

ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

Vol. XXI

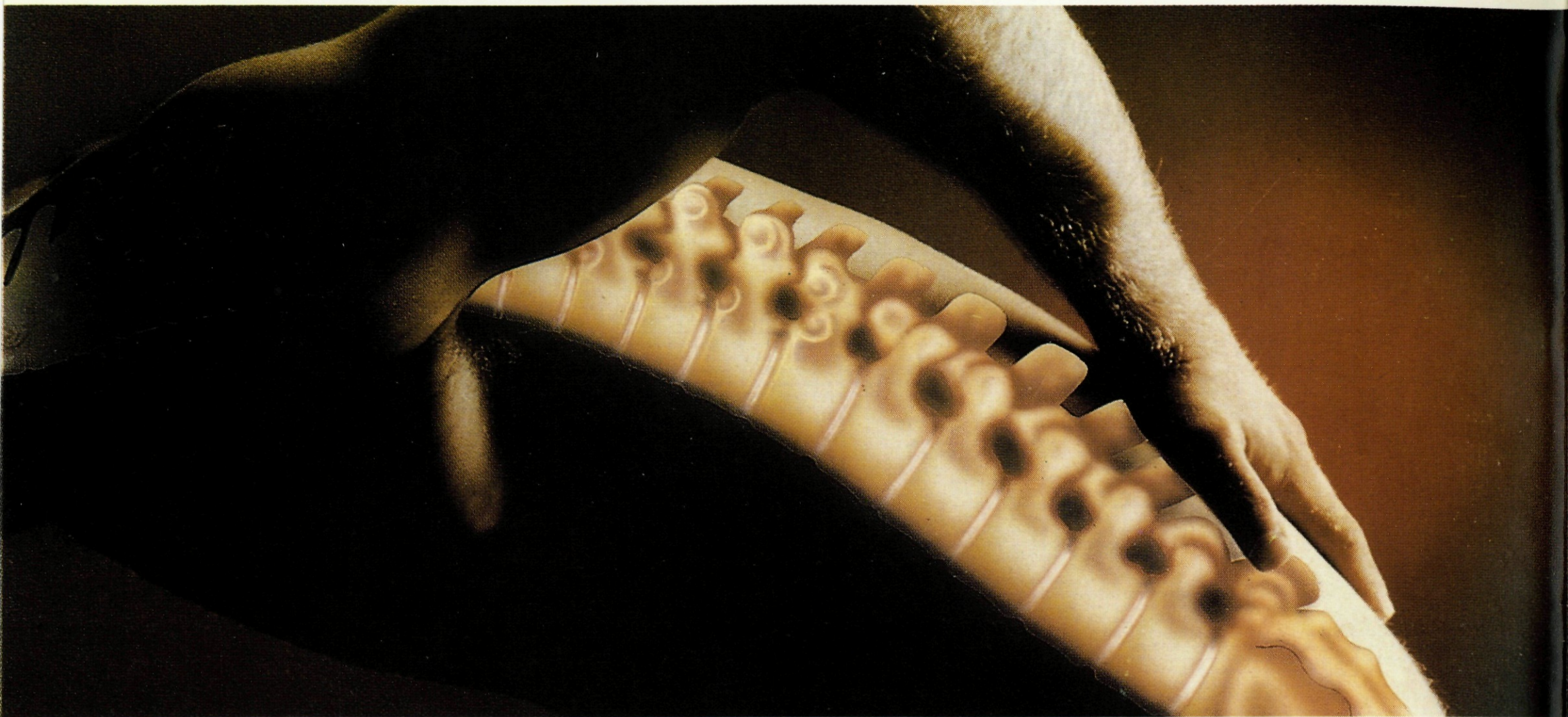
Nº 77

Abril-Junho 1996



ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA

Patologia Da Coluna



Feldene[®] PIROXICAM[®]

Toma Única Diária

RESPOSTA ENÉRGICA
PARA UMA
SITUAÇÃO DOLOROSA

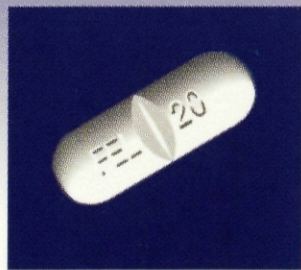


Feldene[®] IM PIROXICAM[®]

P.V.P. (IVA incluído)	ESTADO	UTENTE
838\$00	587\$/713\$00	251\$/125\$00

(5 ampolas x 1 ml)

RÁPIDO A DISPERSAR
RÁPIDO A ACTUAR

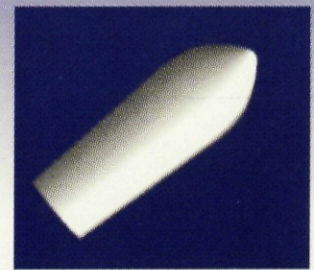


Feldene[®] 20 PIROXICAM[®] *Comprimidos Dispersíveis*

P.V.P. (IVA incluído)	ESTADO	UTENTE
2938\$00	2057\$/2498\$00	881\$/440\$00

(30 comp. disp. x 20 mg)

A ALTERNATIVA
À VIA ORAL



Feldene[®] Supositórios PIROXICAM[®]

P.V.P. (IVA incluído)	ESTADO	UTENTE
1485\$00	1040\$/1263\$00	445\$/222\$00

(12 supositórios x 20 mg)

MODO DE EMPREGO ABREVIADO

Indicações: Artrite reumatóide, osteoartrite, espondilite anquilosante, gota aguda, situações músculo-esqueléticas agudas, e crianças com diagnóstico confirmado de artrite crónica juvenil (Doença de Still). **Posologia:** *Artrite reumatóide, osteoartrite e espondilite anquilosante* - dose habitual de 20 mg uma vez ao dia no início e na terapêutica de manutenção. A utilização prolongada de doses iguais ou superiores a 30 mg por dia acarretam um risco de reacções adversas gastrointestinais. *Gota aguda* - 40 mg por dia em toma única ou em tomas divididas até ao máximo de 7 dias. *Situações músculo-esqueléticas agudas* - 40 mg por dia, em toma única ou em tomas divididas, durante os dois primeiros dias, 20 mg por dia nos restantes dias até perfazer 7 a 14 dias de tratamento. *Artrite crónica juvenil em crianças com 6 ou mais anos de idade* - Feldene comprimidos dispersíveis utilizando a seguinte posologia: peso inferior a 15 kg - 5 mg, 16 a 25 kg - 10 mg, 26 a 45 Kg - 15 mg, peso superior a 46 kg - 20 mg. **Contra-indicações:** Úlcera péptica activa ou história de ulceração recorrente. Hipersensibilidade ao Feldene, ácido acetilsalicílico ou outros AINEs. Supositórios - doentes com história de lesões inflamatórias ou hemorragias do recto ou ânus. **Advertências:** Gravidez, lactação. Como acontece com outros AINEs, os doentes idosos devem ser sujeitos a vigilância apertada. **Precauções:** Disfunção renal significativa. Monitorizar doentes com terapêutica anticoagulante concomitante. Não se recomenda o uso concomitante de ácido acetilsalicílico ou outros AINEs. **Reacções Adversas:** Sintomas gastrointestinais: se ocorrer úlcera péptica ou hemorragia gastrointestinal, suspender a terapêutica com Feldene. Edema, principalmente do tornozelo e "Rash" cutâneo.



Laboratórios Pfizer, S.A.
Apartado 1402 - 1012 LISBOA CODEX

Para mais informações sobre o produto, é favor consultar o Modo de Emprego que será enviado a pedido.
Sede: Porto Zemouto, Coima Seixal • Capital Social: Escudos 850 000 000 • Conserv. Reg. Seixal - Matrícula NR 775

Índice

Editorial

O Inquérito Nacional aos Reumatologistas e o futuro da reumatologia

A. C. Alves de Matos 49

Artigos Originais

Febre reumática. Manifestações articulares atípicas

Maria Odete E. Hilário, Cláudio Len, Charles Naspitz 51

Ombro doloroso em consulta externa de reumatologia

Filipa Faria, Natália Ramos, J. Barros Silva, Rui André Santos, J. A. Melo Gomes 55

Caso Clínico

Nódulos reumatóides benignos: Descrição de dois casos clínicos

Manuela Micaelo, J. A. Melo Gomes 62

Regulamentos de Prémios e Bolsas 66

Agenda nacional 71

Agenda internacional 71

Normas de publicação 73

I Simpósio Luso Brasileiro de Reumatologia Pediátrica.

Resumos das Comunicações Livres 77

Acta Reumatológica Portuguesa

CONSELHO EDITORIAL

EDITOR CHEFE (Chief Editor)
EDITOR EXECUTIVO (Executive Editor)
EDITORES ASSOCIADOS (Associated Editors)

Viviana Tavares
J. Canas da Silva
A. Aroso Dias
Eugénia Simões
Jaime Branco
J. A. Melo Gomes
J. A. Pereira da Silva
J. C. Teixeira da Costa
José António Silva
Helena Santos
M^a José Leandro
Pedro Gonçalves
Rui André Santos
Teresa Nóvoa

EDITORES ADJUNTOS (Assistant Editors)

Sociedade Portuguesa de Reumatologia

DIRECÇÃO

PRESIDENTE
VICE-PRESIDENTES

Dr. J. A. Pereira da Silva
Dr. Adriano Neto
Dr^a Sara de Freitas
Dr. A. C. Alves de Matos
Dr^a Viviana Tavares

TESOUREIRO
VOGAL REGIÃO SUL
CENTRO
NORTE
ILHAS

Dr. Carlos Miranda Rosa
Dr^a Cristina Catita
Dr. Jorge Silva
Dr. Simões Ventura
Dr. Guilherme Figueiredo

SEC.-GERAL
SEC.-ADJUNTO

MESA DA ASSEMBLEIA GERAL

PRESIDENTE
VOGAIS

Prof. Dr. Mário Viana Queiroz
Dr. Rui André Santos
Dr^a Eugénia Simões

CONSELHO FISCAL

PRESIDENTE
RELATOR
VOGAL

Prof. José António Silva
Dr. Augusto Faustino
Dr^a Maria do Céu Maia

PRESIDENTE ELEITO

Dr. José António Melo Gomes

CONSELHO CIENTÍFICO

ANATOMIA PATOLÓGICA
BIOQUÍMICA
CARDIOLOGIA
ENDOCRINOLOGIA
GASTROENTEROLOGIA
HIDROLOGIA
IMUNOLOGIA
MED. FÍSICA E DE REAB.
MEDICINA INTERNA

Dr^a Odete Almeida
Prof. Dr. J. Martins e Silva
Prof. Dr. Mário Lopes
Prof. Dr. Galvão Teles
Prof. Dr. Guilherme Peixe
Prof. Dr. Frederico Teixeira
Prof. Dr. Rui Victorino
Dr. Martins da Cunha
Dr. Monteiro Batista

MEDICINA DO TRABALHO
NEUROCIRURGIA
ORTOPEDIA
OFTALMOLOGIA
PATOLOGIA CLÍNICA
PEDIATRIA
RADIOLOGIA
REUMATOLOGIA

Dr. A. Meyrelles do Souto
Prof. Dr. António Trindade
Prof. Dr. Castanheira Diniz
Prof. Dr. Salis Amaral
Prof. Dr. Pinto de Barros
Dr^a Maria José Vieira
Dr. J. Covas de Lima
Prof. Dr. A. Lopes Vaz

EDIÇÃO E PROPRIEDADE: Sociedade Portuguesa de Reumatologia

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO: Sociedade Portuguesa de Reumatologia – Rua D. Estefânia, 177, 1^a-D – 1000 Lisboa

FOTOCOMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: Seleprinter Sociedade Gráfica, Lda. – Rua Nova do Zambujal, 6 – 2735 Cacém

PREÇO: N^o AVULSO: 500\$00 (\$10 USD); ANUAL (4 números): 2000\$00 (\$30 USD)

TIRAGEM: 2000 exemplares

DEPÓSITO LEGAL: 86 955/95

REGISTO: Inscrita na Direcção-Geral da Comunicação Social com o n^o 101 897

Contents

Editorials

The National Enquiry to Rheumatologists and the future of Rheumatology

A. C. Alves de Matos 49

Original Articles

Rheumatic fever. Atypical articular involvement

Maria Odete E. Hilário, Cláudio Len, Charles Naspitz 51

The diagnosis of rheumatic fever (RF) continues to be a difficult one in Pediatrics, mainly because of the polymorphism of its clinical presentation and lack of specific laboratory test. Among the Jones major criteria, arthritis is the most frequent and the least specific.

Ninety three children with RF who presented 117 flares of the disease were studied in the Department of Pediatrics - Escola Paulista de Medicina. The presence of arthritis was mandatory for the inclusion. The atypical articular involvement was discussed and compared with literature data. The authors conclude that physicians should be aware of the atypical involvement observed in some cases of RF, especially when arthritis is the only major criterion.

Keywords: Rheumatic fever - Arthritis - Diagnostic criteria.

Painful Shoulder in Rheumatology outpatients

Filipa Faria, Natália Ramos, J. Barros Silva, Rui André Santos, J. A. Melo Gomes 55

Painful shoulder is a common complaint in one rheumatological outpatient clinic, expressed by eight percent of the patients. Activities that imply repetitive arm movements in awkward or static, as in household activities or typing, seem to be a significant risk factor for this illness. Mostly unilateral (84%), with a subacute onset (85%), this situation comes to our attention with more than two months duration, despite determining some functional disability. Soft tissue rheumatism of the shoulder (71.5%), mainly rotator cuff tendinitis (51.4%) was the most prevalent condition. A correct diagnosis of the affected structures is the most important step for an effective treatment.

Keywords: Shoulder pain - Soft tissue rheumatism - Occupational risk - Treatment - Outcome.

Case Report

Benign Rheumatoid Nodules: description of two cases

Manuela Micaelo, J. A. Melo Gomes 62

Patients with rheumatoid nodules form a wide spectrum, ranging from severe forms of Rheumatoid Arthritis to patients without symptoms or laboratory abnormalities, other than the nodules. The authors describe two cases of patients with benign rheumatoid nodules, and make a review of this clinical entity, namely clinical and histological features, differential diagnosis and prognosis.

Keywords: Benign rheumatoid nodules.

Prizes and Scholarships Regulations	66
National Agenda	71
International Agenda	71
Instructions to Authors	73
I Portuguese - Brazilian Symposium of Pediatric Rheumatology.	
Abstracts	77

na OSTEOPOROSE



*Mude de atitude
sem mudar de terapêutica*

Denominação da Especialidade Farmacêutica: BIONOCALCIN. **Composição Qualitativa e Quantitativa:** 1 ml de solução contém. **Princípio Activo:** Salcatonina 550 UI **Excipientes:** Ácido cítrico 12,53 mg, Citrato trissódico di-hidratado 12,37 mg, Metilparabeno sódico 1,50 mg, Propilparabeno sódico 0,23 mg, Edetato dissódico 1,00 mg, Água para injetáveis q. b.p. 1,00 ml. **Forma Farmacêutica e Via de Administração:** Nebulizador para administração endonasal. Uma embalagem contém 2 ml de solução para administração endonasal de salcatonina (equivalente a um mínimo de 14 aplicações, de 50 UI/aplicação). **Propriedades Farmacológicas e Toxicológicas e Elementos de Farmacocinética:** A Salcatonina é uma calcitonina sintética de salmão, desprovida de proteínas animais estranhas. As experiências com animais e os estudos clínicos realizados revelaram que a calcitonina de salmão é a mais activa das diferentes variedades até agora isoladas. A calcitonina é uma hormona peptídica que regula o metabolismo do cálcio e que actua inibindo a reabsorção óssea devida a processos fisiológicos ou patológicos. A calcitonina diminui sensivelmente a mobilização do cálcio ósseo, nos estados de elevado "turnover" mineral, o que se reflecte numa redução da hipercalcémia. A inibição da reabsorção óssea leva a uma menor excreção urinária da hidroxiprolina, o que, juntamente com a diminuição das elevadas taxas séricas e patológicas da fosfatase alcalina e a normalização do equilíbrio do cálcio permite uma acção favorável à reconstrução do colagénio e do tecido ósseo. **Elementos de Toxicologia:** A salcatonina revelou uma toxicidade muito baixa, mesmo em administrações de longa duração; a DL50 determinada por via sistémica (i.v., i.p., i.m.), e em várias espécies de animais (rato, coelho e ratinho), foi sempre superior a 400 UI/kg. O BIONOCALCIN em nebulizador revelou uma óptima tolerância, após administrações repetidas por via endonasal no cão. **Elementos de Farmacocinética:** A salcatonina é metabolizada pelo rim e eliminada por via urinária. Em experiências de farmacocinética, efectuadas por comparação com a forma injetável de 50 UI, administrada por via intramuscular, o BIONOCALCIN em nebulizador apresentou no ser humano uma biodisponibilidade relativa, para as doses correspondentes, superior a 50%. **Informações Clínicas: Indicações Terapêuticas:** Tratamento da osteoporose pós-menopausa, doença de Paget, hipercalcémia, tratamento da dor óssea por osteólise associada a doenças neoplásicas. **Contra-Indicações:** Hipersensibilidade confirmada à calcitonina de salmão. **Efeitos Indesejáveis:** As manifestações de carácter geral (náuseas, vômitos, ligeiro rubor facial), típicas das calcitoninas administradas por via injetável, são extremamente raras. Observaram-se raramente manifestações locais, como: rinite, rinoirreia, crises esternutatórias, secura ou hiperemia da mucosa nasal. De um modo geral, estas manifestações não requerem a interrupção do tratamento, já que tendem a desaparecer espontaneamente. **Precauções Particulares de Emprego:** Os doentes com rinite crónica ou intervenções cirúrgicas progressivas às fossas nasais, e em tratamento com BIONOCALCIN em nebulizador nasal, devem ser mantidos sob controlo médico, devido a um possível aumento da absorção do fármaco. É aconselhável um teste de sensibilização por escarificação (ou reacção intradérmica) antes da administração, especialmente em doentes com alergia anterior. A calcitonina só deve, em princípio, ser administrada a crianças por períodos relativamente curtos, devido ao risco teórico de aparecimento de perturbações do crescimento ósseo. **Utilização em Caso de Gravidez e de Lactação:** O BIONOCALCIN não deve ser administrado em caso de gravidez confirmada ou suspeita, nem durante o aleitamento. **Interações Medicamentosas e Outras:** Não se conhecem. **Posologia e Modo de Administração:** 2 nebulizações correspondem a 100 U.I.. Neste caso deve aplicar-se uma nebulização em cada narina. Em geral, a posologia média para o adulto, relacionada com as diferentes indicações, é a seguinte: **Osteoporose Pós-Menopausa:** Recomenda-se 100 ou 200 U.I. (2 ou 4 nebulizações) por dia conforme a gravidade da doença. Este medicamento deve ser administrado com uma adequada ingestão de cálcio. **Doença de Paget:** Devem administrar-se 200 U.I. (4 nebulizações) por dia, isto é, duas nebulizações de manhã e duas ao deitar. Em casos excepcionais, podem administrar-se no início do tratamento 400 U.I. (8 nebulizações), por dia, isto é, quatro nebulizações de manhã e quatro ao deitar. **Hipercalcémia:** Devem administrar-se 200 a 400 U.I. (4 a 8 nebulizações) por dia, divididas por várias aplicações ao longo do dia. **Dores Ósseas Associadas a Osteólise:** Recomenda-se 200 a 400 U.I. (4 a 8 nebulizações) por dia em doses repartidas. **Duração do Tratamento:** Na doença de Paget e noutras afecções crónicas, deve prosseguir-se a terapêutica durante vários meses. O tratamento diminui acentuadamente a taxa plasmática da fosfatase alcalina e a excreção urinária da hidroxiprolina, muitas vezes até níveis normais. A dor diminui parcial ou totalmente. Nalguns casos, raros, as taxas da fosfatase alcalina e da excreção da hidroxiprolina podem subir, após uma descida inicial; em tais casos, o médico deve decidir, com base no quadro clínico, se a terapêutica deverá prosseguir. Decorridos um ou vários meses após a interrupção do tratamento, podem verificar-se, de novo, perturbações do metabolismo ósseo, exigindo um novo ciclo terapêutico. Nos tratamentos a longo prazo com BIONOCALCIN em nebulizador nasal não se verificou qualquer alteração patológica da mucosa. **Sobredosagem:** As doses elevadas de salcatonina podem provocar uma acentuada hipocalcémia, o que pode ser compensado mediante administração de cálcio. **Cuidados Especiais:** Sendo um polipéptido, a salcatonina poderá dar lugar ao aparecimento de reacções de hipersensibilidade locais ou generalizadas; logo que se observe esta sintomatologia, imputável ao fármaco, o tratamento deve ser interrompido e, se necessário, deve ser substituída uma terapêutica adequada. **Efeitos Sobre a Capacidade de Condução e a Utilização de Máquinas:** A calcitonina não interfere na capacidade de condução nem de utilização de máquinas.

