os valores de DMO ou de outros exames.

Assim, o FRAX® representa um contributo decisivo para o uso clínico, além de ser economicamente racional, ao permitir selecionar a população-alvo ideal<sup>4-5</sup>. Estas mais-valias justificam a adopção entusiástica deste instrumento por todo o Mundo<sup>6</sup>. Com este trabalho objetiva-se descrever a epidemiologia das fraturas da anca bem como a sua relevância no desenvolvimento do FRAX® Português.

**Material e Métodos:** Os casos de fratura da anca foram extraídos da base nacional de altas hospitalares de acordo com os códigos CID requisitados pela OMS, estratificados por idade ( $\geq 40$  anos) e sexo, no período compreendido entre 1 Janeiro de 2006 e 31 de Dezembro de 2010. A taxa de mortalidade e estimativas populacionais para o mesmo período foram estratificadas por sexo e idade em colaboração com o Instituto Português de Nacional de Estatística. As incidências foram calculadas para cada ano, em intervalos de cinco anos e foi esta a média considerada na análise. Dada a falta de dados confiáveis sobre fraturas do úmero, antebraço e vertebrais em Portugal, foram imputadas estas incidências a partir da epidemiologia da Suécia (a exemplo da maioria dos modelos FRAX® já validados).

Todos os procedimentos metodológicos e resultados foram submetidos à avaliação crítica do grupo de peritos da OMS para o FRAX®. Para garantir a qualidade do instrumento e fomentar a sua utilização na prática clínica foi ainda consultado um painel constituído por 24 especialistas nacionais e representantes das diferentes sociedades científicas e associações de doentes, direta ou indiretamente envolvidos na osteoporose.

**Resultados:** A incidência de fracturas da anca foi superior nas mulheres, aumentando com a idade. A menor incidência foi observada na faixa etária entre 40-44 anos de grupo (14,1 e 4,0 por 100.000 habitantes para homens e mulheres, respectivamente). A maior taxa foi observada entre os 95-100 (2.577,6 e 3.551,8/100.000 para homens e mulheres, respectivamente).

A probabilidade de fratura osteoporótica *major* ou fratura da anca a dez anos aumenta com a diminuição do T-score e com o aumento da idade. Portugal tem uma das mais baixas incidências de fratura entre os países europeus, o que se reflete na probabilidade a 10 anos para fratura osteoporótica *major* ou fratura da anca.

**Conclusões:** A ferramenta FRAX® pode ser utilizada para estimar o risco de fracturas osteoporóticas a dez

anos bem como para investigar os limiares de intervenção mais adequadas em Portugal. Este é o primeiro modelo de previsão de fraturas calibrado para a população Portuguesa, utilizando dados nacionais. Apesar de algumas limitações desta ferramenta, seus pontos fortes e vantagens são reconhecidos mundialmente. Estas qualidades e o amplo consenso obtido no seu desenvolvimento e estrutura fazem do FRAX Português® uma boa ferramenta para aplicação na prática clínica.

#### REFERÊNCIAS

1. WHO (1994). World Health Organization. Assessment of fracture risk and its implication to screening for postmenopausal osteoporosis: Technical report series 843. Geneva: WHO.
2. Kanis JA, Oden A, Johnell O, et al. (2007) The use of clinical risk factors enhances the performance of BMD in the prediction of hip and osteoporotic fractures in men and women. *Osteoporos Int* 18(8):1033-46.
3. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, McCloskey E. (2008) FRAX and the assessment of fracture probability in men and women from the UK. *Osteoporos Int*. 19(4):385-97.
4. McCloskey EV, Johansson H, Oden A, Kanis JA. (2009) From relative risk to absolute fracture risk calculation: the FRAX algorithm. *Curr Osteoporos Rep* 7(3):77-83.
5. Johansson H, Kanis JA, Oden A, Johnell O, McCloskey E. (2009) BMD, clinical risk factors and their combination for hip fracture prevention. *Osteoporos Int*. 20(10):1675-82.
6. Kanis JA, Johnell O, De Laet C, Jonsson B, Oden A, Ogelsby AK. (2002) International variations in hip fracture probabilities: implications for risk assessment. *J Bone Miner Res* 17(7):1237-44.