BIONOCALCIN	P.V.P. c/ IVA	Regime Geral			Regime Especial		
		Estado	Utente	Comp.	Estado	Utente	Comp.
Neb. Nasal 50 U.I.x1 frasco	4.930\$02	3.451\$00	1.479\$00	70%	4.191\$00	739\$00	85%
Inj. 50 U.I.x5 ampolas	2.420\$02	1.694\$00	726\$00	70%	2.057\$00	363\$00	85%
Inj. 100 U.I.x5 ampolas	4.239\$02	2.967\$00	1.272\$00	70%	3.603\$00	636\$00	85%

DELTA
LABORATÓRIOS
Grupo Rotta Research

DIVISÃO ÓSTEO - ARTICULAR

SEDE SOCIAL: Apartado 4 - 2746 - QUELUZ CODEX - PORTUGAL - TELEFONE 437 20 85

Contribuinte N.º 500 802 360 - Sociedade por quotas - Capital Social 100.000.000\$00 Matric. na Conserv. do Registo Comercial de Sintra sob o N.º 2317, fls. 192 L.º C-6

*Quando se é diferente...
...destaca-se dos outros*



protaxil[®] 300

DIMALEATO DE PROGLUMETACINA

A única molécula com acção anti-inflamatória e gastroprotecção

PROTAXIL tem como princípio activo a Proglumetacina, uma molécula de síntese de acção anti-inflamatória não esteróide, de investigação Rotta Research Laboratorium. A experimentação in vitro e in vivo revelou que o **PROTAXIL** é dotado de uma forte acção anti-inflamatória, em situações agudas e crónicas, superior à de outros medicamentos tidos como termo de comparação (por exemplo: vinte vezes mais activo do que o ácido acetilsalicílico e a fenilbutazona); exerce uma elevada actividade antipirética e analgésica; é activo mesmo em processos degenerativos do tipo crónico (osteolatrismo); é praticamente isento de acção irritativa e ulcerígena sobre a mucosa gástrica. Várias investigações clínicas efectuadas confirmaram a eficácia terapêutica e a óptima tolerância do **PROTAXIL**. Nos doentes tratados durante períodos prolongados não se observaram efeitos secundários gastrointestinais ou sistémicos nem se evidenciaram diferenças nos parâmetros biotérmicos examinados antes, durante e depois do tratamento. **INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Os doentes medicados com anticoagulantes orais e hipoglicémicos podem apresentar interacções com o **PROTAXIL**, pelo que se aconselha o seu acompanhamento e o respectivo controlo. **CONTRA-INDICAÇÕES:** O **PROTAXIL** está contra-indicado nas últimas semanas de gravidez e em doentes hipersensíveis aos derivados do ácido indolacético. **EFEITOS COLATERIAIS:** Observaram-se, esporadicamente, episódios transitórios de náuseas, obstipação, dor epigástrica e cefaleias. **PRECAUÇÕES:** A administração em doentes com úlceras gastroduodenais activas ou recidivantes deve ser feita sob controlo médico. Embora isento de actividade mutagénica ou teratogénica, o **PROTAXIL** deve ser administrado na gravidez e durante o aleitamento apenas se for absolutamente necessário e sob controlo médico. Os doentes com insuficiência renal ou hepática, ou os que apresentam perturbações do sistema nervoso central devem ser cuidadosamente controlados quando tratados com **PROTAXIL**. **APRESENTAÇÕES:** Comprimidos divisíveis doseados a 300mg., Supositórios doseados a 200mg, e em Pomada a 5%. **INDICAÇÕES:** Reumatologia (artrite reumatóide; osteoartrite de localização diversa e perturbações conseqüentes - lombalgias, cialgias, hérnia discal, radiculite, etc.); reumatismo articular agudo, artropatias dismetabólicas (gota); inflamações extra-articulares - tendinites, bursites, sinovites, tenossinovites, periartrose escapulomer, torcicolo, nevralgias e nevrites, fibromiosites, anexitis, rigidez articular, etc.). Traumatologia (distensões musculares, contusões, luxações, distorções, fracturas, artropatias pós-operatórias e cirurgia ortopédica; lesões traumáticas do desporto, edemas residuais, sequelas de traumatismo, etc.). **POSOLOGIAS:** Salvo prescrição médica - Comprimidos de 300mg: 1-2 comprimidos por dia. Supositórios a 200mg - 1-2 supositórios por dia. Pomada: friccionar a pele da zona afectada 2-3 vezes por dia, com 2 a 4 cm de pomada, até ao desaparecimento da sintomatologia, por um período mínimo de 5 dias.



Grupo Rotta Research Divisão Ósteo-Articular
Contribuinte n.º 500 802 360 - Sociedade por Quotas - Capital Social 100 000 000\$00
Matric. na Conservatória do Registo Comercial de Sintra sob o n.º 2317, fls. 192, L.º C-6

APRESENTAÇÃO	P. V. P. c/IVA	REGIME GERAL			REGIME ESPECIAL		
		Comp.	Estado	Utente	Comp.	Estado	Utente
PROTAXIL 200mg x 10 sup.	1.000\$04	70%	700\$00	300\$00	85%	850\$00	150\$00
PROTAXIL 300mg x 60 comp.	5.594\$07	70%	3.916\$00	1.678\$00	85%	4.755\$00	839\$00
PROTAXIL Pomada a 5% x 30g	548\$06	40%	219\$00	329\$00	55%	301\$00	247\$00

O INQUÉRITO NACIONAL AOS REUMATOLOGISTAS E O FUTURO DA REUMATOLOGIA

A actual Direcção da SPR decidiu auscultar os reumatologistas e internos da especialidade portugueses acerca de diversos assuntos relacionados com a especialidade. Pareceu-nos importante que através de nós os reumatologistas pudessem ter uma imagem o mais real possível deles próprios (apesar de tudo, a imagem do espelho é muitas vezes mais verdadeira que a imagem que fazemos de nós próprios) para poderem reflectir sobre os pontos comuns entre eles e os pontos que os separam, sobre os diferentes objectivos que se desenham na sua comunidade, sobre as diversas maneiras de ver a essência e a prática da sua especialidade, sobre os desejos que estão próximos de cada um e aqueles em que nunca pensaram ou se sentiram dalgum modo inibidos de sequer os formular, sobre ideias novas e críticas velhas.

Por outro lado, como órgão associativo, a Direcção da SPR sente a necessidade de conhecer o que pensam e sentem os reumatologistas para podermos actuar de acordo com os nossos princípios individuais, é óbvio e não vale a pena escondê-lo ou sonegá-lo, mas também através do conhecimento dos anseios profundos da maioria e de alguns que têm ideias e sugestões inovadoras.

Foi neste contexto que se designou uma comissão que formulou o Inquérito Nacional aos Reumatologistas (INAR) e que foi enviado a todos os especialistas e internos por duas vezes.

Os resultados desse inquérito são, de algum modo, encorajadores para continuar a agir e sobretudo delineadores das presumíveis acções. E essas acções, segundo os resultados, são antes de mais a *promoção* da especialidade e, ligada com ela, a execução de *estudos epidemiológicos* que, certamente, fundamentam e deixam argumentos a essa promoção, ao mesmo tempo que lutam para uma *real e ampla inserção hospitalar da reumatologia*.

Nestes pontos, perdoem a imodéstia, a Direcção da SPR está no caminho que parece ser o desejável já que está a efectuar, com a colaboração da

Indústria Farmacêutica (pois que são necessários recursos financeiros e/ou logísticos consideráveis, inalcançáveis para a SPR) estudos epidemiológicos sobre as doenças reumáticas (ou afecções musculoesqueléticas) junto dos clínicos gerais e da população bem como encomendou a dois Directores um levantamento dos estudos epidemiológicos sobre afecções musculoesqueléticas efectuados em Portugal e nos últimos anos, seu relato e crítica. As acções estão em curso e esperamos ansiosamente os resultados definitivos.

A promoção da reumatologia como a especialidade que de alma, coração e técnica tem a autoridade para bem tratar as doenças reumáticas de forma global é bem mais complexa, já que envolve aspectos éticos e deontológicos sérios. Tem sido nossa estratégia actuar, sob o ponto de vista promocional, através de acções institucionais quer junto dos órgãos de comunicação social quer perante os órgãos do Governo. Neste aspecto as reportagens, as entrevistas e os contactos com as Autoridades têm sido os instrumentos deste vector de acção.

Felizmente os actuais governantes mostram-se bastante mais abertos ou interessados ou preocupados com os problemas dos doentes reumáticos e com a importância socioeconómica que eles representam, do que os anteriores, apesar de ter havido, há anos, sinais de alguma preocupação e abertura. Nesta senda regozijamo-nos com as conversações que neste momento existem entre o Ministério da Saúde e um grupo de reumatologistas, com a colaboração activa e participante da SPR, para se implantar um projecto credível de inserção hospitalar nacional da reumatologia.

Estres três vectores, i.e., promoção da reumatologia, estudos epidemiológicos sobre as doenças reumáticas e aumento da inserção hospitalar da reumatologia, são manifestamente a grande preocupação dos reumatologistas revelada no INAR e a que, antecipadamente, a Direcção da SPR tem dado alguma prioridade, apesar de todas as dificuldades que se levantam.

Todavia, existe na minha opinião alguma ortodoxia nas opções manifestas pelos reumatologistas no INAR. Relaciona-se esta ortodoxia com a opção

clara para a inserção prioritariamente hospitalar da reumatologia quando, penso eu e a experiência estrangeira (francesa e, neste momento, inglesa) confirma, se deve pensar e considerar que os reumatologistas tanto podem ter lugares hospitalares em que se dediquem a um certo tipo de terapêuticas e de patologias mais "exóticas", como podem ter lugares e oportunidades à periferia, igualmente realizadoras e, sobretudo, provavelmente, mais úteis do ponto de vista social pela enorme prevalência da patologia "minor" do sistema musculoesquelético. Esta acção periférica poderá também ser uma forma de promoção da reumatologia em globo desde que

seja desempenhada com denodo, conhecimentos técnicos e, sobretudo, em colaboração com a fisioterapia, o que parece ser um desejo quase universal dos reumatologistas portugueses. A inserção periférica, nos Centros de Saúde, da Reumatologia é quanto a mim importante e fundamental para uma afirmação global e radicalmente futura da Reumatologia.

A. C. Alves de Matos
Secretário Geral da Sociedade Portuguesa
de Reumatologia

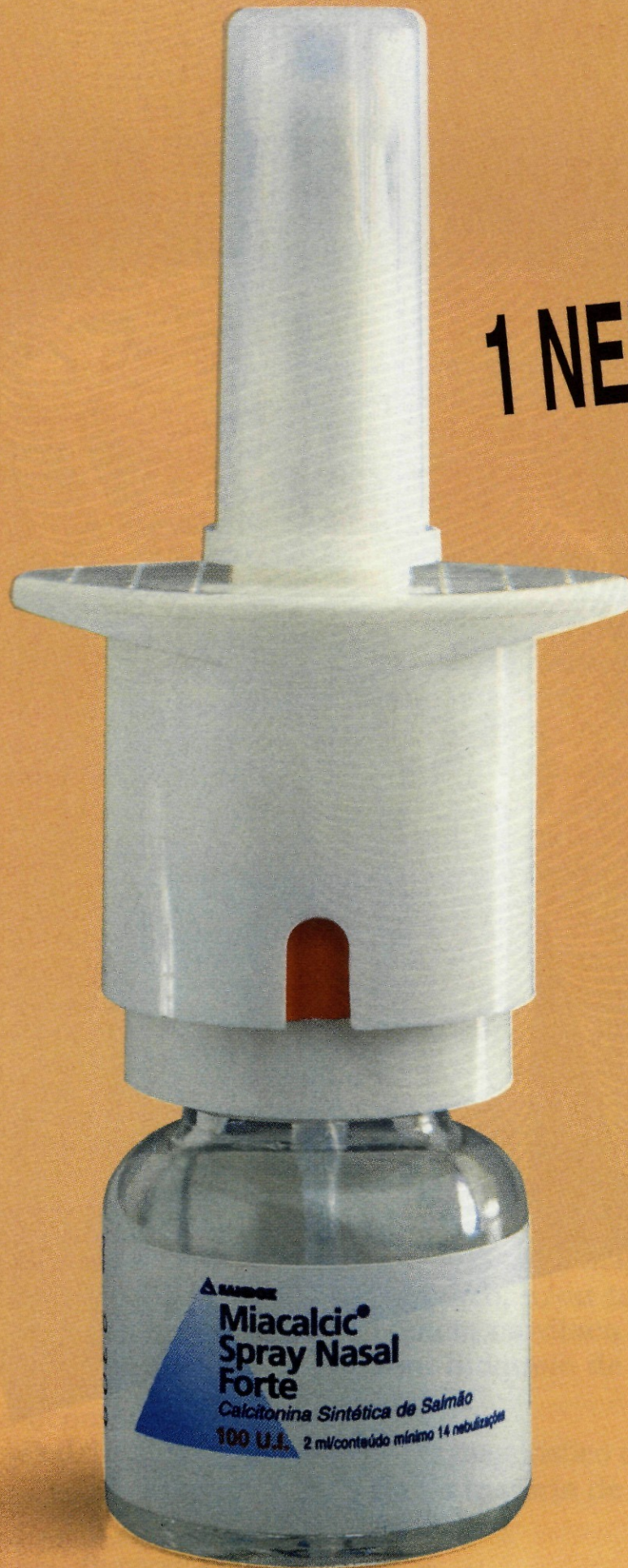


Miacalcic[®]

Spray Nasal **forte**

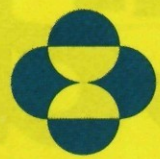
(Calcitonina sintética de salmão)

1 NEBULIZAÇÃO / DIA



	P.V.P.	70%		85%	
		ESTADO	ESTADO	ESTADO	UTENTE
Spray Nasal Forte	11.482\$	8.037\$	3.445\$	9.760\$	1.722\$

SANDOZ
PRODUTOS SANDOZ LDA.
 R. S. Caetano, 4 — 1296 Lisboa Codex
 cont. n.º 500223076 - Matric. na C.R.C. de Lisboa
 sob o n.º 19794 Capital Social 100000000\$00



MERCK SHARP & DOHME



**DEDICADA A ALTERAR
O CURSO DA OSTEOPOROSE**

FEBRE REUMÁTICA MANIFESTAÇÕES ARTICULARES ATÍPICAS

Maria Odete E. Hilário¹, Cláudio Len², Charles Naspitz³

RESUMO

O diagnóstico de Febre Reumática (FR) continua sendo um dos mais difíceis em Pediatria, devido ao polimorfismo do seu quadro clínico e à falta de exames laboratoriais específicos ou patognomônicos da doença. Este trabalho aborda o critério diagnóstico mais frequente e menos específico, a artrite.

Foram estudadas 93 crianças (117 surtos) acompanhadas no Sector de Reumatologia da Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia do Departamento de Pediatria da Escola de Medicina, sendo critério de inclusão a artrite. As manifestações articulares atípicas foram ressaltadas e detalhadas, sendo comparadas com dados de literatura. Os autores concluem que estas manifestações nos obrigam a um delicado diagnóstico diferencial com outras doenças, principalmente quando a artrite é o único critério encontrado. (*Acta Reuma Port* 1996; 77:51-54).

Palavra-chave: Febre Reumática - Artrite - Critérios diagnósticos.

INTRODUÇÃO

A febre reumática (FR) é uma doença sistêmica do tecido conjuntivo, caracterizada por inflamação transitória e recorrente em diversos órgãos, não promovendo habitualmente sequelas, com exceção do coração. Seu diagnóstico é basicamente clínico, sendo utilizados os critérios de Jones modificados⁽¹⁾.

Entre os critérios de Jones, a artrite é o menos específico e portanto o de mais difícil diagnóstico. Habitualmente ela é migratória, podendo ser aditiva, afetando em especial grandes articulações dos membros inferiores. Tem ainda como características a dor importante, geralmente limitando a deambulação, e a boa resposta aos salicilatos.

Porém, em algumas situações, estas características nem sempre são observadas, o que torna o diagnóstico de FR, quando não associada a outros critérios como a cardite ou a coréia, um dos mais difíceis em pediatria.

Assim sendo, impõe-se um apurado diagnóstico diferencial com outras afecções reumáticas e não reumáticas.

O presente estudo relata um grupo de crianças acompanhadas em nosso serviço, enfatizando as manifestações articulares atípicas da doença.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram avaliados 93 pacientes acompanhados no sector de Reumatologia Pediátrica do

Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. Todos pacientes tiveram o diagnóstico de FR, baseado nos critérios de Jones modificados, sendo critério de inclusão a presença de artrite.

De todos os pacientes foi colhida uma história detalhada, realizado exame físico minucioso e exames laboratoriais como: hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR), mucoproteína, proteinograma e antiestreptolisina O (ASLO). Radiografia de tórax, electrocardiograma e ecocardiograma foram realizados nos pacientes com suspeita de cardite. Os exames laboratoriais foram repetidos quinzenalmente, no primeiro mês, e mensalmente, no primeiro trimestre.

Artrite foi diagnosticada com base na história e achado de sinais flogísticos articulares no exame físico. Em alguns casos de artrite atípica o diagnóstico de FR só foi firmado na presença de outro critério maior. Foram observadas as características do quadro articular quanto a: localização, número de articulações acometidas, caráter migratório ou aditivo, tempo de duração e resposta aos anti-inflamatórios não-hormonais (AINE).

Cardite foi diagnosticada pela presença de sopro orgânico, e/ou taquicardia, cardiomegalia, insuficiência cardíaca congestiva e pericardite, com ou sem bloqueio de primeiro grau, no electrocardiograma.

O diagnóstico de infecção estreptocócica foi baseado na história de faringite e variações dos níveis do ASLO.

Todas as crianças foram tratadas com penicilina benzatina (profilaxia primária e secundária), anti-inflamatórios (aspirina e/ou corticóide) quando necessário, e neurolépticos, nos casos de coréia.

¹Professora Adjunta da Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia do Departamento de Pediatria - UNIFESP-EPM.

²Pós-Graduado da Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia, do Departamento de Pediatria.

³Professor Titular da Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia do Departamento de Pediatria.

RESULTADOS

Dos 93 pacientes avaliados, 55 eram do sexo feminino e 38 do masculino (relação 1,4:1) 41, (45%) caucasóides e 52 (55%) não-caucasóides. A idade no primeiro surto variou de 3 anos e 6 meses a 15 anos, com uma média de dez anos.

A maioria dos casos, 73/93 (78%), apresentou um único surto, 16/93 (17%) dois surtos e 5/93 (5%) três surtos, num total de 117 surtos.

Em 45% dos surtos a artrite foi o único critério maior, em 44% houve artrite e cardite, em 7% artrite e coréia e em 4% artrite, cardite e coréia.

Quanto às características da artrite, ela foi migratória em 75 surtos (64%) e aditiva em 42 (36%). Observamos comprometimento poliarticular (≥ 5) em 64%, e pauciarticular (≤ 4) em 36% dos surtos. Monoartrite foi encontrada em 3%. Cinco pacientes apresentaram artrite de coxofemural como manifestação inicial da doença, e de outras articulações, durante a evolução.

O tempo de duração do quadro articular foi em média, de 8 dias, variando de 2 dias a 2 meses. Em seis surtos (5%) a artrite prolongou-se por um tempo maior ou igual a 6 semanas. Em cinco destes surtos observamos comprometimento de coluna cervical.

O diagnóstico de certeza de FR nos casos de monoartrite, artrite de coxofemural e de coluna cervical e nos de duração maior que três semanas só foi obtido com a presença do comprometimento cardíaco ou coréia.

A resposta aos AINE foi boa em 109 surtos (93%) e em oito (7%) não foi satisfatória.

No quadro I relacionamos as articulações mais acometidas.

Quadro I

Articulações mais acometidas em 117 surtos de FR

ARTICULAÇÃO	ACOMETIMENTO N (%)
Joelhos	89 (76)
Tornozelos	73 (62)
Cotovelos	34 (29)
Punhos	33 (28)
Coluna Cervical	17 (15)
Coxo-femorais	17 (15)
MCF	17 (15)
Ombros	14 (12)
IFP	13 (11)
Coluna Lombar	08 (07)
IFD	05 (04)

MCF = metacarpofalângicas, IFP = interfalângicas proximais, IFD = interfalângicas distais.

DISCUSSÃO

A artrite é a manifestação clínica mais frequente da FR, sendo observada em 60 a 80% dos pacientes, tendo maior incidência nas crianças maiores e adolescentes^(6,17). No entanto, a sua presença isolada como critério major constitui um problema diagnóstico, mesmo para os mais experientes especialistas.

A inclusão da poliartrite como um critério major foi motivo de discussão no passado, tendo sido sugerido por Davis⁽⁴⁾ que a poliartrite pós estreptocócica, sem cardite ou coréia, não deveria ser considerada como evidência de FR. No entanto, numerosos estudos^(2,8,13,14,18,19) mostraram que uma significativa proporção de pacientes com poliartrite e evidência de estreptococia apresentavam cardite em surtos subsequentes ou ainda no mesmo surto, semanas após a manifestação articular, mostrando assim a sua importância entre os critérios de Jones.

Recentemente De Cunto e cols.⁽⁵⁾, em estudo com 11 crianças que desenvolveram artrite reactiva com evidência de infecção estreptocócica, mas que não preencheram os critérios de Jones, observaram o desenvolvimento de doença valvular em um caso (8%) após um seguimento de 17 meses. Esta proporção é semelhante à observada em pacientes com FR aguda que apresentaram artrite no episódio inicial, não foram submetidas à profilaxia, e desenvolveram cardite durante a evolução clínica⁽¹⁴⁾. Estes dados sugerem que deve ser reavaliado o conceito de artrite reactiva pós-estreptocócica. Para Gibofsky e col não há sentido em dar-se um outro nome, que não FR, a um grupo de sinais e sintomas relacionados a uma infecção estreptocócica prévia⁽¹⁰⁾.

Em nosso estudo, nos 117 surtos de FR, a artrite esteve presente como manifestação major isolada em 42%, sendo nestes casos o diagnóstico confirmado pelas características da artrite, associada pelo menos a duas manifestações minor (regra geral febre e reacções de fase aguda alteradas), com evidência de estreptococia prévia. Nos demais pacientes, o diagnóstico obedeceu aos mesmos critérios, facilitado pela presença de outras manifestações maiores, como a cardite e/ou coréia.

Quanto à característica do quadro clínico articular, o clássico padrão de comprometimento migratório foi por nós observado em 64% dos surtos, sendo que em 36% o padrão descrito foi o aditivo. No entanto, como ressaltam Taranta e Markowitz⁽¹⁷⁾, o termo migratório não significa necessariamente que a inflamação deva desaparecer de uma articulação ante de iniciar-se em outra, tendo estes autores observado períodos com sobreposição de articulações afectadas. Deste modo, a introdução precoce de AINE, como observado em muitos casos,

poderia promover a interrupção da evolução natural do quadro articular, dificultando ainda mais o diagnóstico.

O número de articulações envolvidas na maioria de nosso pacientes foi superior a 4, caracterizando uma poliartrite, sendo que o comprometimento de uma única articulação (monoartrite) foi observado em 3%. Em casos de monoartrite, devemos fazer diagnóstico diferencial com artrite séptica, sinovite transitória do quadril, doença de Legg Perthes, tuberculose articular, artrite reumatóide juvenil (ARJ)⁽¹²⁾, artropatias seronegativas⁽¹¹⁾, condromalácia de patela⁽³⁾ e plica sinovial. Nos casos de poliartrite, devemos pensar principalmente em ARJ⁽¹²⁾ e artropatia seronegativa⁽¹¹⁾.

Entre as articulações acometidas, observamos um predomínio das grandes articulações dos membros inferiores (joelhos 76%, tornozelos 62%), seguidas pelos cotovelos e punhos (29% e 28% respectivamente), dados estes semelhantes aos observados por outros autores^(3,17). No entanto, chamou a atenção a alta incidência (15%) do acometimento da coluna cervical em nosso estudo, principalmente nos 2 últimos anos, ao contrário dos relatos da literatura, onde é considerada incomum^(15,16). De modo geral este comprometimento foi mais duradouro do que o observado nas articulações periféricas, o que dificultou ainda mais o diagnóstico de FR nestes pacientes.