### CLP 43 – RELAÇÃO ENTRE A INDUÇÃO DE AUTOANTICORPOS E RESPOSTA CLÍNICA AO INFLIXIMAB NA ARTRITE REUMATÓIDE E ESPONDILITE ANQUILOSANTE: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Tânia Santiago<sup>1</sup>, Mariana Galante Santiago<sup>1</sup>, João Rovisco<sup>1</sup>, Cátia Duarte<sup>1</sup>, Dolores Nour<sup>1</sup>, Maria João Salvador<sup>1</sup>, José António Pereira da Silva<sup>1</sup>  
1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Coimbra, Portugal

**Introdução:** Apesar de estar bem estabelecido que a terapêutica com infliximab (IFX) induz a formação de autoanticorpos, incluindo anticorpos antinucleares (ANA) e anticorpos anti-dsDNA (anti-dsDNA), ainda se desconhece em que medida este evento influencia a resposta clínica ao IFX em doentes com artrite reumatóide (AR) e espondilite anquilosante (EA).

**Objectivo:** Determinar a prevalência de ANAs e anti-dsDNA antes e após tratamento com IFX e avaliar se

a formação de ANAs e anti-dsDNA se associa a eficácia da resposta clínica ao IFX, em doentes com AR e EA.

**Métodos:** Estudo retrospectivo e observacional, que incluiu 64 doentes (46 AR, 18 EA) seguidos no SR-CHUC, entre Janeiro de 2000 e Junho de 2012, que iniciaram IFX como primeira opção terapêutica. A recolha e análise dos dados foram efetuados através da consulta do processo clínico e do registo electrónico, *Reuma.pt*. Analisaram-se dados demográficos, duração da doença, duração da terapêutica com IFX, determinação dos ANAs e anti-dsDNA antes e após IFX, motivos de descontinuação da terapêutica, medicação concomitante (DMARD's, corticoterapia e anti-tuberculos-táticos), actividade da doença (*Disease Activity Score - DAS28 (PCR)* - e *Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score - ASDAS (PCR)*), e resposta clínica à terapêutica (Critérios de resposta EULAR e ASDAS).

**Resultados:** Dos 64 doentes, 72% eram do sexo feminino com idade média 54,7 anos; e duração média de doença de 16,4 anos. O DAS28 (PCR) médio inicial era de 4,2 e o ASDAS (PCR) era 1,8. A resposta clínica EULAR/ASDAS obtida após IFX foi a seguinte: 43,8% boa/major, 21,8% moderada/importante e 34,4% não resposta/sem melhoria. A prevalência de ANAs (em título >1:160) e anti-dsDNA (em título > 4.2U/ml) aumentou significativamente de 58% para 88% (p<0,001) (Tabela 1) e de 12% para 54% (p<0,001) respectivamente, após terapêutica com IFX. A resposta clínica foi significativamente diferente de acordo com os títulos de ANA após IFX (p<0,001): a elevação dos títulos de ANAs após IFX associou-se a uma ausência de resposta da actividade de doença (Tabela 2). Ocorreu um caso de lúpus induzido por IFX numa doente com EA.

**Conclusão:** O nosso estudo confirma que a terapêutica com IFX induz, com frequência, a formação de ANAs e anti-dsDNA. Os resultados mostram uma relação entre elevação de ANAs após IFX e ausência de resposta clínica. A monitorização dos ANAs e anti-dsDNA poderá ser útil como preditor de resposta clínica durante terapêutica com IFX.

### CLP 44 – ASSOCIAÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA DE RECUPERAÇÃO COM O VO<sub>2</sub> PICO EM MULHERES COM FIBROMIALGIA

Maria da Lapa Rosado<sup>1</sup>, Nuno M Pimenta<sup>2</sup>, Rita Calé<sup>3</sup>, Pedro J Sousa<sup>4</sup>, Helena Santa-Clara<sup>2</sup>, Luís Bettencourt Sardinha<sup>2</sup>

1. Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa. Centro de Medicina de Reabilitação Alcoitão. Universidade Atlântica
2. Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa
3. Departamento de Cardiologia, Hospital Garcia de Orta
4. Departamento de Cardiologia, Centro de Medicina Aeronáutica, Força Aérea Portuguesa

**Introdução:** A fisiopatologia da fibromialgia é multifactorial e sugere-se que a disfunção autonómica seja um importante mecanismo para a dor e intolerância ortostática devido ao aumento da vasoconstrição simpática e disfunção da sensibilidade baroreflexa. As mulheres com fibromialgia têm actividade simpática exacerbada em repouso e incapacidade na activação simpática e desactivação vagal. A disfunção autonómica tem sido associada a maior risco de doença cardiovascular em várias populações e a frequência cardíaca (FC) de recuperação (FCR) após testes de esforço tem sido utilizada para avaliar riscos e prognósticos em pacientes com doença cardiovascular. A FCR no primeiro minuto (FCR1) após o término do exercício é um marcador do tónus vagal e a FCR no segundo minuto (FCR2) prediz a presença de doença arterial coronária. Pretende-se estudar a FCR em mulheres com fibromialgia, em resposta ao exercício e verificar a relação com o  $VO_2$  pico.

**Material e Métodos:** Analisaram-se os dados de  $VO_2$  pico e FCR, recolhidos em 32 mulheres com fibromialgia, após a realização de prova de esforço em passadeira rolante utilizando o protocolo de Bruce. A FCR foi definida como a diferença entre a FC no pico do exercício e a FC ao 1º minuto (FCR1), 2º minuto (FCR2) e ao 10º minuto (FCR10) após cessação do exercício. A análise estatística foi realizada com o SPSS v. 20. Apresentaram-se as características da amostra como média e desvio padrão e utilizou-se a correlação de Spearman para determinar a relação entre FCR e o  $VO_2$  pico. A análise de regressão múltipla usou-se para verificar a associação entre o  $VO_2$  pico e variáveis independentes de interesse. A significância estabeleceu-se a ,05.

**Resultados:** Trinta e duas mulheres (idade:  $48,6 \pm 9,9$  anos) participaram no estudo com um índice de massa corporal (IMC) de  $25,3 \pm 4,6$  kg/m<sup>2</sup>. Apresentaram um valor médio de  $VO_2$  pico de  $23,5 \pm 5,7$  ml/kg/min, a FCR1 e a FCR2 foram de  $26,6 \pm 10,7$  ppm e  $42,6 \pm 11,8$  ppm, respectivamente, e a FCR10 de  $72,5 \pm 13,7$  ppm. Os valores médios de duração do exercício, FC pico e a percentagem de FC de reserva, em todas as mulheres, foram de 480,3 segundos, 162,6 ppm e 90,5% respec-

**TABELA 1. DETERMINAÇÃO DOS ANAS E ANTI-DSDNA ANTES E APÓS IFX**

		Antes IFX	Após IFX	valor p*
ANAs	<1:160	27 42%	8 12%	<0,001
	>ou = 1:160	37 58%	56 88%	<0,001
ds-DNA	0-4,2 U/ml	56 87%	36 56%	<0,001
	4,3-10 U/ml	8 12%	15 23%	<0,001
	>10 U/ml	0 0	13 31%	<0,001

\*Analisado com teste de Wilcoxon.\*

**TABELA 2. COMPARAÇÃO DA RESPOSTA CLÍNICA NO GRUPO DE DOENTES COM TÍTULOS DE ANAS ELEVADOS E REDUZIDOS/SEM ALTERAÇÃO APÓS IFX**

ANAs após IFX	Aumento n=30	Redução/ sem alteração n=34	valor p*
Resposta EULAR/ASDAS			
Boa/Major	12%	31.2%	<0.001
Moderada/ /importante	15.6%	6.12%	
Não resposta/ /sem melhoria	20.4%	14.8%	

\*Analisado com teste de Fisher.

tivamente. A FCR1 e FCR2 foram indicadoras de tónus parasimpático normal.  $VO_2$  pico correlacionou-se positivamente com a FC pico ( $R=,66$ ;  $p<,001$ ), FCR10 ( $R=,49$ ;  $p<,001$ ) e duração do exercício ( $R=,73$ ;  $p<,001$ ), e correlacionou-se negativamente com a idade ( $R=-,67$ ;  $p<,001$ ) e IMC ( $R=-,61$ ;  $p<,001$ ). Os melhores preditores para o  $VO_2$  pico, após a análise de regressão, foram a idade, peso, FCR10 e FCR1 ( $R=,85$ ;  $p<,001$ ).