A excelente resposta à introdução do anti-inflamatório foi por nós observada na grande maioria dos casos e resposta insatisfatória em apenas 8 surtos. A falha na resposta à aspirina, embora considerada rara, tem sido descrita na literatura. De Cunto e col.⁽⁵⁾ observaram em apenas um paciente de sua série de crianças com "artrite reativa pós-estreptocócica", resposta insatisfatória aos salicilatos, coincidentemente no caso que posteriormente desenvolveu cardite. Fink⁽⁹⁾ descreveu 2 pacientes nos quais a resposta ao salicilato foi incompleta, com posterior desenvolvimento de cardite em um dos casos, e cardite e coréia no outro caso. Emery e col⁽⁷⁾ também estudaram 7 pacientes com artrite pós-estreptocócica, dos quais 3 não apresentaram boa resposta aos salicilatos. Nesta série, 6 pacientes desenvolveram cardite.

O tempo prolongado do comprometimento articular, de até 6 semanas, observado nos casos com resposta insatisfatória ao AINE, dificultou o diagnóstico definido da FR, que só foi possível pelo aparecimento de outra manifestação major (cardite ou coréia).

Em nossa casuística não observamos o desenvolvimento de artropatia de Jaccoud, descrita em alguns casos de FR de longa evolução com surtos

repetidos⁽¹⁶⁾, manifestação esta que tem se tornado mais rara após a introdução da profilaxia secundária.

Com este estudo queremos chamar a atenção para as dificuldades de diagnóstico da FR, principalmente quando a artrite é a única manifestação da doença.

BIBLIOGRAFIA

1. Ad Hoc Committee to Revise the Jones Criteria (Modified), Council on Rheumatic Fever and Congenital Heart Disease, American Heart Association, Jones Criteria (revised) for guidance in The diagnosis of rheumatic fever. *Circulation* 1984; 69: 204a-208a.
2. Bhattacharya S, Taddon R. The diagnosis of rheumatic fever evolution of the Jones criteria. *Int. J. Cardiol.* , 1986; 12: 285-294.
3. Cohen M, Goldenberg J, Pessoa A.L.D.P., Hilário M.O. Knee joint condromalacia in adolescents: an arthroscopic study. *Rev Bras. Reumatol.* 1989; 29 (4): 121-6.
4. Davis E. Criteria of rheumatic fever. *Lancet* 1970; 1: 1043-45.
5. De Cunto C.L, Gannini E.M., Fink C.W., Brewer E.J., Person D.A. Prognosis of children with post-streptococcal reactive arthritis. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 1988; 7: 683-6.,
6. Denny F.W., T. Duckett Jones and rheumatic fever 1986. *Circulation* 1987; 76: 93-9.
7. Emery H., Wagner-Weiner L., Magilavy D., Resurgence of children post-streptococcal rheumatic syndromes. *Arthritis Rheum.* 1987; 30: s80.
8. Feinstein A.R., Stern E.K. Clinical effects of recurrent attacks of acute rheumatic fever: a prospective epidemiologic study of 205 episodes. *J. Chron. Dis.* 1967; 20: 13-27.
9. Fink C.W. Reactive arthritis. *Pediatr. Infect. Dis. J.* , 1988; 7: 58-65.
10. Gibofsky A, Mc Carty M, Veasy G, Labrisky J.B. - "A Rose by Any other name..." *J. Rheum.* 1995; 22: 379-81.
11. Goldenberg J, Pessoa A.L.D.P., Roizenblatt S, Hilário M.O, Atra E, Naspitz C.K. Pelvespondilite anquilosante juvenil. *Rev. Bras. Reum.* 1988; 28: 185-90.

12. Hilário M.O, Goldenberg J, Naspitz C.K, Artrite reumatóide juvenil: revisão e atualização. Rev. Paul. Med. 1991; 109: 34-40.
13. Kuttner A.G, Mayer F.E, Carditis during second attacks of rheumatic fever. Its incidence in patients without clinical evidence of cardiac involvement in their initial episode. N. Engl. J. Med. 1963; 268: 1259-1261.
14. Majeed M.A, Shathout A, Yousof A.M, Recurrences of acute rheumatic fever. Am. J. Dis. Chil. 1984; 138: 341-345.
15. Stollmerman G.H, Rheumatic fever, In Jelley W.N, Harris E.D, Ruddy S, Sledge C.B, (eds): Textbook of Rheumatology, 4th ed., Philadelphia, Saunders, 1989; 1312-1324.
16. Taranta A, Marcowitz M, Rheumatic Fever, 2nd ed., Rordrecht, Kluwer Academic Publishers., 1989.
17. Taranta A, Rheumatic Fever In Mac Carty D., (ed.) Arthritis and allied conditions, 11th ed., Philadelphia, Lea e Fabiger. 1989; 1215-26.
18. UK and US joint report on rheumatic heart disease. The natural history of rheumatic fever rheumatic heart disease. Ten year report of cooperative clinical trial of ACTH, cortisone and aspirin. Circulation 1965; 32: 457- 76.
19. Wenger N.K, Leonard R, Biunis B, Rheumatic fever without clinical evidence of carditis: the necessity and efficacy of chemoprophylaxis. Am. Heart J. 1986; 72: 285-294.

OMBRO DOLOROSO EM CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGIA

Filipa Faria¹, Natália Ramos¹, J. Barros Silva², Rui André Santos³, J. A. Melo Gomes⁴

RESUMO

O ombro doloroso é uma situação clínica comum em Consulta Externa de Reumatologia atingindo, na nossa experiência cerca de 8 % dos doentes (468 casos).

Actividades que impliquem movimentos repetitivos e em esforço (flexão e abdução) do ombro, como por exemplo, nas actividades domésticas e de secretariado, parecem ser um factor determinante deste tipo de patologia. Situação frequentemente unilateral (84 %), de início subagudo (85 %), surge habitualmente na consulta com uma evolução superior a dois meses, não obstante determinar alguma incapacidade funcional.

Os reumatismos periarticulares do ombro, constituíram 71,5 % dos casos e destes a tendinite da coifa dos rotadores, foi a entidade patológica mais comum (51,4 %). O diagnóstico correcto das estruturas afectadas constitui o passo mais decisivo para o tratamento eficaz destes doentes. (*Acta Reum Port 1996;77: 55-61*)

Palavras-chave: Ombro doloroso - Reumatismo abarticular - Risco ocupacional - Tratamento.

INTRODUÇÃO

O ombro doloroso é um motivo frequente de consulta de Reumatologia. O envolvimento das estruturas periarticulares constitui a principal causa das queixas destes doentes. Tem uma significativa repercussão na qualidade de vida dos doentes, com impacto não só ao nível das actividades da vida diária como no desempenho da sua actividade profissional.

Contudo, poucas são as referências bibliográficas encontradas sobre este tema, que parece despertar pouco interesse entre os que se dedicam à investigação clínica.

Com este trabalho, pretende-se determinar a prevalência desta patologia e o seu impacto funcional nos doentes que recorreram a Consulta Externa de Reumatologia.

MATERIAL E MÉTODOS

Em 5680 doentes observados em consulta externa de Reumatologia, 3280 do Hospital Militar Principal e 2400 de clínica privada de um dos autores (MG), foram diagnosticados e tratados 468 casos de ombro doloroso, correspondentes ao período compreendido entre Janeiro de 1983 e Março de 1995.

Efectuou-se um estudo retrospectivo e longitudinal, tendo como base os registos clínicos. Para recolha da informação, elaborou-se um protocolo de que constavam os seguintes parâmetros: idade, sexo, profissão, idade de aparecimento da sintomatologia, tempo decorrido entre o início das queixas e a consulta (dividido em 4 grupos: até 2 meses, 3 a 6 meses, 7 a 12 meses e superior a 12 meses), modo de início (agudo ou insidioso), uni ou bilateralidade das queixas, doenças associadas, diagnóstico, avaliação radiológica, grau de incapacidade funcional (avaliada pelo doente em ligeira, moderada ou grave), de acordo com o seguinte critério: ligeira – permitia o trabalho, moderada – limitativa do trabalho e de algumas actividades de lazer, permitindo a maioria das actividades da vida diária, grave – impedia o trabalho, as actividades extralaborais e da vida diária, o tratamemtno efectuado – conservador (por meio de A.I.N.E., infiltrações locais com anestésico local e/ou corticosteróide, fisioterapia) ou cirúrgico, e os resultados obtidos (agravado, mantido, melhorado ou curado), avaliados em consultas posteriores.

RESULTADOS

O ombro doloroso constituiu 8 % da patologia observada nestas duas Consultas Externas de Reumatologia e atingiu predominantemente o sexo feminino (65 % dos casos).

A média de idades de início dos sintomas foi 53 anos.

As actividades profissionais mais frequentemente referenciadas foram as domésticas (41 %), milita-

¹Interna de Medicina Física e Reabilitação – Centro de Medicina de Reabilitação – Alcoitão.

²Assistente Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação – Hospital da Força Aérea – Lisboa.

³Capitão Médico. Reumatologista. Unidade de Reumatologia do Hospital Militar Principal – Lisboa.

⁴Major Médico. Reumatologista. Assistente Graduado de Reumatologia da Carreira Médica Hospitalar – Responsável pela Unidade de Reumatologia – Hospital Militar Principal – Lisboa.

res (24 %), secretariado (9 %), ensino (5 %) e auxiliares de serviços (4 %).

A duração da sintomatologia até à observação em consulta foi inferior a 2 meses em 46 % dos casos, de 3 a 6 meses em 22 %, de 7 a 12 meses em 8 % e superior a 12 meses em 24 %.

As queixas surgiram de um modo súbito em 15 % dos casos e de uma forma subaguda ou crónica em 85 %.

Apenas um dos ombros foi atingido em 84 % dos doentes, tendo tido os restantes 16 % envolvimento bilateral.

O grau de incapacidade resultante foi considerada pelos doentes como "pequena" em 65 % dos casos, "média" em 28 % e "grande" nos restantes 7 %. É de referir que a incapacidade grave foi devida a situações de ombro hiperálgico agudo (60 %) ou à bilateralidade das queixas com marcada intensidade dos sintomas (40 %).

O estudo radiográfico do ombro foi efectuado em 75 % dos doentes, 26 % dos quais apresentavam calcificações periarticulares, sobretudo a nível do tendão do supra-espinhoso.

Dos 468 casos de ombro doloroso, registados nos processos clínicos, em 336 (71,8 %) foi possível identificar as estruturas periarticulares afectadas (Quadro I); dos restantes, 87 (25,9 %) são artroses da articulação acrómio-clavicular ou da gleno-humeral, 4 casos (1,2 %) de síndrome do angular da omoplata e 1 caso (0,3 %) de tumor de Pancoast. Em 132 casos (28,2 %) os dados registados não permitiram o diagnóstico preciso das estruturas atingidas.

Relativamente aos reumatismos abarticulares do ombro, a tendinite da coifa dos rotadores foi a

Quadro I

Ombro doloroso de causa abarticular

DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	PERCENTAGEM
Tendinite da coifa dos rotadores e/ou da longa porção do bicipete	170	50,6%
Bursite sub-acromial	35	10,4%
Capsulite adesiva	34	10,1%
Artrose acrómio-clavicular	87	25,9%
Síndrome do Angular da Omoplata	4	1,2%
Tumor de Pancoast	1	0,3%
Algoneurodistrofia (Síndrome Ombro - mão)	5	1,5%
TOTAL	336	100%

OMBRO DOLOROSO - distribuição dos doentes por diagnóstico.

situação mais comum com 170 (50,6 %) dos casos seguida da bursite subacromial com 35 (10,4 %) e da capsulite adesiva com 34 (10,1 %) dos casos.

Em 40 % dos casos houve patologias associadas, com destaque para a osteoartrite em 15 %, diabetes mellitus em 4 %, osteoporose em 5 %, reumatismos abarticulares de outra localização em 4 % e hipertensão arterial em 3 %.

Os 170 doentes com tendinite (fig. 1) beneficiaram sobretudo de tratamento farmacológico per os (analgésico e anti-inflamatório) em 15,3%, asso-

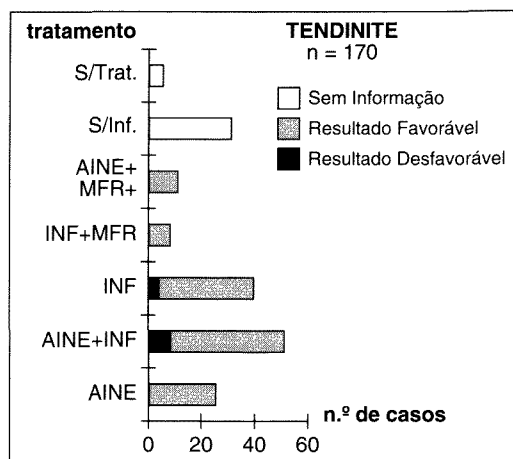


Figura 1: Resultados do tratamento efectuados nos doentes com tendinite do supra-espinhoso ou da longa porção do bicipete. AINE: Tratamento com Anti-inflamatórios não esteróides orais; INF.: Infiltração com corticóide; MFR: Medicina Física e reabilitação; S/Trat.: Sem Tratamento; S/Inf.: Sem informação.

ciado a infiltração com corticóide e anestésico local em 24,1% ou apenas infiltração local em 23,6 %. Contudo, 10 doentes mantiveram as mesmas queixas, 31 não foram reobservados em consulta e 4 não efectuaram qualquer tratamento.

Nos 35 doentes com bursite (fig. 2) recorreu-se apenas a tratamento farmacológico em 43%, asso-

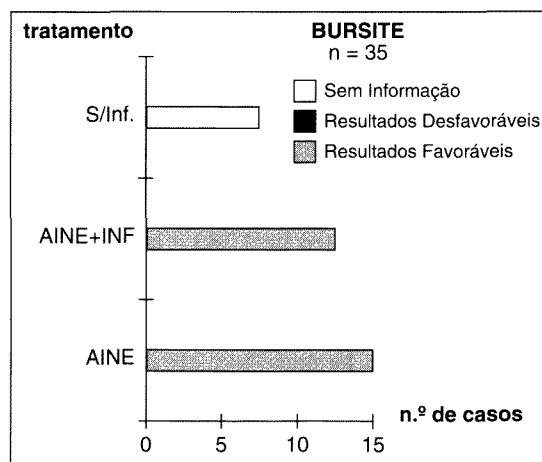


Figura 2: Resultado do tratamento efectuado nas situações de bursite.

ciando-se a infiltração em 37% dos casos; obtiveram-se bons resultados em todos os doentes reavaliados.

Em 7 casos não houve consulta de seguimento, não tendo podido avaliar-se a eficácia terapêutica.

Relativamente à capsulite adesiva diagnosticada em 34 doentes (fig. 3), obtiveram-se bons resultados em 30 doentes (88,2%), os restantes 4 mantiveram os mesmos sintomas. O tratamento escolhido consistiu na infiltração local em 17 doentes, na infiltração associada à fisioterapia em 2 casos, e na infiltração associada à terapêutica farmacológica em 4 casos. Três doentes foram unicamente tratados por fisioterapia, e outros 6 apenas por terapêutica farmacológica.

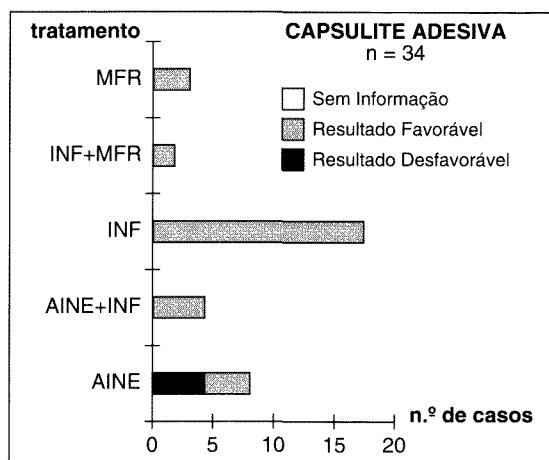


Figura 3: Resultados do tratamento efectuado nas capsulites adesivas.

A artrose acrómio-clavicular foi diagnosticada em 87 doentes (fig. 4), tendo 32 dos quais efectuado apenas terapêutica farmacológica, em 29 associada a infiltração, em 7 terapêutica farmacológica e fisioterapia, em 10 infiltração e fisioterapia, em 6 apenas infiltração e em 3 foram associados os três tipos

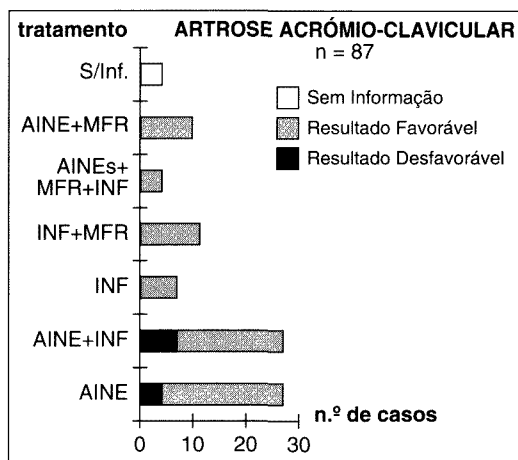


Figura 4: Resultados do tratamento efectuado nas artroses acrómio-claviculares.

de tratamento; obtiveram-se 86,2% de bons resultados. É de referir, que em 3 doentes não houve consulta de revisão.

Os 132 doentes com ombro doloroso em que não foi identificada a estrutura pela análise retrospectiva do processo clínico foram também submetidos ao mesmo tipo de tratamento (fig. 5), tendo-se obtido bons resultados em 96,2% dos casos.

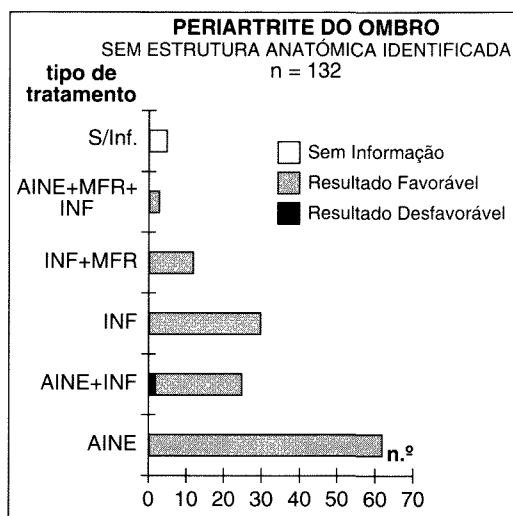


Figura 5: Resultados do tratamento nas situações de periartrite do ombro sem estrutura anatômica identificada.

DISCUSSÃO

O ombro (fig. 6) caracteriza-se por ser anatómica e funcionalmente uma estrutura articular extremamente móvel (a mais móvel do corpo humano) mas pouco estável, sendo uma consequência da adaptação filogenética à bipedestação. É constituído por três articulações verdadeiras: gleno-umeral, acrómio-clavicular, esterno-clavicular, e por duas funcionais: sub-acrómio-deltóideia e escapulo-omotorácica. Se bem que todas participem na biomecânica, a articulação gleno-umeral é a principal. Trata-se de uma enartrose, bastante instável por existir uma pequena superfície de contacto entre as suas facetas articulares; as luxações não são raras, apesar dos diversos elementos estabilizadores: músculos, tendões, ligamentos, debrum glenoideu e cápsula articular^(1,2).

A sintomatologia do ombro pode ser causada quer pelo envolvimento desses elementos periarticulares, quer pelo da articulação propriamente dita (quadro II), atingindo com maior frequência os primeiros⁽³⁾. Em alguns casos pode ainda tratar-se de uma dor referida, com origem noutra local, por exemplo, a coluna cervical, o tórax ou o abdómen, por discopatia cervical, doença isquémica cardíaca, tumor de Pancoast ou neoplasia gástrica, entre outras causas^(2,4,5).

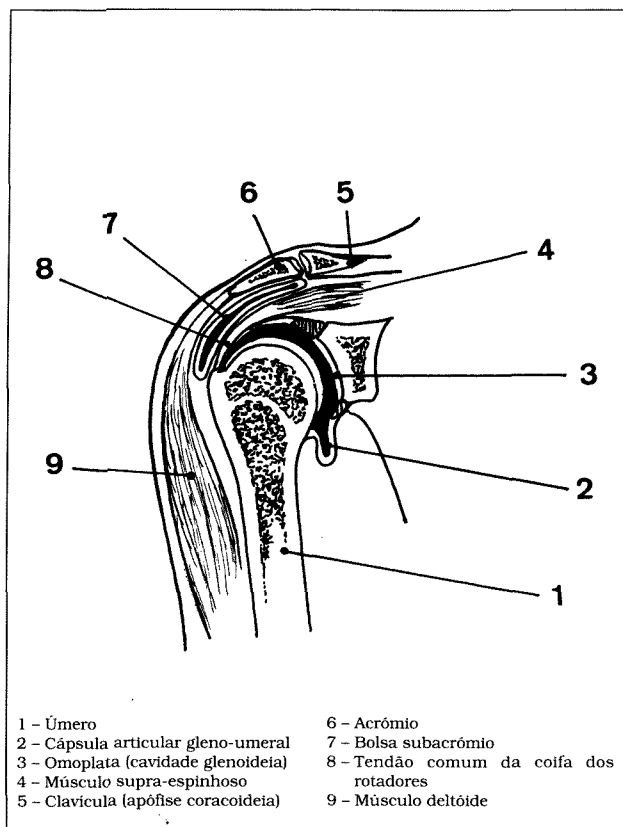


Figura 6: Corte no plano frontal da articulação do ombro (esquemático).

A clínica e a exploração semiológica poderão na maioria dos casos localizar a sede anatómica da lesão, e deste modo, decidir sobre o tipo de tratamento⁽⁶⁾.

Numa análise dos resultados obtidos, sem atender ao diagnóstico, verificámos que em 394 doentes (85%) submetidos a tratamento conservador foram obtidos bons resultados clínicos. Em nenhum caso houve necessidade de recorrer à cirurgia. Constatámos o reduzido número de doentes propostos para tratamento fisiatrico - 70 doentes (15,1%) o que se deve provavelmente ao facto deste estudo incidir sobre doentes de consultas de reumatologia.

Assim, a **anamnese** procura estabelecer o modo de instalação, local e ritmo da dor, compromisso da mobilidade articular bem como a existência de outras articulações afectadas.

O **exame objectivo** pesquisa a existência de atrofia muscular, de pontos dolorosos, de limitação da amplitude articular passiva, de mobilidade activa como fonte de dor e de eventuais alterações neurológicas.

A exploração funcional do ombro pode ser feita de uma forma simples e rápida pedindo ao doente

Quadro II

Causas de ombro doloroso

1. OMBRO DOLOROSO PERI-ARTICULAR

- Tendinite da coifa dos rotadores
 - inflamatória
 - degenerativa
 - com calcificação
- Tendinite do bicipite
- Capsulite adesiva
- Bursite sub-acrómio-deltóideia
- Periartrite não especificada (ombro doloroso misto)

2. OMBRO DOLOROSO ARTICULAR

- inflamatório
- infeccioso
- degenerativo (artrósico)

3. OMBRO DOLOROSO METABÓLICO

- Gota
- Doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio (condrocalcinose)

4. OMBRO DOLOROSO NEUROGÉNICO

- Algoneurodistrofia
- Siringomielia
- Nevralgia amiotrófica de Parsonnage e Turner
- Síndrome do nervo supra-espinhoso
- Paralisia do grande dentado

que leve a sua mão à nuca (rotação e abdução) e depois a face posterior da mão contra o dorso, mais baixo (rotação interna e adução). Os gestos de pentear e abotoar o "soutien" ou até a observação de como veste um casaco (extensão e rotação interna com a primeira manga, flexão e abdução com a segunda), podem fornecer importantes informações clínicas. Estas depois deverão ser exploradas em manobras semiológicas mais finas - passivas, activas e activas contra resistência - em que serão postas em tensão, de uma forma sistematizada, as estruturas abarticulares suspeitas de envolvimento.

Para a confirmação do diagnóstico poderá ser útil o recurso a **meios complementares de diagnóstico**, tais como:

- a *radiografia simples* do ombro (fig. 7), (devendo incluir sempre o ombro controlateral para comparação) nas incidências antero-posterior em posição neutra, rotação interna e rotação externa; as incidências especiais para a articulação acrómio-clavicular poderão ser úteis.

- a *artrografia*, a *tomografia axial computadorizada (TAC)*, a *artro-TAC* (TAC após injeção de contraste, a *ressonância magnética nuclear (RMN)*, estas últimas capazes de fornecer grande detalhe anatómico das estruturas articulares e peri-articulares envolvidas.

- a *ecografia*, exame inócua e não invasivo, de custo acessível e que é actualmente o principal

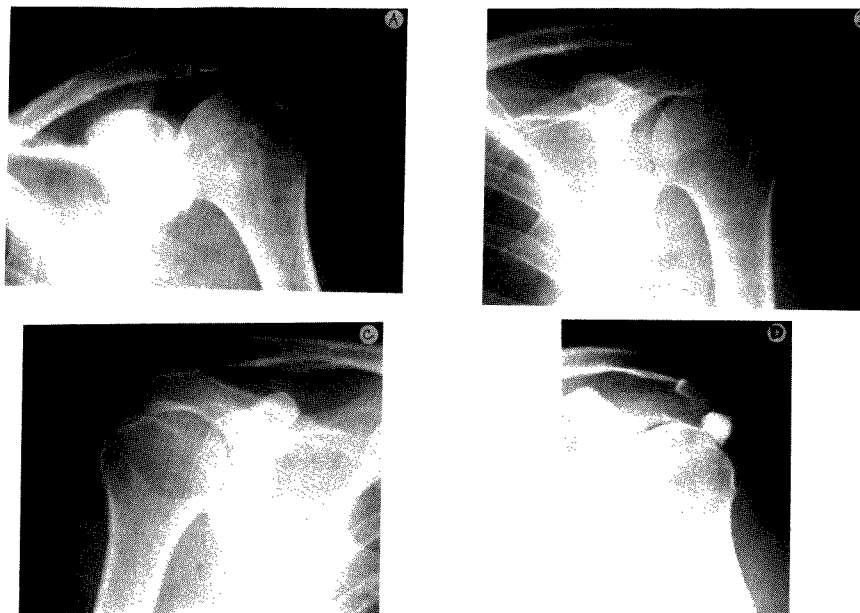


Figura 7: Alterações radiológicas mais comuns nas tendinites e bursites do ombro, dentro do quadro do síndrome do arco doloroso ("impingement syndrome").

- A** - Esclerose do troquíter em doente com tendinite da coifa dos rotadores do ombro esquerdo;
- B** - Calcificação da coifa dos rotadores, associada a esclerose do troquíter noutra caso de tendinite da coifa dos rotadores do ombro esquerdo;
- C** - Calcificação extensa da bolsa sub-acrômio-deltaoideia, em doente com quadro de bursite sub-acromial;
- D** - Calcificação mais volumosa e densa da mesma estrutura (bolsa sub-acrômio-deltaoideia).

exame na exploração das estruturas peri-articulares do ombro, como inconveniente terá apenas a grande dependência na experiência e qualidade do examinador mas tendo uma vantagem única, a de poder (e dever) ser realizado numa forma dinâmica, acompanhando a exploração funcional da articulação.

- a *punção por agulha e aspiração do líquido sinovial* (quando existir) para exame cito-químico, bacteriológico e pesquisa de cristais.

- os *exames laboratoriais* do sangue, como o hemograma, a V.S., a uricémia e a urémia, etc. para exclusão de artropatias de natureza inflamatória.

Valorizando os dados obtidos pela anamnese e observação clínica e conjugando estes com as informações fornecidas pelos exames complementares, é possível, na maior parte dos casos, estabelecer um diagnóstico etiológico.

O nosso estudo debruçou-se apenas sobre o ombro doloroso de causa periarticular, o que constituiu 8% da patologia observada nestas duas consultas externas de reumatologia.

A idade média dos doentes foi de 53 anos. Nesse grupo etário coexistem alterações degenerativas músculo-esqueléticas e, em muitos casos, ainda uma vida activa, propiciando o desencadear de lesões com traumatismos minor.

Vários autores^(5,9) salientam a existência de um risco ocupacional associado ao síndrome ombro

doloroso. Estudos estatísticos elaborados pelo Bureau of Labor Statistics - 1990 - USA⁽⁷⁾ mostraram que o traumatismo repetitivo é responsável por mais de metade das doenças ocupacionais, sendo o ombro a segunda região mais afectada. É de referir que o "ombro doloroso ocupacional" tem vindo a aumentar nos últimos anos⁽⁷⁾. Foram identificados factores de risco individuais, psicossociais e ocupacionais^(8,11): posturas viciosas mantidas⁽⁷⁾, trabalho manual repetitivo^(8,11), trabalho com as mãos acima dos ombros⁽⁷⁾, sobrecarga de trabalho⁽⁷⁾, "stress"⁽⁷⁾, existência de queixas prévias no ombro⁽⁸⁾.

Relativamente à actividade profissional verificamos que 50% dos nossos doentes desempenhavam actividades repetitivas (domésticas e secretariado), tarefas habitualmente desempenhadas por mulheres, explicando-se assim uma maior frequência no sexo feminino⁽¹²⁾ (65%); o elevado número de militares (24%) é devido ao facto do estudo se realizar, em grande parte, num hospital militar.

Dos 468 casos de ombro doloroso, 71,8% foram reumatismos periarticulares do ombro em que se identificaram as estruturas afectadas.

A tendinite da coifa dos rotadores foi a mais frequente com 50%, o que está de acordo com alguns autores^(6,13,14). Nos indivíduos mais jovens pode estar associadas a luxações do ombro ou a outros traumatismos, a partir dos 40 anos, tem um início mais insidioso e é acompanhada de alterações degenerativas, existindo associado em muitos casos, um

conflito do tendão do supra-espinhoso na região sub-acrômio-deltaoideia^(1,13).

A bursite sub-acrômio-deltaoideia raramente é um processo primitivo, surgindo habitualmente associada a lesões degenerativas da coifa. A bolsa serosa subdeltaoideia, inflamada e preenchida por uma pequena quantidade de líquido, torna os movimentos de abdução e antepulsão dolorosos. Os indivíduos que devido à idade ou à profissão são portadores de lesões degenerativas da coifa, podem permanecer assintomáticos durante anos e, só após esforços, trabalho em posturas viciosas ou imobilização prolongada, desencadeiam o quadro algico^(15,16). No período considerado foram diagnosticados 35 casos de bursite (10,4%).

A capsulite adesiva, mais frequente a partir dos quarenta anos^(2,17) é também motivo de dor e impotência funcional⁽¹⁵⁾. Surge associada a várias lesões⁽¹⁹⁾: traumáticas (lesão da coifa dos rotadores, tendinite do bicipete, fractura do úmero), neurológicas (sequelas de acidente vascular cerebral) e outras (carcinoma brônquico, enfarte agudo do miocárdio, mastectomia total). Na nossa consulta, surgiu predominantemente na sequência de lesões traumáticas, tendo sido diagnosticados 34 casos (10,1%).

A artrose acrômio-clavicular é frequentemente secundária a traumatismos (entorses, subluxações)⁽¹⁾. Nuns casos, pode ser causa de dor nos últimos graus da elevação do membro, sem limitação da amplitude articular; noutros casos pode ser apenas um achado radiológico. No período de tempo considerado foram diagnosticados 87 casos de artrose acrômio-clavicular (25,9%).

Quanto ao modo de início das queixas, verificámos que a dor no ombro surgiu de uma forma subaguda na grande maioria dos doentes (85%), apontando para a natureza degenerativa do processo^(1,12,13). Sessenta e cinco por cento dos doentes referiram um pequeno grau de incapacidade; a incapacidade foi considerada grave em apenas 7% dos casos, devida a situações de ombro hiperalgico agudo ou a bilateralidade das queixas.

Os exames radiológicos foram efectuados em 75% dos doentes, um quarto dos quais apresentava calcificações periarticulares (189 doentes), sobretudo a nível do tendão do supra-espinhoso. Estas calcificações constituíram na maior parte dos casos um achado ocasional. Contudo em 32 doentes a deposição de cristais de hidroxapatite conduziu a um quadro hiperalgico agudo.

A calcificação próxima da inserção tendinosa é uma situação comum observada com maior frequência nos trabalhadores manuais de ambos os sexos, entre os 40 e os 70 anos⁽²⁰⁾. O tendão do

supra-espinhoso é o mais frequentemente atingido⁽²⁰⁾. Na clínica, a deposição de cristais de hidroxapatite pode constituir um achado radiológico, dando origem a sintomatologia hiperalgica aguda ou dor crónica moderada⁽²⁰⁾.

Relativamente a outras doenças associadas foram encontradas patologias diversas (Osteoartrose, Diabetes, H.T.A., Osteoporose), com uma prevalência de acordo com os valores esperados para o grupo etário.

A maioria dos autores está de acordo sobre a eficácia do tratamento conservador na resolução destas situações, reservando a intervenção cirúrgica para casos pontuais^(1,2,15-17). Com esta atitude terapêutica, obtiveram-se 86% de bons resultados, não tendo sido necessário recurso à cirurgia.

O tratamento médico da tendinite da coifa dos rotadores inclui recurso a AINE, infiltração local com um corticóide associado a um anestésico, normalmente seguido de repouso articular durante 48 horas e de tratamento fisiátrico (agentes físicos e técnicas de mobilização articular).

No caso de rotura do tendão da coifa dos rotadores a terapêutica dependerá do grau de rotura, idade do doente e grau de incapacidade existente. A terapêutica conservadora fisiátrica tem como objectivo diminuir a dor e a impotência funcional, utilizando agentes físicos e técnicas de reeducação muscular. Se optarmos pela cirurgia, esta deve ser precoce, de preferência na 1ª semana, com reparação da solução da continuidade tendinosa, ressecção da extremidade anterior do acrômio e/ou do ligamento coraco-acromial. Também a persistência das queixas após tratamento conservador pode ser indicação para cirurgia (acromioplastia).

A evolução da rotura completa, no caso de não ter havido correcção cirúrgica, poderá ser para artrose secundária da articulação gleno-umeral.

Os casos de tendinite da longa porção do bicipete respondem bem ao repouso e aos AINE orais ou à infiltração local de um corticóide, associada à fisioterapia. A indicação cirúrgica está reservada para os casos traumáticos em jovens.

Na capsulite adesiva, entidade nosológica idiopática ou secundária, salienta-se a importância da prevenção com exercícios e mobilizações precoces, diatermia local ou infiltração com corticosteróide e anestésico, esta última sobretudo nas fases mais precoces e algicas.

Nos casos mais graves, para além do tratamento fisiátrico pode haver necessidade de recorrer à corticoterapia sistémica, ao bloqueio do gânglio estrelado ou à mobilização activa forçada sob anestesia geral.

A capsulite adesiva evolui habitualmente de forma espontânea para a cura em 18 a 24 meses, podendo este tempo ser francamente abreviado pelo tratamento precoce da dor e pela reeducação fisiátrica.

A algoneurodistrofia no membro superior (síndrome ombro-mão) caracteriza-se inicialmente por dor, rigidez, hiperestesia, edema duro e alterações vaso motoras atingindo mais frequentemente a mão. Alguns casos evoluem com instalação de atrofia cutânea e contraturas (músculo-tendinosas e capsulares). O tratamento deve ser instituído o mais precocemente possível, com calcitonina, β -bloqueantes, antagonistas do cálcio e/ou corticóides, recorrendo-se ao bloqueio do gânglio estrelado em casos refractários. A mobilização activa suave e um correcto posicionamento do segmento afectado permitem evitar as deformações tardias.

BIBLIOGRAFIA

- Allieu Y, Caillens JP. L'épaule dégénérative. In *Encycl. Med. Chir. Appareil Locomoteur*. Paris: Editions Techniques, 1984: 14350 A¹⁰
- Weiss J. The painful shoulder. In Kelley, William N, et al. *Textbook of Rheumatology*. Philadelphia: Saunders Company, 1984: 437-450.
- Wolf WB. Shoulder Tendinosis. *Clin Sports Rec* 1992; 11 (4): 871-890.
- Welch WC, Erhard R, Clyde B, Jacobs GB. Systemic malignancy presenting as neck and shoulder pain. *Arch Phys Med Rehabil* 1994; 75 (8): 918-920.
- Department of Community Medicine. Shoulder Pain. *Aust Fam Physician*. 1990; 19 (8): 1259-1263.
- Van der Windt D, Koes B, Jong B, Bouter Lex. Shoulder disorders in general practice: incidence, patient characteristics, and management. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 1995; 54: 954-964.
- Sommerich CM, Mcglothlin JD, Marras WS. Occupational risk factors associated with soft tissue disorders of the shoulder. *Ergonomics* 1993; 36 (6): 697-717.
- Westhaard RH, Jansen T. Individual and work related factors associated with symptoms of musculoskeletal complaints. *B R J Ind Med* 1992; 49 (3): 154-162.
- Kamvendo K, Linton SJ, Moritz U. Neck and Shoulder disorders in medical secretaries. Part I. Pain prevalence and risk factors. *Scand J Rehabil Med* 1991; 23 (3): 127-133.
- Kamvendo K, Linton SJ, Moritz U. Neck and Shoulder disorders in medical secretaries. Part II. Ergonomical work environment and symptom profile. *Scand J Rehabil Med* 1991; 23 (3): 135-142.
- Borgers PM, Winter CR, Kompier MA, Hidebrandt VH. Psychosocial factors at Work and musculoskeletal disease. *Scand J. Work Environ Health* 1993; 19 (5): 297-312.
- Bergenudd H, Nilsson B. The prevalence of locomotor complaints in middle age and their relationship to health and socioeconomic factors. *Clin Orthop* 1994; (308): 264-270.
- Barry M, Jenny JR. Pain in neck, shoulder and arm. *BMJ* 1995; 310: 183-186.
- Banbeck F, Hierholzer G. Analysis of the collective term periarthritis humeroscapularis. *Aktuelle-Traumatol*. 1991; 21 (2): 49-52.
- Cailliet R. Periarthrite Scapulo-numérale. In: *L'Épaule*. Paris: Masson, 1985; 35-66.
- Cailliet R. Les ruptures de la coiffe. In: *L'Épaule*. Paris: Masson, 1985; 67-73.
- Cailliet R. Capsuline adhérente. In: *L'Épaule*. Paris: Masson, 1985; 74-80.
- Waldburger M, Meier JL, Gobelet C. The frozen shoulder diagnosis and treatment. *Clin Rheumatol* 1992; 11 (3): 364-368.
- Anton HA. Frozen shoulder. *Can Fam Physician* 1993; 39: 1773-1778.
- Resnick D. Calcium Hydroxyapatite crystal deposition disease. In: *Diagnosis of Bone and Joint Disorders*, Philadelphia: Saunders Company, 1988: 1733-1764.

NÓDULOS REUMATÓIDES BENÍGNOS: DESCRIÇÃO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Manuela Micaelo¹, J. A. Melo Gomes²

RESUMO

Os doentes com nódulos reumatóides constituem um amplo espectro, que abrange desde as formas graves de Artrite Reumatóide até aos doentes sem sintomas ou alterações biológicas, excepto os nódulos. Os autores descrevem dois casos clínicos de doentes com nódulos reumatóides benignos, tecendo algumas considerações teóricas acerca desta entidade clínica, nomeadamente características clínicas e histológicas, diagnóstico diferencial, evolução e prognóstico. (*Acta Reuma Port* 1997;77:62-65)

Palavras-chave: Nódulos Reumatóides Benignos.

INTRODUÇÃO

Os nódulos reumatóides estão classicamente associados à Artrite Reumatóide (AR), principalmente às formas graves, destrutivas e por vezes complicadas com vasculite⁽¹⁻³⁾.

Desde 1959, têm sido descritos casos de nódulos reumatóides, principalmente em crianças saudáveis, sem doença reumática ou outra patologia⁽⁴⁾. Tais nódulos têm tido várias designações, como, "nódulos pseudoreumatóides", "nódulos isolados reumatóide-like", "nódulos reumatóide-like", "nódulos reumatóide isolados", "nódulos reumatóides não reumatóides", e "nódulos reumatóides benignos"⁽⁵⁾.

O aparecimento de nódulos reumatóides benignos (NRB) em adultos, sem sinais clínicos, serológicos e/ou radiológicos de AR, é extremamente raro. Na literatura estrangeira estão descritos apenas 26 casos de NRB, no adulto⁽⁷⁾.

Também recentemente uma nova entidade designada "Nodulose Reumatóide" e cuja principal manifestação são os nódulos reumatóides, tem sido reconhecida⁽⁶⁾.

Os doentes com nódulos reumatóides constituem pois, um amplo espectro que abrange desde as formas severas de AR até aos doentes sem sintomas ou alterações laboratoriais excepto os nódulos. Com o objectivo de melhor elucidar o espectro

dos nódulos reumatóides, Kaye e colaboradores, propuseram uma classificação das associações possíveis com nódulos reumatóides (Quadro I)⁽³⁾.

Quadro I

Classificação das entidades clínicas associadas a nódulos reumatóides

Adultos

Grupo I - Associação com Artrite Reumatóide

Subgrupo A - factor reumatóide positivo

Subgrupo B - factor reumatóide negativo

Grupo II - Associação com Achados Reumatóides

Subgrupo A - sintomas músculo-esqueléticos (Nodulose Reumatóide)

Subgrupo B - doença pulmonar reumatóide na ausência de sintomas músculo-esqueléticos

Grupo III - Não Associados com Sintomas Reumatóides

Subgrupo A - nódulos subcutâneos

Subgrupo B - nódulos pulmonares

Subgrupo C - nódulos cardíacos

Crianças

Grupo IV - Associação com Artrite Reumatóide Juvenil

Subgrupo A - factor reumatóide positivo

Subgrupo B - factor reumatóide negativo

Grupo V - Não Associados com sintomas reumáticos (nódulos reumatóides benignos da criança)

¹ Interna do Internato Complementar de Reumatologia - Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.

² Reumatologista - Responsável pela Universidade de Reumatologia do Hospital Militar Principal, Lisboa.

Descrevemos dois casos clínicos de doentes com nódulos reumatóides e sem outras alterações clínicas e/ou biológicas, que incluímos num dos grupos da classificação de Kaye.

CASO CLÍNICO 1

Trata-se de um doente, sexo masculino, 20 anos de idade, sem Antecedentes patológicos, referindo desde há 6 anos (aos 14 anos de idade) o aparecimento de nódulos subcutâneos, na face dorsal da 2ª M.C.F. da mão direita. Dois anos depois, surgiram múltiplos nódulos, localizados na superfície de extensão da 3ª e 5ª I.F.P. direitas e 2ª, 3ª e 5ª I.F.P. esquerdas dos dedos das mãos (Figura 1).



Figura 1 – Caso 1: Doente do sexo masculino, 20 anos de idade. São visíveis múltiplos nódulos subcutâneos localizados na face dorsal dos dedos.

Os nódulos subcutâneos eram indolores, de dimensões variáveis entre alguns centímetros a alguns milímetros, e sem alterações da pele subjacente.

O doente referia ocasionalmente episódios de curta duração de artralgiás das pequenas articulações das mãos, acompanhadas de rigidez matinal.

O exame objectivo era normal, excepto pelos nódulos já descritos.

Os exames laboratoriais, (hemograma, VS, glicémia, ureia, creatinina, ácido úrico, electroforese das proteínas, colesterol, triglicéridos, urina tipo II, RA teste, Waaler Rose e A.N.A.) eram normais.

O estudo radiológico das mãos não revelou alterações a favor de reumatismo inflamatório, excepto tumefacção das partes moles nas áreas de localização nodular (Figura 2).

Foi feita biópsia de um nódulo, cujo exame histopatológico revelou as alterações típicas do nódulo reumatóide.

Durante estes anos de evolução não houve aparecimento de qualquer outro tipo de sintomatologia, e os nódulos mantiveram-se com as mesmas características, com períodos de crescimento lento. Os exames biológicos continuaram a não revelar alterações.

Por motivo estéticos efectuou-se cirurgia de alguns nódulos, que recorreram após alguns meses.