**Conclusões:** O presente estudo mostrou uma correlação positiva entre o  $VO_2$  pico e a FC pico, FCR10 e a duração do exercício. A idade, peso e FCR10 mostraram ser preditores do  $VO_2$  pico. As mulheres com fibromialgia apresentaram uma FCR normal após exercício, com um  $VO_2$  pico inferior ao de valores de referência, sugerindo activação cardíaca autonómica mas com um nível de capacidade física baixo.

### CLP 45 – RELAÇÃO ENTRE A PRÁTICA DE HIDROGINÁSTICA E OS PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS DOS DOENTES INTERNADOS NO INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

Andreia Marques<sup>1</sup>, Alexandra Cardoso<sup>2</sup>,  
Rita Fernandes<sup>2</sup>, José Vaz Patto<sup>2</sup>, Ana Afonso<sup>3</sup>

1. Estagiária de Nutrição UATLA
2. Instituto Português de Reumatologia
3. Universidade Atlântica (UATLA)

**Introdução:** No âmbito da evolução da ciência, no que trata a doenças crónicas, como é o caso das doenças reumatológicas, ainda se encontram pouco estudadas as alterações da composição corporal com a prática de hidroginástica, principalmente quando esta prática é realizada como terapia. Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar se existem alterações nos parâmetros antropométricos e composição corporal com a prática de hidroginástica, durante o internamento no Instituto Português de Reumatologia (IPR) e comparar os níveis de massa gorda e massa livre de gordura na data de admissão e alta do internamento, tendo em conta a prática da atividade.

**Material e Métodos:** Participaram na amostra 101 indivíduos, de ambos os géneros, com idade média de 64,8±10,8 anos, divididos em dois grupos: praticantes de hidroginástica (n = 50) e os não praticantes de hidroginástica (n = 51). Foram efetuadas todas as medições necessárias através da *Tanita bc-418* (peso, índice de massa corporal (IMC), água corporal total, percentagem e quilogramas de massa gorda e quilogramas de massa livre de gordura (MLG) dos vários segmentos corporais) e do estadiómetro (Seca®), com posterior recolha de dados dos processos clínicos dos participantes. Para a análise de dados do pré e pós tratamento foi aplicado o teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas, com um nível de significância de  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** A amostra do estudo apresenta maior prevalência de doentes com artrite reumatóide (31) e osteoartrose (25). A hipertensão arterial foi a patologia associada mais frequente (63%), e a corticoterapia a medicação presente em 24% dos doentes. A prática de hidroginástica durante o período de internamento variou entre 4 a 10 sessões de tratamento por doente. Verificou-se o aumento significativo da percentagem de massa gorda no grupo de praticantes de hidroginástica ( $p=0,007$ ) e no grupo de doentes não praticantes de hidroginástica ( $p=0,003$ ), sem alterações de IMC ou

perímetro da cintura em ambos os grupos de estudo. A análise da composição corporal segmentada revelou a presença de alterações significativas no grupo de praticantes a nível da MLG dos membros inferiores, com redução da massa muscular ( $p<0,05$ ). O grupo de doentes não praticantes apresentou reduções significativas da MLG na maioria dos segmentos corporais (membro superior direito, membros inferiores e tronco,  $p<0,05$ ). No estudo realizado, o perímetro da cintura diminuiu ligeiramente nos praticantes e aumentou nos não praticantes de hidroginástica.