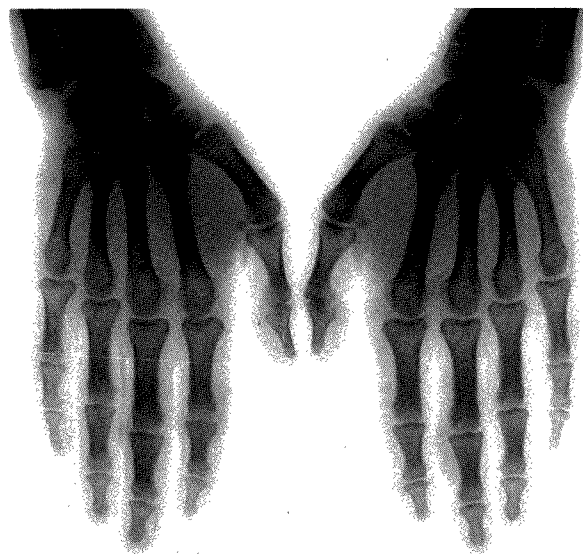


Figura 2 – Caso 1: Radiograma das mãos do mesmo doente revelando apenas tumefacção das partes moles nas áreas de localização dos nódulos.

CASO CLÍNICO 2

Mulher de 43 anos de idade, raça caucasiana com antecedentes de traumatismo do cotovelo esquerdo, aos 41 anos, notando posteriormente aparecimento de nódulos subcutâneos na região olecraniana esquerda, de crescimento progressivo ao longo de meses. Simultaneamente, nota um nódulo de menor dimensão, a nível da face dorsal da I.F.P. do 5º dedo da mão direita. (Figura 3 A e B).



Figura 3a – Caso 2: Doente do sexo feminino, 43 anos de idade: Formações nodulares na região olecraniana.

Os nódulos eram indolores e não se acompanhavam de alterações da pele suprajacente. Negava artralgiás e/ou artrite. Desconhecia antecedentes patológicos.



Figura 3b – Nódulo sub-cutâneo na face dorsal da IFP do 5º dedo.

Ao exame objectivo, para além dos nódulos sub-cutâneos já descritos, não se encontravam outras alterações.

Os exames biológicos efectuados (hemograma, VS, glicémia, função renal e hepática, proteínograma, colesterol, triglicéridos, factores reumatóides e anticorpos antinucleares) foram normais.

O estudo radiológico das articulações (cotovelos e mãos) não revelou quistos subcondrais ou outros sinais de artropatia inflamatória.

Realizou-se biópsia dos nódulos subcutâneos com histologia reveladora de nódulos reumatóides típicos (Figura 4).

Após um ano, reaparecimento de múltiplos nódulos, de dimensões variáveis, nas áreas anteriormente afectadas. Durante este tempo de evolução, manteve-se assintomática, e os exames laboratoriais e radiológicos continuaram a não revelar alterações.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de nódulos reumatóides é dado pelo exame histológico (Figura 4). Estes localizam-se na hipoderme e são compostos por três áreas: uma área central de necrose fibrinóide, rodeada por uma camada de histiócitos e fibroblastos em paliçada, e uma camada externa constituída por infiltrado perivascular de células inflamatórias crónicas⁽⁸⁾.

A descoberta de nódulos reumatóides em doentes sem envolvimento articular a favor de AR, levanta problemas de diagnóstico diferencial, com outros nódulos subcutâneos, histologicamente idênticos, tais como: necrobiose lipídica diabética, granuloma anular e nodulose reumatóide⁽⁹⁾.



Figura 4 – Caso 2: Histopatologia do nódulo subcutâneo olecraneano revelando área de necrose rodeada de histiócitos e fibroblastos em paliça e infiltrado linfoplasmocitário perivascular (hematoxilinaeosina).

O granuloma anular, é uma doença de etiologia desconhecida, caracterizada por nódulos subcutâneos, associados com alterações da pele suprajaçante e caracteristicamente com uma distribuição anular. Histologicamente o granuloma anular é idêntico ao nódulo reumatóide, excepto pela localização que é intradérmica e não subcutânea^(5, 9, 10, 11).

A presença de múltiplos nódulos subcutâneos associados a factores reumatóides positivos com mínimo ou ausente envolvimento sistémico, sugere o diagnóstico de nodulose reumatóide^(12, 13, 14).

Nestes dois casos clínicos, a ausência de alterações do metabolismo glucídico, os factores reumatóides não detectáveis no soro, e a demonstração através do exame histológico de lesões reumatóides típicas, com localização subcutânea, permitiram o diagnóstico de nódulos reumatóides.

Os nódulos reumatóides benignos (NRB), são relativamente comuns na criança, especialmente entre os 2 e os 10 anos de idade⁽¹⁵⁾.

Localizam-se preferencialmente no couro cabeludo, regiões pré-tibiais e pés^(3, 4, 9, 15). O seu aparecimento no adulto é extremamente raro, sendo as áreas mais afectadas a superfície de extensão dos cotovelos, das mãos e pés⁽⁷⁾.

No caso clínico 1, os nódulos subcutâneos surgiram em idade juvenil (aos 14 anos), mas com localização em áreas pouco habituais para os NRB da criança (embora esta localização esteja descrita na literatura), com a particularidade de terem uma distribuição simétrica.

O caso 2 diz respeito a uma forma típica de aparecimento na idade adulta. Segundo a classificação de Kaye, estes dois casos incluem-se no grupo V e III respectivamente.

A etiologia dos NRB é desconhecida. A existência de traumatismo e infecção estreptocócica têm sido descritas na criança. Também no adulto situações associadas tais como, traumatismo local, gravidez, parto e infecção têm sido referidas, mas dado o pequeno número de casos descritos, é precocer estabelecer ainda qualquer tipo de relação^(5,7).

No caso clínico 2, constatamos uma relação temporal entre o traumatismo do cotovelo esquerdo e o aparecimento dos nódulos olecranianos.

Os NRB podem progredir lentamente e desaparecerem completamente, mas as recorrências são frequentes, tal como verificámos nestes dois casos.

A evolução e prognóstico desta entidade clínica é benigna^(4, 7, 15).

Embora controverso, alguns autores acreditam que os nódulos reumatóides benignos na criança predis põem ao aparecimento de poliartrite crónica e deformante⁽⁵⁾. Na literatura estrangeira estão descritos desde 1959, 157 crianças tendo surgido Artrite Reumatóide em nove casos, após períodos de "follow-up" de mais de 18 anos^(3, 16).

Nos 27 casos de NRB no adulto, os períodos de "follow-up" variam entre 1 a 20 anos, e em nenhum caso se verificou evolução para AR.

Nos dois casos apresentados, apesar do curto período de "follow-up", os doentes mantêm-se assintomáticos e sem alterações serológicas ou radiológicas, a favor de evolução para artrite reumatóide.

BIBLIOGRAFIA

1. Morgan ES, Cass RM, Jacox RF, Vaughan JH. - A Study of the Relation of Seronegative and Seropositive Rheumatoid Arthritis to each other and to Necrotizing Vasculitis. *Am J Med* 1969; 47: 23-29.
2. Lettres - Les Nodules Rheumatoides Isolés: Description d'Un Cas. *Rev Rhum (Ed. Fr.)* 1993, 60(4): 311-316.
3. Kaye B.R., Kaye R.L., Bobrove A. - Rheumatoid nodules. Review of spectrum of associated conditions and proposed of a new classification with a report of four seronegative cases. *Am J Med*, 1984; 76: 279-292.
4. Pouenaras J., Gibson A.A.M. - "Pseudorheumatoid" nodules in children. *J Bone Joint Surg*. 1971; Vol. 5-3B, Nº 4 724-728.
5. Simons F.E.R., Schaller J.G. - Benign Rheumatoid Nodules - *Pediatrics*, 1975; 56: 29-33.
6. Ginsberg M.H., Genant H.K., Yu TF, McCarty D.J. - Rheumatoid Nodulosis. An unusual variant of Rheumatoid disease. *Arthritis Rheum*. 1975; 18: 49-78.
7. Cohen P.R., Kurzrock R. - Rheumatoid Nodules with chronic lymphocytic leukaemia and boederline lepromatous leprosy. *Ann Rheum Dis*. 1993; 52: 685-688.
8. Ziff M. - The Rheumatoid Nodule. *Arthritis Rheum*. 1990; 33: 761-767.
9. Veys E.M., Keyser F.D. - Rheumatoid Nodules: differential diagnosis and immunohistological findings. *Ann Rheum Dis*. 1993; 52: 625-626.
10. Beatty E.C. - Rheumatic-like Nodules Occurring in Non Rheumatic Children. *Arch Pathol* 1959; 35: 154-159.
11. Taranta A. - Occurrence of Rheumatic-like subcutaneous nodules, without evidence of joint or heart disease.: Report of a case. *New Engl J Med*. 1962; 4: 13-16.
12. Gont MA, Scheines EJ, Paira SO, Barcelo HA, Cocco JAm. Rheumatoid nodulosis: a puzzling variant of rheumatoid arthritis. *Clin Rheumat*. 1992; 11: 396-401.
13. Couret M., B., Chuong U.F., Leroux DC and als - Rheumatoid Nodulosis: Report of two new cases and discussion of diagnostic criteria. *J Rheumato*. 1988; 15: 1427-1430.
14. Dreyfus P., Daupleix D. - La Nodulite Rheumatoid. A propos d'un cas-revue de la litterature. *Rev Rhum*. 1981; 48(5): 441-446.
15. Yavuz M., Ozel A; Yilmaz O, Alas E and al. Pathological cases of the month. *AJDC* 1993; 147: 101-10112.
16. Olive A., Mayoro J., Llorete J., Corominas J., Carbonele J. - Evolution of benign rheumatoid nodules into rheumatoid arthritis after 50 years. *Ann Rheum Dis*. 1987; 46: 624-625.

REGULAMENTO DE PRÉMIOS

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia (S.P.R.), em colaboração com várias empresas da Indústria Farmacêutica, tem para atribuição anual vários Prémios e Bolsas cujos regulamentos se publicam a seguir para conhecimento de todos os interessados.

Em 1996 serão atribuídos o Prémio Ciba-Geigy de Reumatologia-Luis de Pap/96 e o Prémio "Acta Reumatológica" e serão atribuídos fundos a projectos que se candidatem ao Fundo para o Desenvolvimento da Reumatologia Portuguesa Sociedade Portuguesa de Rematologia SmithKline Beecham.

Chamamos a atenção dos eventuais concorrentes para os prazos de entrega das candidaturas referidos nos respectivos regulamentos.

Quaisquer esclarecimentos podem ser pedidos à Direcção da S.P.R.

FUNDO PARA O DESENVOLVIMENTO DA REUMATOLOGIA PORTUGUESA - SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA / SMITHKLINE BEECHAM

Artº 1

1 - A Direcção da *Sociedade Portuguesa de Reumatologia* (S.P.R) e a *SmithKline Beecham* (SB) procurando promover o desenvolvimento da Reumatologia Portuguesa, deliberaram atribuir um Fundo para o Desenvolvimento da Reumatologia Portuguesa, Sociedade Portuguesa de Reumatologia / *SmithKline Beecham* (Fundo).

2 - Este Fundo tem como finalidade prática, subsidiar acções de investigação, formação e aperfeiçoamento técnico e científico dos membros da S.P.R, concedendo apoios à sua execução.

Artº 2

1 - O Fundo tem o valor anual de um milhão de escudos, a serem atribuídos nos anos de 1995 e 1996 e poderá ser estendido a anos posteriores, conforme vontade e acordo entre a S.P.R e a SB.

2 - O Fundo subsidiará acções que comprovadamente tragam novos benefícios reais aos doentes reumáticos e à Reumatologia Portuguesa.

3 - De entre outras, mas sempre no espírito dos nºs anteriores, serão contempladas acções da seguinte natureza:

a) Projectos de Investigação em Portugal, em diversas áreas e modalidades;

b) Projectos de Investigação em Portugal e no estrangeiro, com vista a tese de dissertação para Graus Académicos (Mestre e Doutor);

c) Estágios e Cursos práticos em Portugal e no Estrangeiro, de curta e longa duração.

Artº 3

1 - As candidaturas far-se-ão por carta dirigida ao Secretario-Geral da S.P.R e, para serem aceites, deverão mencionar o seguinte:

a) Objectivo do projecto ou estágio;

b) Condições de aplicabilidade prática a curto prazo;

c) Orçamento e sua fundamentação;

d) Quantitativo que solicita e para que parte do projecto se destina;

e) Informação de outras formas de financiamento;

f) Outras informações que considere úteis para decisão do Júri;

2 - O prazo de entrega das candidaturas é 31 de Maio de 1996.

3 - As candidaturas serão classificadas pelo Júri, tendo em conta os seguintes itens:

a) Interesse científico e técnico do projecto/estágio.

b) Sua utilidade prática.

c) Condições de aplicabilidade do proponente.

d) Inovação que traz.

4 - Os subsídios serão atribuídos, pela ordem de classificação, às candidaturas que sejam disso consideradas merecedoras.

5 - O montante a atribuir será decidido pelo Júri, considerando os itens mencionados em 3 e a adequação do quantitativo solicitado, a custos previsíveis do fim a que se destina.

6 - No caso do fundo não ser utilizado na sua totalidade, o seu remanescente será acumulado ao ano seguinte.

Artº 4

O subsídio, uma vez atribuído, deverá ser utilizado nos 6 meses seguintes, sob pena de ser atribuído a outro projecto ou transferido para o ano seguinte.

Artº 5

1 - O Júri será composto pelos seguintes membros:

Da Direcção da S.P.R:

Presidente

Presidente Eleito

Vice-Presidentes (2)

Secretário-Geral

Vogal conselheiro para a Reumatologia da S.P.R

Médico representante da *SmithKline Beecham*

2 - O Júri será presidido pelo Presidente da Direcção da S.P.R.

3 - Se ocorrer na mesma pessoa mais de uma das funções a que se refere o nº 1 deste Artigo, ela será substituída por Reumatologista designado pela Direcção da S.P.R.

4 - Se algum dos membros do Júri for concorrente ao Fundo, terá que pedir escusa e será subs-

tituído por Reumatologista designado pela Direcção da S.P.R.

5 - Não haverá recurso das decisões do Júri que poderá decidir não atribuir quaisquer subsídios, se os projectos não justificarem a sua atribuição, revertendo neste caso o montante para o ano seguinte.

6 - O Júri reunirá para apreciação das propostas na 1ª semana de Junho de 1996.

7 - A S.P.R. dará conhecimento do resultado das decisões do Júri até final do mês de Junho de 1996.

Artº 6

1 - Os candidatos deverão preencher os seguintes requisitos básicos:

- a) Terem nacionalidade Portuguesa
- b) Pertencerem aos quadros de Instituições Portuguesas ou terem local de trabalho habitual em Portugal.
- c) Serem membros da S.P.R.

PRÉMIO CIBA-GEIGY DE REUMATOLOGIA LUÍS DE PAP/96

Artº 1

1 - A Sociedade Portuguesa de Reumatologia a fim de contribuir para progresso das Ciências Médicas em Portugal, no campo da Reumatologia confere, de dois em dois anos, nos anos ímpares a partir de 1995, inclusivé, um Prémio instituído em seu favor por Ciba-Geigy Portuguesa, Lda.

2 - Este prémio denomina-se "Prémio Ciba-Geigy de Reumatologia - Luís de Pap" (adiante designado por Prémio) em homenagem à acção desse reumatologista no desenvolvimento da Reumatologia em Portugal.

3 - O fim do prémio é manter e estimular os estudos reumatológicos nos campos da epidemiologia, da etiopatogenia, da clínica, da terapêutica, da prevenção, da investigação experimental (ou/em quaisquer outros).

Artº 2

1 - O Prémio num valor global a fixar será atribuído ao melhor, de entre os trabalhos, de autor ou autores médicos Portugueses, apresentados em Sessões Científicas da Sociedade Portuguesa de Reumatologia ou enviadas à Direcção da mesma, com a indicação, em qualquer dos casos, de que a ele concorrem.

2 - É admissível a atribuição de Menções Honrosas quando o Júri considere existirem trabalhos apresentados que o justifiquem.

3 - O Prémio é atribuído de dois em dois anos na Sessão Solene de Abertura do Ano Académico.

4 - Ao premiado será conferido diploma assinado pelo Presidente e Secretário Geral da Sociedade ou quem os represente.

Artº 3

1 - Os originais concorrentes que não tiverem sido apresentados nas Sessões Científicas com essa indicação, serão entregues na Secretaria da Sociedade Portuguesa de Reumatologia até ao dia 30 de Setembro de 1996, em cinco exemplares (original e quatro fotocópias), dactilografados a dois espaços, de um só lado, e em folhas de formato A4 numeradas e rubricadas, acompanhando o texto, eventualmente, de desenhos, gráficos, fotografias e diapositivos, que o completem.

2 - Os trabalhos tem de ser inéditos e não podem ser publicados até à data da sua apreciação pelo Júri.

3 - Na Secretaria da Sociedade será organizado o processo referente a cada um dos trabalhos concorrentes e anotada a data de entrega, identificação profissional do candidato e da Instituição Médica de origem e título completo do trabalho, dados que serão publicados na "Acta Reumatológica Portuguesa".

4 - Antes de serem distribuídos ao Júri os originais concorrentes, a Direcção verificará do cumprimento das normas regulamentares e disso notificará os candidatos, quando não o tiver havido.

Artº 4

1 - O Júri será constituído por cinco membros:

- a) Presidente da Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia;
- b) Secretário Geral da Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia;
- c) Director da "Acta Reumatológica Portuguesa";
- d) Vogal Conselheiro para Reumatologia do Conselho Científico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia;
- e) Um médico representante da Ciba - Geigy Portuguesa, Lda.

2 - O Júri é presidido pelo Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

3 - Se ocorrer na mesma pessoa, mais de uma das funções a que se refere o número 1 deste artigo, será substituído na(s) restante(s) pelos seus substitutos estatutários e regulamentares ou, na inexistência destes, por um dos antigos presidentes da S.P.R. proposto pela Direcção em exercício ou por uma individualidade acordada entre a Direcção da S.P.R. e a Ciba - Geigy.

4 - Qualquer dos membros do Júri que concorra ao Prémio como Autor ou co-Autor, tem de pedir escusa.

5 - As decisões do Júri são tomadas por maioria absoluta de votos e delas não há recurso.

6 - O Júri pode agregar, sem direito a voto, um ou mais elementos de reconhecida competência sempre que a apreciação dos trabalhos especializados o justifique.

7 - O Júri pode, se assim o entender, não atribuir o Prémio, no todo ou em parte. Em qualquer dos casos ao montante respectivo por acordo entre a S.P.R. e o doador, será dado o destino que entenderem.

8 - A resolução do Júri deve ser dada a conhecer à Direcção da S.P.R. até 31 de Outubro (ou até 2 semanas antes da Sessão Solene de Abertura do Ano Académico).

9 - De cada reunião do Júri será lavrada, no livro respectivo, uma acta assinada por todos os membros.

Artº 5

1 - A proclamação dos trabalhos premiados, a entrega do valor do prémio e respectivo diploma aos candidatos premiados, é feita na Sessão Solene de Abertura do Ano Académico.

Artº 6

1 - Os trabalhos concorrentes premiados ou distinguidos com Menção Honrosa são pertença da *Sociedade Portuguesa de Reumatologia*, pelo que não são devolvidos aos candidatos.

2 - A Sociedade obriga-se a publicá-los num período não superior a um ano na "Acta Reumatológica Portuguesa".

3 - A Sociedade procurará publicar nos órgãos oficiais da EULAR e ILAR extractos dos trabalhos premiados pelo que os respectivos autores devem redigir resumos, até um máximo de duzentas palavras, em português, inglês e francês, e facultativamente em espanhol e alemão, quando lho for solicitado pela Direcção da S.P.R.

4 - De todos os trabalhos concorrentes ao Prémio, cinco exemplares destinam-se, obrigatoriamente, um à Biblioteca da S.P.R., dois ao Centro de Documentação da Ciba - Geigy, Lda, e dois à Biblioteca da Ordem dos Médicos.

Artº 7

1 - Aos membros do Júri é expressamente proibido participar na reunião do júri em que sejam apreciados os trabalhos com que concorrem ao Prémio, o que constará da acta respectiva.

PRÉMIO "ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA"

Artº 1º

1 - A *Sociedade Portuguesa de Reumatologia* confere, de dois em dois anos, um Prémio denominado "Acta Reumatológica Portuguesa".

2 - O fim do Prémio é manter e estimular o progresso dos estudos reumatológicos com vista à sua publicação no órgão oficial da S.P.R., a *Acta Reumatológica Portuguesa*.

3 - Sempre que possível será solicitado o apoio financeiro de uma entidade externa à S.P.R., num valor pecuniário a fixar.

Artº 2º

1 - O Prémio será atribuído ao melhor trabalho publicado na *Acta Reumatológica Portuguesa* no período entre Setembro de 1994 e Junho de 1996, inclusive, e assim sucessivamente.

Artº 3º

2 - É admissível a atribuição de Menções Honrosas quando o Júri considere existirem trabalhos que o justifiquem.

3 - O Prémio é atribuído de 2 em 2 anos, na Sessão Solene de Abertura do Ano Académico.

4 - Ao premiado será conferido diploma assinado pelo Presidente e Secretário-Geral da S.P.R. ou quem os represente.

Artº 4º

1 - Os trabalhos publicados na *Acta Reumatológica Portuguesa*, orientam-se pelas Normas de Publicação da Revista.

2 - Serão excluídos de apreciação para atribuição do Prémio aqueles trabalhos que tenham sido já contemplados em concurso público a outros prémios instituídos e os trabalhos de autores estrangeiros.

Artº 5º

1 - O Júri será constituído por cinco membros:

- a) Presidente da Direcção da S.P.R.;
- b) Secretário-Geral da S.P.R.;
- c) Director da *Acta Reumatológica Portuguesa*;
- d) Dois Vogais do Conselho Científico da S.P.R., sendo um deles o Vogal Conselheiro para a Reumatologia e o outro nomeado pela Direcção da S.P.R.

2 - O Júri é presidido pelo Presidente da S.P.R.

3 - Se ocorrer na mesma pessoa, mais de uma das funções a que se refere o número 1 deste artigo, será substituído na(s) restante(s) pelos seus substitutos estatutários e regulamentares ou na não existência destes, por um dos membros do Conselho Científico proposto pela Direcção da S.P.R.

4 - Qualquer dos membros do Júri que concorra ao Prémio como Autor ou co-Autor tem de pedir escusa.

5 - A decisão do Júri é tomada por maioria absoluta de votos e dela não há recurso.

6 - O Júri pode agregar, sem direito a voto, um ou mais elementos de reconhecida competência

sempre que a apreciação de trabalhos especializados o justifique.

7 - O Júri pode, se assim o entender, não atribuir o Prémio.

8 - A resolução do Júri deve ser dada a conhecer à Direcção da S.P.R. até 30 de Setembro do ano da sua atribuição.

9 - De cada reunião do Júri será lavrada uma acta assinada por todos os seus membros.

Artº 6º

A proclamação do trabalho premiado, a entrega do valor do Prémio e respectivo diploma ao candidato premiado é feita na Sessão Solene de Abertura do Ano Académico.

Rules for the "CIBA-GEIGY ILAR – Rheumatology Prize"

Purpose of the Prize

§ 1 The aim of CIBA-GEIGY in endowing the Prize, valued at SFr. 60,000.-, is to encourage research in rheumatology within the widest meaning of the term.

The Prize shall be awarded in recognition of an outstanding achievement in the field of rheumatology and with a view to supporting the continuation of research underlying this achievement.

The Prize may be divided if the jury decides that there are two particularly outstanding submissions.

Name of the prize

§ 2 To emphasise the close interest taken by CIBA-GEIGY in the work of the International League Against Rheumatism (ILAR), the original name of the Prize, "International Geigy Rheumatism Prize", has been changed to "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize".

Awarding of the Prize

§ 3 The "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" will be awarded once every four years during the opening ceremony of the International Congress of Rheumatology organised by ILAR.

Application of the Prize

§ 4 Any persons who consider they have made a significant contribution in the field of rheumatology may apply for the Prize, provided the conditions stipulated below have been met. ILAR may invite individuals to apply if they are considered worthy based on expert advice from an independent source.

Conditions of entry

§ 5 Since the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" is to be awarded for current research, the documents submitted in support of an entry may take the form of published papers or papers which have been accepted for publication.

Entries for the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" may be submitted in English, French, German, and/or Spanish. Submissions in the first instance should comprise a two-page summary in English of the significance of the work and six key publications from the past five years with a list of all other publications (*see Adjudicatory procedure*).

Candidates should be recommended, in writing, on the official application form by a proposer and a seconder.

Entries for the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" must be submitted in duplicate to the Prize Secretariat, c/o CIBA-GEIGY, CH-4002 Basle, Switzerland, not later than one year before the date on which the next Prize is to be awarded (date of the opening ceremony of the next ILAR Congress). They should be accompanied by a brief curriculum vitae.

Announcement of the Prize

§ 6 Acting in agreement with the leagues (ILAR, EULAR, PANLAR, APLAR, AFLAR) CIBA-GEIGY will advertise the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" two years before each ILAR Congress of Rheumatology and will supply interested persons with a copy of the present Rules, together with application forms, etc. ILAR and the regional Leagues EULAR, PANLAR, APLAR, and AFLAR will also inform their members about the forthcoming Prize in their League Bulletins and other League Communications.

Prize Adjudicatory Panel

§ 7 Entries for the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" will be judged by a Prize Adjudicatory Panel. This Panel will be composed as follows:

- the President of ILAR (Chairman)
- the President-Elect of ILAR
- the Secretary-General of ILAR
- the Treasurer of ILAR
- the Presidents of EULAR, PANLAR, APLAR, and AFLAR
- one delegate from CIBA-GEIGY.

The Panel has the right, when confronted with complex entries, to consult outside experts in the field in question in order to form a well-founded opinion of the work.

Adjudicatory procedure

§ 8 Each member of the Panel will assess the entries individually and rank them in accordance with his personal judgment. Panel members who have professional affiliations with a candidate will abstain from evaluation and voting.

The Secretariat will circulate these assessments among the members of the Panel with a view to arriving at a preliminary ranking which will facilitate subsequent decision-making. Depending on the consolidated rankings the Panel may decide to award the Prize to one entry, to award it equally to two entries, or to divide it into a first and a second Prize.

There shall be no right of appeal against the Panel's decisions.

Notification of results

§ 9 Acting in agreement with the Prize Adjudicatory Panel, CIBA-GEIGY shall ensure notification of the prize winner(s) immediately following the decision of the Panel, so as to make certain that he/she/they will be present at the opening ceremony. CIBA-GEIGY shall also arrange for the sum in respect of the Prize to be made available at the ceremony, together with a diploma in Latin.

CIBA-GEIGY and, as far as possible, also ILAR shall ensure that the media, including in particular the medical press, are duly informed.

Validity and final stipulations

§ 10 The present Rules shall apply to the awarding of the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" on the occasion of the ILAR Congresses of Rheumatology to be held in 1993 and 1997. Should political or other reasons preclude the holding of one of the Congresses planned for these two years, the sum in respect of the Prize will be forfeited for the year in question.

CIBA-GEIGY and ILAR shall reach agreement by not later than end of 1995 as to whether the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" should be continued or terminated.

The present Rules supersede those drawn up in July 1969 and those dating from 1979 and 1982. In the event of any discrepancies between versions in the different languages, the English version of the Rules shall be taken as the authentic original text. These Rules have been approved in the summer of 1990 by:

International League Against Rheumatism

Prof. K.D. Muirden - President

Prof. G. Mtitz - President-Elect

CIBA-GEIGY Limited

Dr. J. Gelzer

Representative of the Endowing Company

Greti Haldemann

"ILAR PRIZE" Executive Secretary

A message from the President of ILAR*

Dr. Roberto Arinoviche

CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize 1997

The CIBA-GEIGY • ILAR • Rheumatology Prize is an award of note and distinction. Over the last years it has become a tradition to present this award during the Opening Ceremony of the ILAR Congress of Rheumatology. The next such presentation will be in Singapore during the second week of June 1997, and the closing date for applications is 31 May 1996.

It is a measure of the quality of research submitted for this competition that - with one exception the prize has always been divided among two or more candidates ever since the first award was made in Prague in 1969. Winners have come from seven countries. Not surprisingly, with its resources and ability to attract top scientists, the USA has had the greatest number of prize winners. Other notable winners have come from the Netherlands, Norway, the United Kingdom, France, Mexico, and from what is now Slovakia. Plainly there are scientists and clinicians from many other parts of the world still to be honoured.

Altogether 18 entries from 13 different countries were received for the last prize, which was awarded in 1993. Ultimately the prize was shared between two contenders: Donato Alarcón-Segovia (Mexico) and a team of researchers led by Graham Hughes (UK) for their work on the pathogenesis, identification, and clinical features of antiphospholipid syndrome.

Although entries may be submitted in English, French, German and/or Spanish, submissions in the first instance should comprise a two page summary in English of the significance of the work and 6 key publications from the past 5 years with a list of all publications. It is anticipated that the jury will request the finalists to provide more details of their work at a later date.

The jury itself has a strong international flavour and comprises the President of ILAR as Chairman, the President-Elect, Secretary-General and Treasurer of ILAR and the Presidents of the Regional Leagues. There is one delegate from Ciba-Geigy.

The ultimate purpose of the prize is to encourage research in rheumatology within the widest meaning of the term. It is awarded in recognition of an outstanding achievement in the field of rheumatology and with a view to supporting the continuation of research underlying this achievement. Entry forms and further details can be obtained by writing to: Mrs Greti Haldemann, CIBA-GEIGY ILAR • Rheumatology Prize, Executive Secretary, Ciba-Geigy Limited, CH-4002 Basel.

* ILAR = International League of Associations for Rheumatology.

I Simpósio Luso-Brasileiro de Reumatologia Pediátrica

Data: 30-31 de Maio de 1996

Local: Auditório do Padrão dos Descobrimentos,
Lisboa

Patrocínio: Sociedade Portuguesa de Reumatologia
Sociedade Brasileira de Reumatologia

Programa: Formas oligoarticulares e poliarticulares
de ACJ

Forma sistémica de ACJ

Lúpus Eritematoso Sistémico Juvenil

Osteoporoses Juvenis

Tratamento dos Reumatismos Juvenis

Miscelânea

Comunicações Livres

I Jornadas Temáticas de Reumatologia

Data: 20-21 de Junho de 1996

Local: Hotel Alfa, Lisboa

Organização: Serviço de Reumatologia do Hospital
Garcia de Orta
Unidade de Reumatologia do Hospital
de Egas Moniz
Unidade de Reumatologia do Hospital
Militar Principal

Programa: A Reumatologia e o Clínico Geral
Estrogéneos e Doença Reumática
Fibromialgia ou doentes fibromiálgicos?
Novas estratégias e táticas para tratar a
AR
Osteoporose: Diferentes doentes, diferen-
tes tratamentos?
Osteoartrose: O regresso da velha
senhora?
Da dor como vivência aos seus diferentes
tratamentos
Técnicas diagnósticas e terapêuticas em
reumatologia – Indicações e resultados

IV Ciclo de Estudos Avançados em Reumatologia

Data: 22 de Junho de 1996

Local: Hotel Alfa, Lisboa

Organização: Serviço de Reumatologia do Hospital
Garcia de Orta
Unidade de Reumatologia do Hospital
de Egas Moniz
Unidade de Reumatologia do Hospital
Militar Principal

XXXVIII Curso Intensivo de Especialização em Doenças Reumáticas

Data: 2 a 4 de Maio de 1996

Local: Hotel FERIA Palace, Barcelona

Secretariado: Instituto Poal de Reumatologia
Entenza, 334 (Diagonal)
08029 Barcelona

Reunião Anual da British Society for Rheumatology

Data: 8 a 10 de Maio de 1996

Local: Brighton, Grã-Bretanha

Secretariado: BSR

Fax: +44 171 242 32 77

Curso EULAR: Teaching the Teachers

Data: 10 e 11 de Maio de 1996

Local: Leuven, Bélgica

Secretariado: Prof. Dr. Jan Dequeker

Fax: +32 16 33 87 24

1º Congresso de Reumatologia da Europa Central

Data: 15 a 18 de Maio de 1996

Local: Piestany, Eslováquia

Secretariado: Fax: +0161 275 5043

Congresso Mundial de Osteoporose

Data: 18 a 23 de Maio de 1996

Local: Amesterdão, Holanda

Secretariado: Congrex Holland

Fax: +31 206 259 574

VI Congresso Romeno de Reumatologia

Data: 28 de Maio a 1 de Junho de 1996

Local: Bucarest, Roménia

Secretariado: Fax: +40 1 312 44 40

26º Congresso Escandinavo de Reumatologia

Data: 31 de Maio a 3 de Junho de 1996
Local: Reykjavik, Islândia
Secretariado: Fax: +354 562 5895

XVII Congresso Internacional da Sociedade Polaca de Reumatologia

Data: 12 a 15 de Junho de 1996
Local: Lubliana, Polónia
Secretariado: Fax: +48 81 73 1200

8º Congresso Mediterrânico de Reumatologia

Data: 24 a 26 de Junho de 1996
Local: Istambul, Turquia
Secretariado: Fax: +90 212 280 14 77

4ª Conferência Europeia de Reumatologia Pediátrica

Data: 18 a 21 de Agosto de 1996
Local: Helsínquia, Finlândia
Patrocínio: EULAR
Fax: +358 0 170 122

Curso EULAR: Bases Científicas da Reumatologia

Data: 7 a 10 de Setembro de 1996
Local: Oxford, Reino-Unido
Secretariado: EULAR
+41 1 383 98 10

3º Curso EULAR de Pós-Graduação em Reumatologia

Data: 11 a 15 de Setembro de 1996
Local: Oxford, Reino-Unido
Secretariado: EULAR
+41 1 383 98 10

IX Simpósio EULAR

Data: 7 a 10 de Outubro de 1996
Local: Palácio dos Congressos, Madrid
Secretariado: EULAR '96
Fax: +34 1 457 01 73

60ª Reunião Anual do American College of Rheumatology

Data: 18 a 22 de Outubro de 1996
Local: Orlando, Florida, EUA
Secretariado: ACR
Fax: +1 404 633 1870

I Simpósio PANLAR, II Congresso Centro-Americano, Caribiano e Andino de Reumatologia, IX Congresso Peruano de Reumatologia

Data: 20 a 24 de Novembro de 1996
Local: Lima, Peru
Secretariado: Fax: +51 1 446 1323

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A Acta Reumatológica Portuguesa publica artigos originais sobre todos os temas da reumatologia ou com ela relacionados. São também publicados artigos de revisão ou actualização, casos clínicos, cartas ao editor e outros que se incluam na estrutura editorial da revista (notícias de reuniões e das sociedades científicas, por ex.).

Os artigos podem ser redigidos em português ou inglês.

As opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade da revista, não podendo ser reproduzidos, no todo ou em parte, sem autorização dos editores.

A aceitação dos originais enviados para publicação é sempre condicionada a avaliação pelos consultores editoriais. Nesta avaliação os artigos poderão ser:

- a) aceites sem alterações;
- b) aceites após modificações propostas pelos consultores;
- c) recusados

Em todos os casos os pareceres dos consultores serão integralmente comunicados aos autores.

Instruções aos Autores

Todos os manuscritos que não estejam em conformidade com as instruções que se seguem podem ser enviados para modificações antes de serem revistos pelos consultores.

Todos os trabalhos devem ser enviados para
Editor
Acta Reumatológica Portuguesa
R. D. Estefânia, 177-1º D.
1000 Lisboa

Os manuscritos devem ser acompanhados de declaração de originalidade e de cedência dos direitos de propriedade do artigo, assinada por todos os autores, conforme minuta publicada em anexo.

O texto deve ser dactilografado em folhas A-4, a dois espaços com margens não inferiores a 2,5 cm. Todas as páginas devem ser numeradas. Os manuscritos devem ser enviados em triplicado, bem como os quadros e as figuras.

O manuscrito deve ser organizado da seguinte forma:

- a) *Página título* (pag. 1)

Título; nome dos autores; categoria profissional; serviços ou organismos onde os autores exerçam a sua actividade e onde o trabalho foi executado; subsídios ou bolsas que contribuíram para a realização do trabalho; morada e telefones do autor res-

ponsável pela correspondência e contactos com os editores; título breve para rodapé.

- b) *Resumo* (pag. 2)

Resumo em português e inglês, que para os artigos originais deve ser estruturado da seguinte forma: Objectivos, Material e Métodos, Resultados, Conclusões. O resumo dos artigos originais não deve exceder as 250 palavras e o dos casos clínicos as 150 palavras.

- c) *Palavras-chave* (pag. 2)

Um máximo de 5 palavras-chave que devem ser apresentadas imediatamente a seguir ao resumo.

- d) *Texto* (pág. 3 e seguintes)

O texto dos artigos originais deve ser apresentado com os seguintes subtítulos: Introdução, Objectivos, Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos, Bibliografia.

Em se tratando de casos clínicos os subtítulos serão: Introdução, Caso clínico, Discussão, Bibliografia.

A partir da segunda página, inclusivê, todas as páginas devem ter em rodapé o título breve indicado na página título.

O manuscrito não deve ultrapassar as 20 páginas para os artigos originais e revisões e as 6 páginas para os casos clínicos.

Referências: As referências devem ser classificadas e numeradas por ordem de entrada no texto. As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo Index Medicus.

Nas referências com 6 ou menos autores todos devem ser nomeados. Nas referências com 7 ou mais autores devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de et al.

Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências:

Revista

Nome(s) e iniciais do(s) autores. Título do artigo. Nome da revista Ano; Volume: Páginas.

Ex.: Hill J, Bird HA, Hopkins R, Lawton C, Wright V. Survey of satisfaction with care in a rheumatology outpatient clinic. *Ann Rheum Dis* 1992; 51: 195-197

Capítulo de livro

Nome(s) e iniciais do(s) autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: Nome(s) e iniciais do(s) editor(es) médicos. Título do livro. Cidade: Nome da casa editora, ano de publicação: primeira e última página do capítulo.

Ex.: Stewart AF. Hypercalcemia resulting from medications. In: Favus MJ, ed. *Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorder of Mineral Metabolism*. New York: Raven Press, 1993: 177-178

Livro

Nome(s) e iniciais do(s) autor(es). Título do livro. Cidade: Nome da casa editora, ano de publicação: página(s).

Ex.: Lorig K. Patient Education. A practical approach. St. Louis: Mosby-Year Book, 1992: 51

As referências a trabalhos ainda não publicados, comunicações em reuniões, não publicadas em livros de resumos, ou comunicações pessoais devem ser citadas no texto e não como referências formais.

A exactidão e o rigor das referências são da responsabilidade do autor.

Quadros: Os quadros a inserir devem ser assinalados no texto em numeração romana. Cada quadro deverá ser apresentado em folha separada, dactilografado a 2 espaços. Na parte superior devem apresentar um título sucinto mas informativo, de modo a poder ser compreendido sem recurso ao texto. Na parte inferior do quadro deve constar a explicação das abreviaturas utilizadas. Nos quadros devem ser evitados os traços verticais e os traços horizontais devem servir apenas como separadores de títulos e subtítulos.

Figuras: As figuras a inserir devem ser assinadas no texto em numeração árabe. As legendas das figuras devem ser dactilografadas a dois espaços numa folha separada, depois da bibliografia. Devem ser enviados três originais das figuras, que deverão apresentar uma boa qualidade de desenho ou serem feitas em impressora de alta resolução. As fotografias devem ser em papel brilhante, bem contrastado, com as dimensões 10x15 cm. Todas as figuras devem apresentar no verso uma etiqueta autocolante com o número da figura, o nome do 1º autor, o título breve do artigo e a indicação da parte superior da figura.

O total de quadros e figuras não deve ultrapassar os 8 para os artigos originais e os 4 para os casos clínicos. As figuras coloridas ou os quadros e figuras em excesso dos referidos poderão ser aceites para publicação, mas a expensas dos autores.

Modificações e revisões: No caso da aceitação do artigo ser condicionada a modificações estas deverão ser feitas pelos autores no prazo de quinze dias.

As provas tipográficas serão enviadas aos autores contendo a indicação do prazo para revisão consoante as necessidades editoriais da revista.

Editoriais: A maioria dos editoriais será solicitada pelo Editor. Os editoriais serão comentários sobre tópicos actuais ou sobre artigos publicados na revista. O texto dos editoriais não deve exceder as 1200 palavras, um máximo de 15 referências e não deve conter quadros ou figuras.

Artigos de revisão: Estes artigos serão habitualmente encomendados pelo Editor. No entanto os autores interessados em apresentar um artigo de revisão podem contactar com o Editor para discussão dos tópicos a apresentar.

Cartas ao Editor: As cartas ao editor devem constituir um comentário crítico a um artigo da revista ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 600 palavras, uma figura ou quadro, e um máximo de 10 referências bibliográficas.

Separatas: De cada artigo serão enviadas 20 separatas gratuitas aos autores. Caso desejem mais separatas os autores podem solicitá-las, a suas expensas, aquando da revisão tipográfica.

Minuta da carta a enviar ao Editor

Enviar este documento com o manuscrito para Editor
Acta Reumatológica Portuguesa
R. D. Estefânia, 177-1º D.
1000 Lisboa

Os autor(es) certificam que o manuscrito intitulado:

é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s) autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum copyright ou não viola nenhum direito da privacidade, que não foi publicado em parte ou no todo e que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os autores têm o direito ao copyright.

Todos os autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da parte de qualquer dos autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os autores, ao submeterem o trabalho para publicação, transferem para a Acta Reumatológica Portuguesa todos os direitos e interesses do copyright do artigo.

Todos os autores devem assinar

Data _____
Nome (maiúsculas) _____
Assinatura _____

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

The *Acta Reumatologica Portuguesa* publishes original articles, reviews and case reports on all subjects related to rheumatology.

The articles can be written in portuguese or in english.

The written opinions are of the exclusive responsibility of the author. Published articles will remain property of the journal and can not be reproduced, as a whole or as a part, without the authorization of the editor.

The acceptance of the articles is subjected to the evaluation of the editorial board. Articles may be: a) accepted without changes; b) accepted after modifications suggested by the board; c) refused.

Manuscripts not in accordance with the instructions may be sent for modification before review by the editorial board.

All manuscripts must be sent to:
Editor
Acta Reumatológica Portuguesa
R. D. Estefânia, 177 - 1º D
1000 Lisboa - Portugal

Manuscripts must be accompanied by a submittal letter, signed by all authors, stating the name of the article, that it is an original work, that the authors held the copyright of the manuscript, that it does not represent any conflict of interest, and that they transfer the copyright to the journal.

Text should be typed double-spaced on only one side of A4 size paper sheets with 1-inch margins. All pages must be sequentially numbered. Manuscripts, tables and figures must be submitted in triplicate.

Manuscripts should be organized as explained below:

a) Title page (page 1)

Title; authors' names and degrees; institutions represented; source of grants support; address and telephone number of the author responsible for communications with the editor and reprints; sort title for footnote.

b) Abstract (page 2)

Abstract in portuguese and in english structured as follows for the original articles: Objectives; Patients and Methods; Results; Conclusions. The abstract should not exceed 250 words for original articles and 150 words for case reports.

c) Keywords (page 2)

A maximum of 5 keywords should be presented after the abstract.

d) Text (page 3 and following pages)

The text of the original works should be presented with the following subtitles: Introduction,

Objectives, Patients and methods, Results, Conclusions, Acknowledgments, References. Subtitles for case reports should be: Introduction, Case report, Discussion, References.

From the second page on all pages should have a sort title on footnote.

Manuscripts should not exceed 20 pages for original articles and reviews and 6 pages for case reports.

References: References should be cited by the numerical system and listed in the order cited in the text. Journal titles are abbreviated in accordance with the style of Index Medicus.

List all authors when 6 or less; when 7 or more list only first 6 and add et al.

References of unpublished work or presentations or personal observations should be inserted in the text (in parenthesis).

Authors are responsible for the accuracy of the references.

Examples:

Journal article

Name(s) and initials of author(s). Article title. Journal name Year; Volume or number: Page(s)

Ex: Hill J, Bird HA, Hopkins R, Lawton C, Wright V. Survey of satisfaction with care in a rheumatology outpatient clinic: *Ann Rheum Dis* 1992; 51: 195-197

Chapter in Book

Name(s) and initials of author(s) of chapter. Chapter title. In: Name(s) and initials of editor(s). Book title. City: Name of publisher, year of publication: pages

Ex: Stewart AF. Hypercalcemia resulting from medications. In: Favus MD, ed *Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders of Mineral Metabolism*. New York: Raven Press, 1993: 177-178

Book

Name(s) and initials of author(s). Book title. City: Name of publisher, year of publication: page(s).

Ex: Lorig K. *Patient Education. A practical approach*. St Louis: Mosby-Year Book, 1992: 51

Tables: Tables should be cited in the text with Roman numerals. Each table should be double-typed on a separate sheet, have a title and contain no vertical rulers. Horizontal lines should be used only as separators between titles and subtitles. Explain all abbreviations at the bottom.