**Conclusão:** Com base nos resultados, conclui-se que a prática de hidroginástica a curto prazo não apresenta impacto significativo nas alterações da composição corporal que poderiam beneficiar com o exercício terapêutico, possivelmente devido ao tempo reduzido do tratamento. No entanto, sabe-se que esta terapia poderá ajudar os doentes reumatológicos a alterar os parâmetros antropométricos e de composição corporal positivamente, nomeadamente a nível da massa muscular, desde que feita de uma forma contínua e com maior frequência. Serão necessários novos estudos que analisem a prática de hidroginástica a longo prazo e o benefício que esta possa ter nas queixas dos doentes reumatológicos e na sua composição corporal. Torna-se necessário ter em atenção que um doente reumatológico poderá ter menor mobilidade de movimentos, devido a uma maior incapacidade funcional, e por isso a intensidade do exercício terá de ser menor e adaptativa, levando a uma diminuição mais lenta dos parâmetros corporais.

### CLP 46 – AVALIAÇÃO DA INGESTÃO DE CÁLCIO E VITAMINA D COM RECURSO A FERRAMENTA VALIDADA EM PORTUGAL, EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE, OSTEOARTROSE E OSTEOPOROSE

Elsa Melo<sup>1</sup>, Alexandra Cardoso<sup>2</sup>, Rita Fernandes<sup>3</sup>,  
Luis Cunha Miranda<sup>4</sup>, José Vaz Patto<sup>4</sup>,  
Eugénia Simões<sup>4</sup>, Paulo Figueiredo<sup>5</sup>

1. Estagiária de Nutrição
2. Mestre em Nutrição
3. Nutricionista
4. Reumatologista; IPR
5. UATLA

**Introdução:** Estima-se que mais de 100 milhões de pessoas na Europa são afetadas por doenças reumáticas, rep-

resentando cerca de ¼ de todos os europeus. Estas doenças podem ser agudas, recorrentes ou crónicas, atingem indivíduos de todas as idades, são causa muito frequente de incapacidade e quando não diagnosticadas ou tratadas atempada e corretamente podem ocasionar graves e desnecessárias repercussões físicas, psicológicas, familiares, sociais e económicas. A avaliação do consumo de micronutrientes por questionários de frequência alimentar é um método normalmente demorado e pouco preciso na representação da ingestão alimentar. No entanto, o conhecimento dos teores habitualmente ingeridos de cálcio e vitamina D nos doentes com envolvimento reumático, nomeadamente na Osteoporose é uma questão fulcral no acompanhamento e na decisão da terapêutica farmacológica individual.

**Objectivo:** O principal objetivo do estudo consistiu na avaliação de ingestão de Cálcio e Vitamina D em indivíduos com Artrite Reumatoide (AR), Osteoartrose (OA) e Osteoporose (OP), com recurso a uma ferramenta validada em Portugal.

**Material e Métodos:** O estudo observacional consistiu na aplicação de um questionário de frequência alimentar, através de uma aplicação informática, com elevada rapidez na recolha e introdução de dados, permitindo o cálculo por algoritmo da ingestão média diária de cálcio (mg) e de vitamina D ( $\mu\text{g}$ ) em poucos minutos; e na avaliação antropométrica e análise da composição corporal, em indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos e com diagnóstico de AR, OA e OP. A amostra incluiu 57 doentes, com idade média de  $69,0 \pm 8,2$  anos, 89,5% do género feminino. Para a análise de dados foram aplicados os testes de *Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis*, *Qui-quadrado* e *correlação de Spearman*, para um nível de significância de 5%.

**Resultados:** A amostra do estudo foi constituída por 16 doentes com AR (28%), 15 com OA (26%) e 26 com OP (46%). A classe de IMC normal representava 35% dos doentes, 30% tinham pré-obesidade e 35% eram obesos. A gordura corporal encontrava-se em excesso em 33% da amostra. Na análise dos 57 doentes, a ingestão de cálcio relacionou-se com o conteúdo mineral ósseo (CMO) avaliado na bioimpedância ( $r=0,362$ ;  $p=0,006$ ) e com a massa muscular esquelética ( $r=0,308$ ;  $p=0,020$ ). A ingestão diária de vitamina D associou-se inversamente à gordura corporal ( $r=-0,280$ ;  $p=0,035$ ). A ingestão de cálcio e vitamina D não diferiu significativamente entre as patologias estudadas. A ingestão de cálcio superior a 800mg/d verificou-se em 81% dos doentes com OA, 60% na AR e 69% na OP, e uma ingestão superior a 1000mg/d em 75% na AR,