Figures: Cite each figure in the text in consecutive order using Arabic numerals. Legends should be listed on a separate sheet, double-typed. Send three copies of each figure. Figures should be professional drawn and photographed. Photographs should be 10x15 cm and on the back should be labelled with the number, article title, first author name, and have top indicated.

The total of figures should not exceed 8 for original articles and 4 for case reports. Coloured illustrations or excess figures may be published with costs charged to the author.

Modifications and proofreading: Articles accepted subject to modifications will be sent to authors that will have 15 days to modify them according to suggestions. Contributors will receive page proofs and are asked to proofread them for printers' errors.

Editorials: Editorials will be requested by the editor and will be comments on important and actual issues or comments on articles published in the journal. Editorials should not exceed 1200 words,

with a maximum of 15 references and no tables or figures.

Review articles: Review articles will be commissioned by the editor. However, authors interested in presenting a review article are welcomed to contact the editor.

Letters: Letters to the editor must be a comment on a journal article or a short clinical study or case report. It can not exceed 600 words, a maximum of 10 references and a table or figure.

Offprints: Authors will be sent 20 offprints free of charge. Additional offprints may be charged to the authors upon request during the proofreading.

I SIMPÓSIO LUSO BRASILEIRO DE REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

V JORNADAS DE REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

30 / 31 MAIO 96

Auditório do Padrão dos Descobrimentos
Av. Brasília - Lisboa

Organização:

Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Presidente:

J. A. Melo Gomes

Vice-Presidente:

Maria Odete Esteves Hilário (São Paulo - Brasil)

Secretários:

Manuela Costa (HSM), Manuela Micaelo (IPR), Rui André Santos (HMP)

PROGRAMA CIENTÍFICO

Quinta-feira - 30 de Maio de 1996

09.00-09.30 h - SESSÃO DE ABERTURA

*J. A. Melo Gomes, Maria Odete Hilário,
Sara de Freitas e Nicolau da Fonseca*

09.00-11.00 h - Mesa Redonda - **Formas Oligoarticulares e Poliarticulares de Artrite Juvenil (desmembramento nosológico).**

Presidente: Sheila Knupp Feitosa de Oliveira

Moderador: J. A. Melo Gomes

- **Oligoartrite com Uveíte e ANA +** - Blanca Bica
- **Espondiloartropatias Juvenis** - Manuela Micaelo
- **Poliartrites Juvenis** - Maria José Vieira
- **Oligoartrite benigna indiferenciada** - Adriano Neto

11.00-11.30 h - Mesa Redonda - **Forma Sistémica de Artrite Crónica Juvenil (Doença de Still)**

Presidente: Nicolau Fonseca

Moderador: Maria José Vieira

- **Manifestações articulares** - Sheila Knupp Feitosa de Oliveira
- **Manifestações extra-articulares** - Fernando Pimentel
- **Marcadores de Prognóstico** - Maria Helena Kiss
- **Nova classificação das Artrites Juvenis** - J. A. Melo Gomes

15.00-16.30 h - **Avaliação de Artrite Crónica Juvenil**

Presidente: Sara de Freitas

Moderador: Ana Maria José Santos

- **Questionários de Auto Avaliação** - Cláudio Len
- **Medidas Clínicas e objectivas de actividade** - Maria Odete Hilário
- **Avaliação Laboratorial de actividade de doença** - José Goldenberg

17.00-18.30 h - **Comunicações Livres**

Presidente: Alberto Quintal

Moderador: J. C. Teixeira da Costa

Sexta-feira - 31 de Maio de 1996

09.00-11.00 h - Mesa Redonda - **Lupus Eritematoso Sistémico Juvenil**

Presidente: José Goldenberg

Moderador: Blanca Bica

- **Manifestações articulares e cutâneo-mucosas** - Maria José Santos
- **Manifestações Renais** - M. Viana Queiroz
- **Manifestações do SNC** - Maria Odete Hilário
- **Manifestações Cardíacas** - Cláudio Len

11.30-13.00 h - **Miscelânea**

Presidente: Maria Helena Kiss

Moderador: Cláudio Len

- **Síndrome de Hiper mobilidade articular benigna** - Manuela Costa
- **Esclerose e síndromas aparentados** - Maria Helena Kiss
- **Vasculites necrosantes** - Blanca Bica
- **Febre Reumática** - José Goldenberg

15.00-16.30 h - **Osteoporose Juvenil**

Presidente: Adriano Neto

Moderador: Manuela Costa

- **Marcadores Bioquímicos do metabolismo ósseo** - Elisabeth Melo Gomes
- **Densitometria óssea na adolescência** - Rui André Santos
- **Osteoporose idiopática Juvenil** - Sheila Knupp Feitosa de Oliveira
- **Osteoporoses iatrogénicas** - Lúcia Costa e Sara de Freitas

17.00-18.30 h - **Tratamento dos Reumatismos Juvenis**

Presidente: J. A. Melo Gomes e Maria Odete Hilário

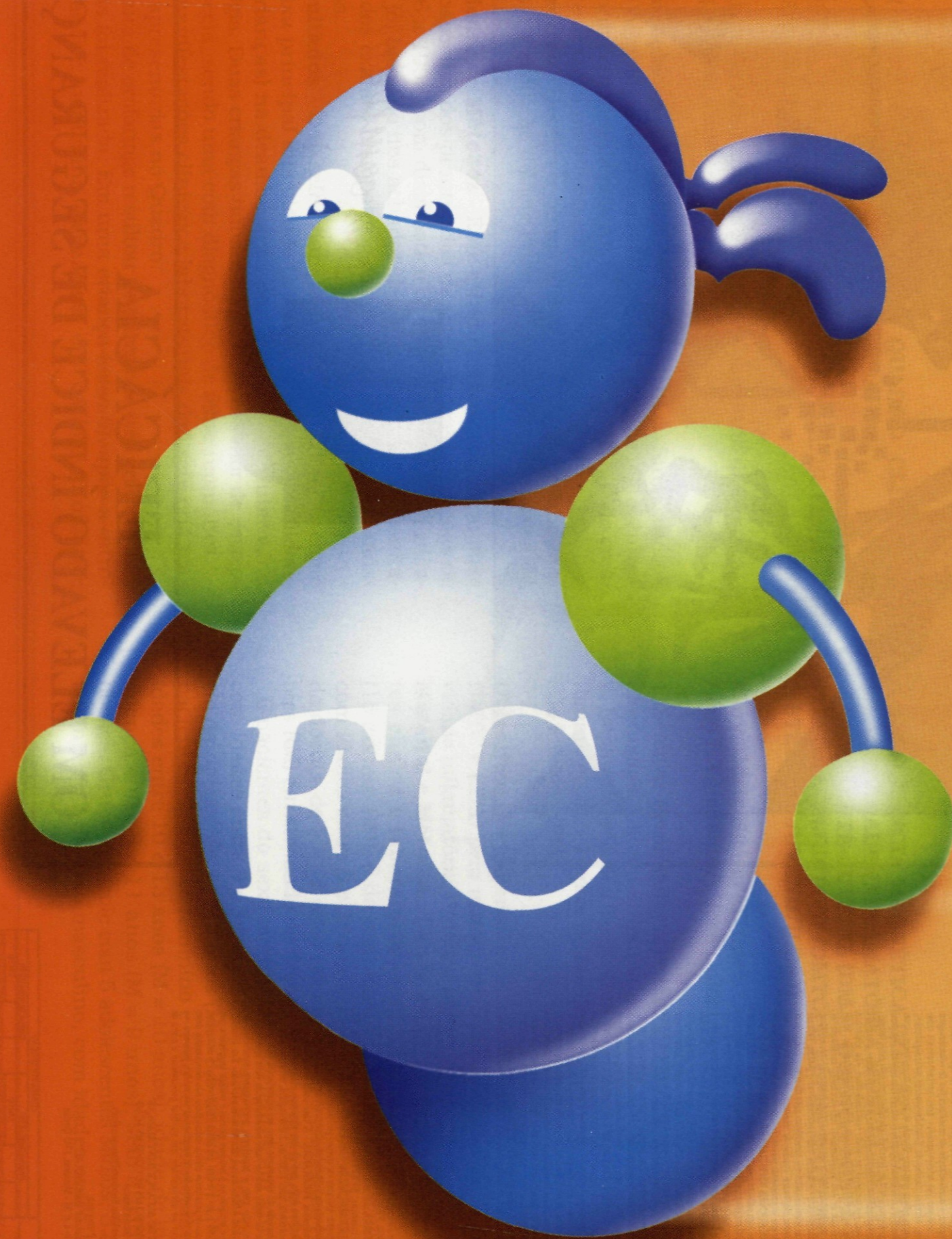
- **Artrite Crónica Juvenil** - Helena Santos e J. A. Melo Gomes
- **Lupus Eritematoso Sistémico** - Cláudio Len e Maria Odete Hilário
- **Prevenção de Osteoporose iatrogénica** - Blanca Bica
- **Espondiloartropatias Juvenis** - Sheila Knupp Feitosa de Oliveira
- **Esclerodermia e síndromas aparentados** - Maria Helena Kiss
- **Febre Reumática** - José Goldenberg

PATROCÍNIOS

SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA
CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA

APOIOS

CIBA-GEIGY PORTUGUESA
HOECHST - MARION - ROUSSEL
LABORATÓRIOS DELTA
LABORATÓRIOS KNOLL
LABORATÓRIOS PROBIOS
LABORATÓRIOS SEARLE
MERCK SHARP & DOHME
PRODUTOS SANDOZ, LDA.



Naprosyn® EC

(naproxen)

O Desafio

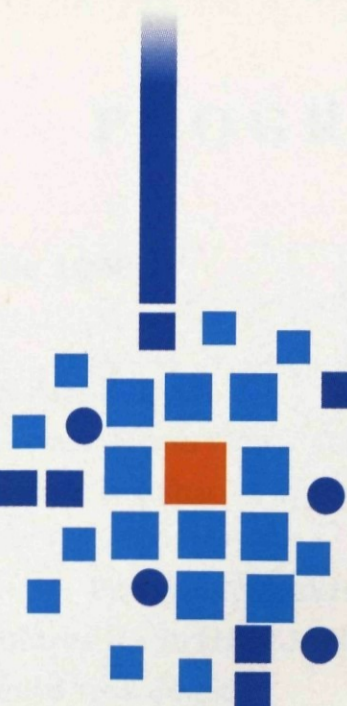
Apresentação e preços (IVA incluído)	P.V.P.*	Regime Geral			Regime Especial		
		Comp.	Estado	Utente	Comp.	Estado	Utente
Embalagem 20 comp. E.C. 500 mg	1.715\$00	70%	1.201\$00	514\$00	85%	1.458\$00	257\$00
Embalagem 60 comp. E.C. 500 mg	4.373\$00	70%	3.061\$00	1.312\$00	85%	3.717\$00	656\$00



JANSSEN-CILAG

FARMACÊUTICA, Lda.
Campo Grande, 28, 1º D, 1700 Lisboa

Mat. na Cons. do Reg. Com. de Lisboa sob o nº 21 072 Capital Social 540 000 000\$00 - Nº de Contribuinte 500 189 412



Balmox[®]

nabumetona

Balmox[®]
nabumetona

SUMÁRIO TÉCNICO

APRESENTAÇÃO - Comprimidos Revestidos - Embalagens de 10 e de 60 comprimidos revestidos, doseados a 500 mg de nabumetona. **Comprimidos Dispersíveis** - Embalagens de 60 comprimidos dispersíveis doseados a 500 mg de nabumetona. - Embalagens de 30 comprimidos dispersíveis doseados a 1 g de nabumetona. - **Xarope** - Embalagens de 200 ml, cada 5 ml contém 500 mg de nabumetona. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS** - BALMOX está indicado para tratamento agudo e crónico dos sintomas e sinais de osteoartrite e de artrite reumatóide. BALMOX está igualmente indicado numa série de situações que requerem terapêutica anti-inflamatória, incluindo afecções agudas peri-articulares e musculoesqueléticas: bursites, tendinites, sinovites, espondilite, tenossinovites, periartrite do ombro, distensões articulares e musculares, lesões desportivas. **CONTRA-INDICAÇÕES** - BALMOX não deve ser administrado a doentes que previamente tenham tido manifestações de hipersensibilidade ao fármaco. BALMOX também não deve ser administrado a doentes que tiveram asma, urticária ou outras manifestações alérgicas, na sequência da administração de salicilatos ou de outros anti-inflamatórios não esteróides. Tal como acontece com todos os outros AINES, antes de prescrever nabumetona a doentes com insuficiência hepática grave (p.e. cirrose) devem avaliar-se os possíveis benefícios contra os potenciais riscos. Os doentes com sintomas e/ou sinais de insuficiência hepática devem ser monitorizados para despiste de eventual agravamento no decurso da terapêutica com nabumetona. Nesta situação deve suspender-se a terapêutica com nabumetona. **EFEITOS ADVERSOS** - BALMOX é, em regra bem tolerado, os efeitos adversos são geralmente ligeiros e incluem: diarreia, dispênia, náuseas, obstipação, dor abdominal, flatulência, cefaleias, tonturas e sedação. Nos ensaios clínicos em que se utilizaram doses superiores a 1 g, não se verificou um aumento da incidência de efeitos adversos. A nefrototoxicidade é um efeito adverso que tem sido atribuído aos AINES, estando descritos casos de nefrite intersticial, síndrome nefrótica e insuficiência renal associados à sua administração. Contudo, quer nos ensaios clínicos, quer nos estudos de farmacovigilância pós-comercialização efectuados com BALMOX, só muito raramente foram referidas alterações renais. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS E OUTRAS** - A administração concomitante de BALMOX e de alimentos ou de leite acelera a absorção do fármaco, mantendo-se, contudo, inalterada a quantidade total do metabolito activo da nabumetona no plasma. Devido à sua grande afinidade para as proteínas plasmáticas, a nabumetona pode eventualmente deslocar outros fármacos que também se liguem a essas proteínas, o que implica a monitorização de manifestações de sobredosagem desses fármacos, sempre que administrados concomitantemente com nabumetona. Assim, doentes recebendo simultaneamente anticoagulantes, sulfonilureias, ou outras drogas com taxa elevada de ligação às proteínas, como por exemplo, sulfonamidas e hidantoínas, devem ser cuidadosamente vigiados, para detecção de quaisquer sinais de possível sobredosagem com estas drogas. A administração concomitante de nabumetona e de antiácidos contendo alumínio, cimetidina, paracetamol ou ácido acetilsalicílico, não afectou a biodisponibilidade do principal metabolito activo da nabumetona. É do conhecimento geral que os anti-inflamatórios não esteróides aumentam as concentrações dos digitálicos, lítio e metotrexato, podem reduzir a eficácia terapêutica dos diuréticos e fármacos anti-hipertensores e podem induzir hipercalemia quando administrados em simultâneo com diuréticos poupadores de potássio. Não foram efectuados estudos de interacção da nabumetona com esses fármacos pelo que se recomenda precaução aquando da sua administração concomitante. **PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO** - No decurso dos ensaios clínicos com nabumetona, cuja duração oscilou entre vários meses e oito anos, ocorreram úlceras sintomáticas do tracto digestivo superior, hemorragia digestiva macroscópica e perfuração em cerca de 0.3% dos doentes tratados durante 3 a 6 meses, em cerca de 0.5% dos doentes tratados durante 1 ano e em 0.8% dos doentes tratados durante 2 anos. Embora estes números sejam inferiores aos atribuídos a outros AINES, os médicos devem estar alertados para a possibilidade da ocorrência de úlcera péptica, hemorragia digestiva ou perfuração, mesmo em doentes sem história prévia de doença ulcerosa. Em doentes com úlcera péptica em actividade, ao iniciar terapêutica com nabumetona, devem ponderar-se os benefícios contra os potenciais riscos, instituir terapêutica anti-ulcerosa adequada e monitorizar cuidadosamente a evolução dos doentes. Nos doentes com insuficiência renal não é, em regra, necessário ajustar a posologia. Contudo, tal como acontece com todos os AINES, a monitorização dos doentes com insuficiência renal grave deve ser mais rigorosa do que a de doentes com função renal normal. Alguns doentes medicados com nabumetona têm referido o aparecimento de edema periférico, pelo que o fármaco deve ser prescrito com precaução em doentes com retenção hídrica, hipertensão arterial ou insuficiência cardíaca. Devem ser submetidos a exame oftalmológico os doentes que medicados com nabumetona (tal como com todos os AINES) surjam com visão embaçada ou diminuição da acuidade visual. **CATEGORIA FARMACO-TERAPÉUTICA** - Medicamento anti-reumático - anti-inflamatório não esteróide. **UTILIZAÇÃO DURANTE A GRAVIDEZ** - Embora não se tenham observado efeitos adversos nos estudos de teratogenicidade, fertilidade e reprodução, a nabumetona não deve ser prescrita durante a gravidez e aleitamento, a não ser que os possíveis benefícios superem os potenciais riscos para o feto ou lactente. A nabumetona não deve ser administrada no decurso do 3º trimestre da gravidez pelos efeitos atribuídos aos inibidores da síntese das prostaglandinas, quer no encerramento do canal arterial (humanos), quer na distócia e atraso no parto (animais). **UTILIZAÇÃO NO IDOSO** - Para a mesma dosagem, o perfil de eficácia e de efeitos adversos da nabumetona no idoso é sobreponível ao da população geral. **UTILIZAÇÃO EM PEDIATRIA** - Os dados existentes relativamente à utilização de BALMOX em pediatria são insuficientes para permitir a sua administração a crianças. **EFEITOS SOBRE A CAPACIDADE DE CONDUÇÃO E UTILIZAÇÃO DE MÁQUINAS (sedação e sonolência)** - No caso de ocorrerem tonturas ou outras perturbações do SNC durante a administração da nabumetona, o doente não deve conduzir veículos automóveis nem operar com máquinas. **POSOLOGIA** - A dose usual recomendada é de 1.000 mg/dia numa toma única, com ou sem alimentos. A dosagem pode ser aumentada, se necessário, para 1.500 ou 2.000 mg/dia, em toma única ou fraccionadas. A duração do tratamento deve ser estabelecida pelo médico assistente. No caso de omitir uma ou mais administrações, deve prosseguir o tratamento de acordo com a posologia previamente estabelecida. **SOBREDOSAGEM** - Não existe antídoto específico. Em caso de sobredosagem, deve proceder-se à lavagem gástrica e instituir terapêutica com carvão activado (60 g por via oral em doses fraccionadas) e de suporte. **AVISOS** - No caso de ocorrerem efeitos indesejáveis não mencionados neste folheto informativo, deve referi-los de imediato ao seu médico assistente. - BALMOX não deve ser administrado sem verificar previamente o prazo de validade.

MANTER FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS
PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO
Manter em lugar seco e fresco.
Fabricado por: SmithKline Beecham Pharmaceuticals
Crawley - Inglaterra
Para - Beecham Portuguesa
Produtos Farmacêuticos e Químicos, Lda.
Rua Sebastião e Silva, nº 56 - Massamá, 2745 Queluz

O 1º AINE NÃO ACÍDICO



*Dois comprimidos
à noite*

EFICÁCIA

COM ELEVADO ÍNDICE DE SEGURANÇA

BALMOX*	PVP**	COMPARTICIPAÇÃO							
		Regime Geral (70%)				Regime Especial (85%)			
		CMTD		CMTD		CMTD		CMTD	
ESTADO	UTENTE	ESTADO	UTENTE	ESTADO	UTENTE	ESTADO	UTENTE		
500 mg	736500	515500	221500	103500	44520	626500	110500	125520	22500
10 comp.	4298500	3009500	1289500	100530	43500	3653500	645500	121580	21550

* IVA incluído à taxa de 5%

Beecham Portuguesa
Produtos Farmacêuticos e Químicos, Lda.
Capital Social 65.000.000\$00 - C.R.C. Sintra - Matrícula nº4428 Pls. 12-V5 Livro C12 - Cont. nº 500.322.708

© Beecham Portuguesa
Uma Companhia **SmithKline Beecham**

RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES LIVRES

INFECÇÃO VERTEBRAL NA CRIANÇA

M. Manuela Costa, Jorge Mineiro, Telles de Freitas, Rodrigues Gomes.

Unidade de Reumatologia e Serviço de Ortopedia, Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal.

Sete crianças com diagnóstico de Infecção Vertebral, no período de 1980 a 1995, são estudadas retrospectivamente.

O estudo incluiu 4 rapazes e 3 raparigas, com uma idade variando entre os 9 meses e os 10 anos. Os sintomas iniciais foram inespecíficos, contudo houve um predomínio das alterações da marcha e a raquiálgia. O aumento da velocidade de sedimentação, da proteína C-reativa e do leucograma verificou-se em todos os doentes. A variabilidade do quadro clínico e a inespecificidade das anomalias laboratoriais foram um dos factores responsáveis pelo atraso de diagnóstico que variou entre 3 e 12 semanas. A tuberculose vertebral não diferiu nas formas de apresentação da espondilodiscite bacteriana, no entanto teve uma evolução agressiva, com grave destruição óssea condicionando deformidade vertebral. A radiologia convencional revelou anomalias em apenas 3 dos 7 doentes. A RMN demonstrou alterações de sinal do disco e dos corpos vertebrais contíguos em todos os doentes, nomeadamente naqueles com um radiograma da coluna sem alterações. Todos os doentes fizeram terapêutica antibiótica ou tuberculostática, associada a imobilização.

Após um follow-up médio de 24 meses apenas os casos de espondilodiscite persistem com a deformidade vertebral, todos os outros doentes tiveram uma evolução favorável, sem recidivas.

PAN CUTÂNEA NA INFÂNCIA: QUADRO CLÍNICO E POSSÍVEL CORRELAÇÃO ETIOLÓGICA

MHB Kiss, CAA Silva, T Sogabe, LMA Arruda, BL Liphhaus, LM Araújo, CHM Silva

Unidade de Reumatologia Pediátrica - Instituto da Criança - Hospital das Clínicas - FMUSP

Introdução - A possibilidade de participação do Streptococcus beta hemolítico do grupo A nos mecanismos etiopatogénicos da forma cutânea da poliarterite nodosa vem merecendo crescente atenção na literatura.

Objectivo - Descrever as manifestações clínicas e laboratoriais e a evolução de sete crianças com a forma cutânea da PAN.

Pacientes e Métodos - Este estudo foi baseado na análise retrospectiva dos prontuários de sete crianças, atendidas de 1986 a 1995, com diagnóstico de PAN cutânea. O diagnóstico foi baseado nos achados de exame físico e nos resultados dos exames histopatológicos das biópsias de pele e músculos.