47% na OA e 54% na OP. Relativamente à vitamina D (DDR 400UI), apenas 1 doente com OA cumpria a dose diária recomendada. Nos indivíduos com OA, foi possível verificar que os indivíduos com menor peso apresentavam uma ingestão diária superior de vitamina D ( $r=-0,714$ ;  $p=0,003$ ). Nos indivíduos com OP verificou-se que a ingestão de cálcio estava associada ao aumento da ingestão de Vitamina D ( $r=0,398$ ;  $p=0,044$ ) e à presença de valores superiores do conteúdo mineral ósseo ( $r=0,433$ ;  $p=0,027$ ), enquanto que a ingestão de vitamina D se relacionou com quantidades inferiores de gordura corporal ( $r=-0,465$ ;  $p=0,017$ ). O grupo de doentes com AR e com um IMC normal, apresentou valores superiores de ingestão de vitamina D em relação aos indivíduos com obesidade, embora não sejam estatisticamente significativos.

**Conclusão:** Concluiu-se que a ingestão alimentar de cálcio nos doentes com OP cumpria a DDR em 69%, e que a 98% dos indivíduos do estudo tinham baixa ingestão de vitamina D. Nos doentes com OP, a ingestão de cálcio estava relacionada com a ingestão de vitamina D e com o CMO, enquanto que a vitamina D era superior nos doentes com menor gordura corporal. Nos indivíduos com Osteoartrose, a ingestão de vitamina D era inferior nos doentes obesos.

#### CLP 47 – NOVA ABORDAGEM DA DOENÇA DE DUPUYTREN: INFILTRAÇÃO DE COLAGENASE CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM – XIAPEX®

João Bastos Martins<sup>1</sup>, David Rasteiro<sup>1</sup>,  
Maria Manuel Mendes<sup>2</sup>, Maria Manuel Mouzinho<sup>2</sup>

1. Interno de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética (Hospital de São José, Lisboa – Portugal)

2. Assistente Hospitalar Graduada de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética (Hospital de São José, Lisboa – Portugal)

**Introdução:** A doença de Dupuytren é uma doença fibroproliferativa benigna com importantes alterações funcionais. É caracterizada pela formação de nódulos e cordas ricas em colagénio que sofrem uma retração gradual, por acção dos miofibroblastos, levando à formação de contracturas digitais e/ou palmares. Relativamente às hipóteses de tratamento, a abordagem tradicional passa por fasciectomia, fasciotomia ou fasciotomia percutânea. Não existe um tratamento cirúrgico definitivo uma vez que nenhuma das opções leva à cura da doença. As hipóteses cirúrgicas visam sim, a liber-

tação das contracturas permitindo um ganho funcional e estético. Recentemente aprovada, a infiltração intralesional de colagenase (*Clostridium histolyticum* - Xiapex®) tem vindo a demonstrar resultados positivos de uma forma segura e eficaz na sua aplicação clínica.

**Objectivo:** Neste trabalho, relativo à nossa experiência, apresentamos os primeiros resultados obtidos com esta técnica. Apresentamos um caso clínico com referência às suas indicações clínicas, à técnica de aplicação, prognóstico e possíveis complicações.

**Métodos:** É feita a apresentação de um caso clínico da

nossa amostra de doentes submetidos à infiltração de colagenase e seu enquadramento na literatura atual.

**Conclusão/Discussão:** A infiltração de colagenase (por um profissional qualificado) permite obter, de uma forma segura e eficaz, resultados positivos que se traduzem na satisfação do doente. A sua correta aplicação intralesional leva à degradação enzimática das cordas de colagénio com preservação das restantes estruturas.

**Palavras-chave:** Doença de Dupuytren; colagenase; degradação enzimática.