Resultados - Das sete crianças, três apresentavam como queixa principal dificuldade (1 criança) ou impossibilidade (2 crianças) na deambulação por fraqueza muscular e/ou mialgia. Duas crianças tinham diagnóstico anterior de streptococcia, sendo uma com diagnóstico de febre reumática. As manifestações clínicas e laboratoriais das sete crianças são apresentadas no Quadro.

Cultura de orofaringe resultou negativa nas três crianças nas quais foi realizada. Em uma criança (caso 6), após a introdução de penicilina benzatina em carácter profilático

(1 200 000U a cada 21 dias), não foram observadas novas recorrências da doença.

IDADE	2a10m	6a	6a	8a	10a	7a	6a
SEXO	M	F	M	F	F	M	M
FEBRE	+	+	+	+	+	+	+
ARTRITE/ ARTRALGIA	-	-	+	+	+	+	+
NÓDULOS SUBCUTÂNEOS	-	+	+	+	+	+	-
ULCERAÇÕES	+	-	-	-	+	-	-
LIVEDO	-	-	-	+	-	+	+
NEURITE	-	-	-	-	-	-	-
RAYNAUD	-	-	-	-	-	-	-
RASH	-	-	+	+	+	+	-
RECORRÊNCIA (N)	0	1	0	2	0	3	-
VHS(mm/h)	50	61	52	55	84	57	36
ASLOU(Todd)	250	625	500	625	500	4140	250
Hbs-Ag	-	-	-	-	-	-	-
TRATAMENTO (Prednisona, ciclofosfamida)	PD+ CICLO	PD	PD	PD+ CICLO	PD	PD+ CICLO	PD
SEGUIMENTO	6A	2A6M	3A6M	2A6M	3A6M	1A7M	1A7M

Conclusão - A importante associação entre a PAN cutânea e a infecção estreptocócica progressiva, sugere que, pelo menos em alguns casos, a PAN cutânea, a exemplo da febre reumática, possa ser incluída no espectro das complicações pós-streptocócicas.

A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RM) NO DIAGNÓSTICO DA ACTIVIDADE INFLAMATÓRIA MUSCULAR NA DERMATOMIOSITE JUVENIL (DMJ), DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO (DMTC) E LÚPUS ERMATEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL (LESJ)

Maria Odete Hilário¹; Daniela Lutti¹; António S.M. Fonseca¹; Hélio K.Yamashita²; José Goldenberg³; Dirceu Solé¹.

1. Setor de Reumatologia Pediátrica da Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia do Depto. de Pediatria; 2. Departamento de Diagnóstico por Imagem; 3. Disciplina de Reumatologia - Depto. de Medicina Universidade Federal de São Paulo - EPM

Objectivo: Documentar as alterações musculares da DMJ, DMTC e LESJ pelo método de RM e correlacionar com actividade inflamatória clínica e laboratorial.

Material e Métodos: Foram avaliados 3 grupos de pacientes clínica e laboratorialmente. 1º) DMJ - 12 pacientes (15 exames RM), 8 do sexo feminino e 4 do sexo masculino; com idades entre 5 e 16 anos (M = 12 anos); idade de início da doença de 3 a 12 anos (M = 9 anos); 9 pacientes (12 exames RM) em actividade de doença e 3 sem actividade. 2º) LESJ - 6 pacientes do sexo feminino (3 pacientes em actividade); com idades entre 9 e 16 anos (M = 13,5 anos); idade de início da doença de 7 a 12 anos (M = 8,5 anos); 3º) DMTC - 3 pacientes; 2 do sexo feminino e 1 do sexo masculino; com idades entre 10 e 13 anos (M = 10 anos); idade de início da doença entre 8 e 11 anos (M = 9 anos); sem actividade de doença. Grupo-controle com 5 adolescentes saudáveis; 3 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, com idades entre 10 e 14

anos (M = 12 anos). A RM foi realizada com equipamento 1.5 Tesla Philips, Gyroscan HP, release 5.6. A técnica empregada foi spin-eco em T1; DP; T2 e IR. Os 4 grupos musculares analisados foram: glúteos máximos (G), adutores da coxa (A), quadríceps (Q) e flexores da coxa (F). Foram realizadas 29 análises visuais, nas quais foram analisados: intensidade de sinal, balanço bioquímico, edema perimuscular e gordura subcutânea em T2 e atrofia muscular e substituição gordurosa com análise com comparada T1/IR. A análise quantitativa de T2 mensurou a intensidade de sinal do músculo em relação à gordura (M/G).

Resultados: (1) Análise visual: Observamos alterações entre leves e intensas na intensidade de sinal de (G), atrofia muscular (G) (Q) e (F) e substituição gordurosa de (G) e (A) nos grupos de DMJ e LESJ ao relacionar com actividade de doença, porém a sensibilidade foi menor que 72% e a especificidade foi menor que 66% (2) Análise quantitativa: Ao compararmos a relação M/G entre os grupos de pacientes e os controles para cada grupo muscular, notamos aumento estatisticamente significativo ($p < 0.05$) da relação M/G em todos os músculos dos DMJ, nos (G), (Q) e (A) dos DMTC e apenas nos (G) dos LES. Na comparação entre DMJ activas e DMJ não activas, observamos aumento significativo ($p < 0.05$) na relação MG do 1º grupo. Não encontramos alterações significantes desta relação entre os LES ativos comparados aos não ativos.

Conclusões: Neste estudo, a análise visual não demonstrou ser um método sensível para o diagnóstico e avaliação de atividade inflamatória na MJ. Entretanto, a análise quantitativa foi capaz de detectar alterações relacionadas com atividade inflamatória muscular.

OSTEÓLISE MULTICÊNTRICA IDIOPÁTICA

Maria Manuela Costa, Heloisa Santos, Maria José Santos, Teixeira da Costa, Viana de Queiroz.

Unidade de Reumatologia e Serviço de Pediatria do Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal.

A Osteólise Multicêntrica Idiopática é uma doença rara, caracterizada por uma extensa osteólise dos ossos do carpo e do tarso. As manifestações clínicas simulam a artrite do punho e da tibiotársica, mas as alterações radiológicas típicas permitem o diagnóstico.

Os autores descrevem uma menina de 9 anos de idade enviada à nossa consulta com o diagnóstico de Artrite Crônica Juvenil, comprometendo os punhos e a tibiotársica dta, com um ano de evolução.

Os exames radiográficos realizados demonstravam osteólise do carpo, 1º metacarpo, epífise distal do rádio, tarso e 1º metatarso compatíveis com o diagnóstico de Osteólise Multicêntrica Idiopática.

Estão descritas duas formas principais da doença, sendo uma hereditária e outra esporádica na qual o compromisso renal domina o quadro clínico. Esta criança não apresenta lesão renal, manifesta por proteinúria ou hipertensão, nem foi possível identificar um padrão familiar, pelo que provavelmente é uma mutação espontânea.

Os autores discutem a classificação, o diagnóstico diferencial, o tratamento e a história natural.

LESÕES GASTRODUODENAIIS EM CRIANÇAS COM ARTRITE REUMATÓIDE JUVENIL

Cláudio Len¹, Maria Odete E. Hilário¹, Elisabete Kawakami², Delia J. Becker², José Goldenberg³, Charles K. Naspitz¹

(1) Setor de Reumatologia da Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia, (2) Sector de Endoscopia da Disciplina de Gastroenterologia, Departamento de Pediatria, (3) Disciplina de Reumatologia, Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, EPM.

Objetivo: O objetivo do nosso estudo foi o de determinar a frequência de lesões gastrintestinais em pacientes com artrite reumatóide juvenil (ARJ). Foram selecionados consecutivamente pacientes com ARJ no período compreendido entre Agosto de 1994 e Março de 1995.

Material e Métodos: Os pacientes foram avaliados clínica e laboratorialmente e submetidos a endoscopia digestiva alta (EDA) com endoscópio modelo Pentax (FG-24X).

O número de pacientes estudados foi de 17 (10 do sexo masculino e 7 do feminino). A idade de início da doença foi de 6,5 anos, e o tempo médio de evolução foi 4,0 anos. O tipo de início foi poliarticular em 9 pacientes, pauciarticular em 7 e sistêmico em 1. Três pacientes apresentaram classe funcional I, 13 classe funcional II, 1 classe funcional III e 1 classe funcional IV (Classificação do ACR, 1992). Os AINE utilizados foram a indometacina (7 pacientes) e o naproxeno (6 pacientes). Quatro pacientes não estavam fazendo uso de AINE (em remissão). Três pacientes estavam utilizando prednisona e 7, metotrexato.

Resultados: Apenas 3 pacientes relataram sintomas gastrintestinais ("queimação", náuseas e vômitos e dor abdominal) e 2 pacientes referiram história familiar de doença péptica.

Em relação à EDA, 8 pacientes apresentaram anormalidades macroscópicas (4 com gastrite erosiva de antro, 1 com pólipos gástricos, 2 com úlcera gastroduodenal e 1 com gastrite enantematosa). Foi observada gastrite de antro em um paciente que não estava utilizando AINE. Quanto à microscopia, 11 apresentaram gastrite crônica superficial ativa, 5 apresentaram gastrite superficial inativa (sendo 3 sem uso de AINE), 1 mucosa atrófica grau IV - sugestivo de doença celíaca, e um paciente apenas lesões mínimas. A pesquisa de *Helicobacter pylori* foi positiva em 8/17 pacientes, através do método da urease.

Conclusão: Os autores concluíram que as lesões do trato gastrintestinal foram frequentes no grupo estudado, tendo chamado a atenção o baixo índice de sintomas relacionados ao trato digestivo.

ESPECTRO DA ESCLERODERMIA NA INFÂNCIA

MHB Kiss, VL Motinaga, BL Liphhaus, LMA Campos, CAA Silva, LM Araújo, T Sogabe

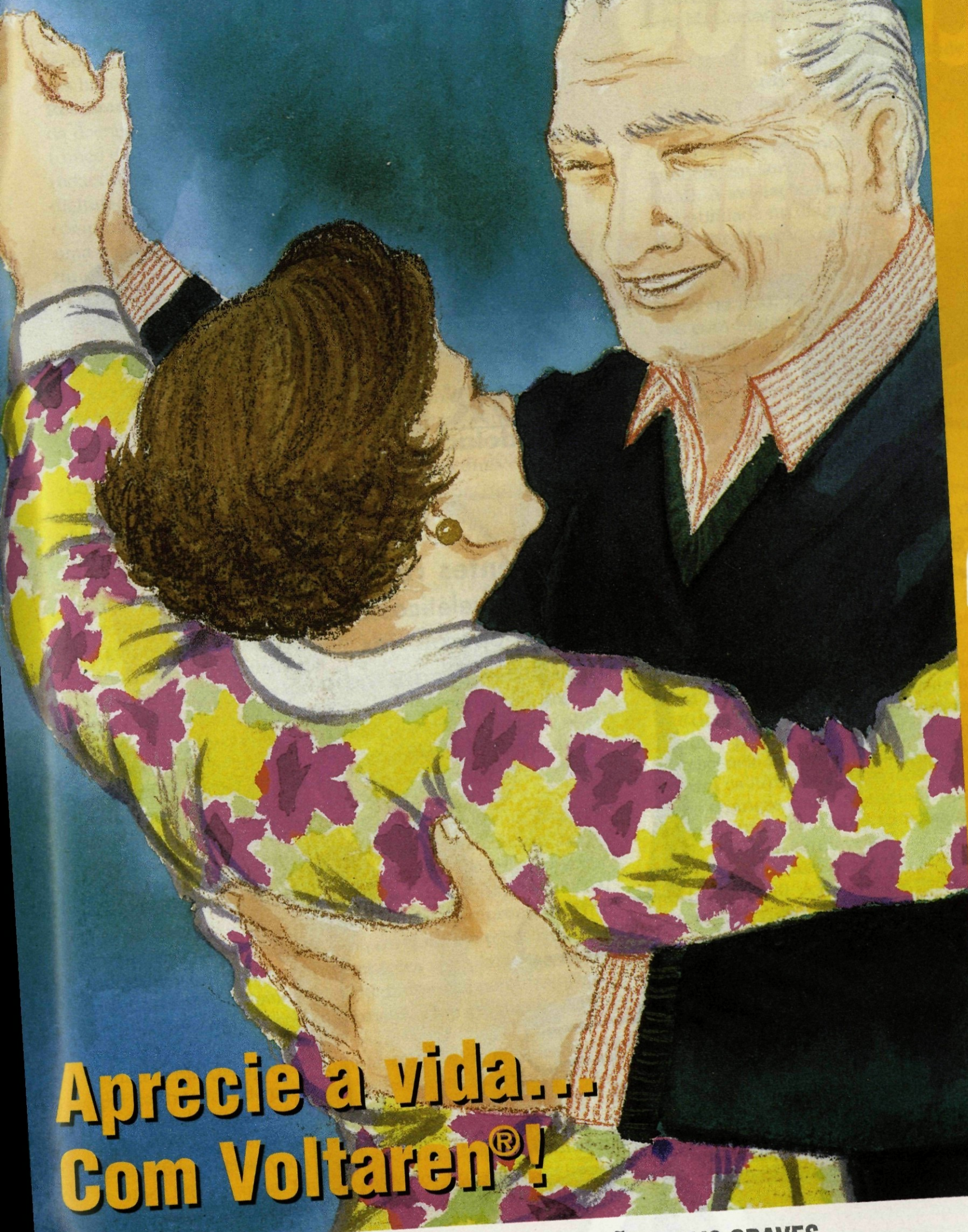
Unidade de Reumatologia Pediátrica - Instituto da Criança - Hospital das Clínicas - FMUSP

Introdução - As várias possibilidades de apresentação clínica da esclerodermia, suas possíveis associações com outras patologias, definidas ou não, podem dificultar a classificação da doença em formas localizadas ou sistêmicas.

Objetivo - Descrever 28 crianças com esclerodermia, ressaltando as dificuldades de classificação em algumas delas.

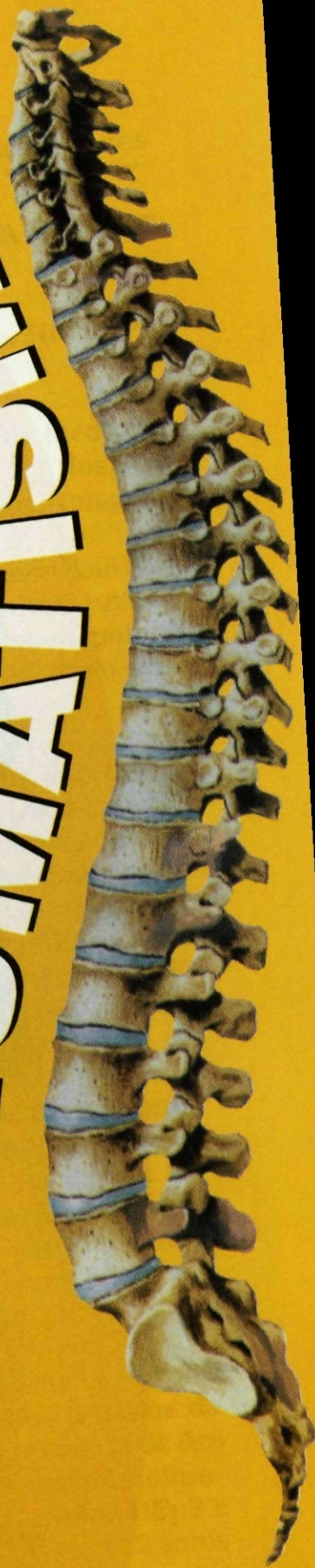
Pacientes e Métodos - Este estudo foi baseado na análise retrospectiva dos prontuários de 28 crianças, atendidas de

Há quanto tempo não dança o tango?



Aprecie a vida... Com Voltaren®!

REUMATISMO



1ª ESCOLHA

**Voltaren
Retard 100**

Geigy

Anti-reumático
Anti-inflamatório

30 drageias de 100 mg

SITUAÇÕES MAIS GRAVES

Voltaren 50 Geigy

Anti-inflamatório

60 drageias resistentes
ao suco gástrico 50 mg

VOLTAREN
Apresentação: Diclofenac sódico: drageias de 50 mg,
drageias de libertação prolongada de 100 mg.
Indicações: Processos inflamatórios e degenerativos de
reumatismo. Alterações músculo esqueléticas agudas.
Gota aguda. Inflamação e tumefacção pós-traumática
e pós-operatória. Estados dolorosos e/ou infla-
matórios em ginecologia, p. ex. dismenorria.
Como adjuvante nas infecções inflamatórias dolorosas
graves do ouvido, nariz ou garganta. (Febre isolada
não é uma indicação).

Posologia: Conforme a indicação, 75-150 mg/dia
(dismenorria até 200 mg).

Contra-indicações: Úlcera péptica, hipersensibilidade
conhecida à substância activa, ao ácido acetilsalicílico,
ou a outros produtos inibidores da prostaglandina-
sintetase.

Precauções: Sintomas/história de doença gastrin-
testinal, insuficiência hepática, cardíaca ou renal. Gravidez.
Porfiria. Uso cauteloso nos doentes idosos. Doentes
com depleção do volume extracelular de qualquer
causa. Doentes a tomarem diuréticos, anticoagulantes,
ou anti-diabéticos. Durante tratamento prolongado,
efectuar exames periódicos da função hepática e
recomendam-se contagens de glóbulos.

Efeitos secundários: Ocasionais: perturbações gastrin-
testinais, cefaleias, tonturas ou vertigens, erupção, ele-
vação das TGO e TOP. Raros: úlcera péptica, hemorragias
gastrointestinal, hepatite, reacções de hipersensi-
bilidade. Em casos isolados: perturbações sensitivas,
eritema multiforme, púrpura, anomalias da função
renal, discrasias sanguíneas.


Informação adicional a pedido da classe médica.

	P.V.P.	EST	UTN.
VOLTAREN 50 20 drag.	938\$	652\$ 792\$	280\$ 140\$
60 drag.	2.280\$	1.596\$ 1.938\$	684\$ 342\$
VOLTAREN RETARD 100 30 drag.	2.293\$	1.605\$ 1.949\$	688\$ 344\$

Os preços incluem 5% de IVA.

ciba

Chegou o novo Campeão

 **ACUDOR**[®]
Etodolac
400 mg

Terapêutica de 1ª linha nos doentes reumáticos

- Afecções reumáticas ou músculo esqueléticos agudas
- Algias Pós-traumáticas e Pós-operatórias.

Dose média eficaz : 400 mg/dia = 1 caps./dia

MEDICAMENTO SUJEITO A PRESCRIÇÃO MÉDICA

P.V.P	R.Geral 70%		R.Esp. 85%		CMTD Regime Geral
	ESTADO	UTENTE	ESTADO	UTENTE	
60 Caps. 4.586\$00	3.210\$00	1.316\$00	3.898\$00	688\$00	22\$90

IVA 5% INCLUIDO



FARMORCORE

Quinta da Francelha de Cima - 2685 - PRIOR VELHO
Tel. : 941 22 74 Busca Automática - Fax: 941 27 87

1984 a 1995, com diagnóstico de esclerodermia, com idades de início entre 8 meses e 16 anos (média- 6a 4m) e relação M:F de 1:4. Os diagnósticos foram baseados nos critérios preliminares para classificação de esclerose sistémica (ACR), nos critérios de Bohan e Peter para dermatopolimiosite e nos achados histopatológicos de biópsias de pele, fáscia, músculo e rins.

Resultados - Três crianças apresentaram a forma sistémica da doença, caracterizada por espessamento cutâneo em face, tronco e regiões proximais dos membros, associado a esclerodactilia em duas, fenómeno de Raynaud nas três, úlceras digitais em uma, calcinose digital em uma, artrite em uma comprometimento esofágico em uma, pulmonar restritivo em uma e cardíaco em uma. Aumento de IgG foi observado em duas crianças e positividade dos ANN em duas (um com padrão nucleolar).

Três crianças apresentaram esclerodermia associada a poli-miosite (escleromiosite), com esclerodactilia e espessamento cutâneo em face nas três, Raynaud em duas, calcinose digital em uma.

Fraqueza muscular proximal, simétrica e enzimas musculares aumentados, de duas a cem vezes o limite superior da normalidade, estiveram presentes em todas. Comprometimento esofágico foi observado em duas crianças, pulmonar em uma e cardíaco em duas. Hipergamaglobulinemia e hiper IgG estiveram presentes em duas crianças, FR foi positivo em uma criança, AAN em duas e anti-SS-A e anti-SS-B em uma.

Formas localizadas da esclerodermia foram observadas em 15 crianças: cinco com morfêia e 10 com forma linear (uma em golpe de sabre). As localizações mais frequentes das lesões cutâneas foram os membros inferiores e superiores. Atrofia cutânea e contraturas estiveram presentes, respectivamente, em 11 e sete crianças, hipo ou hiperpigmentação em 11, fenómeno de Raynaud em cinco, artralgia/artrite em cinco, alterações cardíacas em três. Hipergamaglobulinemia foi observada em oito crianças, hiper IgG em oito, hiper IgE em duas, AAN em quatro e anti-topoisomerase em uma.

Em três crianças não foi possível classificar a forma da esclerodermia, com base nas propostas actuais de classificação (ACR): as três crianças apresentavam esclerose cutânea linear em membros, associada a fenómeno de Raynaud em uma, esclerodactilia e telangetasia em uma. Comprometimento pulmonar foi verificado em uma, cardíaco em três e renal em duas (biópsia renal revelou alterações vasculares em uma e atrofia tubular e glomerulonefrite mesangial na outra). Hiper IgG foi observada em duas crianças, FR + em duas e AAN + em três.

Quatro crianças apresentaram fasciite eosinofílica, traduzida por contraturas de pequenas articulações das mãos, espessamento de fáscia palmar nas quatro, da fáscia plantar em duas, das pernas em uma e da região paravertebral em uma. Eosinofilia foi observada em três crianças, hiper IgG em duas e hiper IgE em uma. Em uma criança houve aparecimento de lesões de esclerodermia linear após dois anos de evolução.

Conclusão - A apresentação clínica da esclerodermia na infância é bastante polimorfa, ressaltando-se a associação entre formas localizadas (cutâneas) da doença e vários tipos de comprometimento visceral, relacionados ou não a esclerodermia. Estes achados sugerem a possibilidade de inúmeras combinações clínicas dentro do espectro delimitado pelas formas cutâneas isoladas em um extremo e as formas sistémicas clássicas em outro.

PERFIL DE ANTICORPOS ANTI-NUCLEARES NA ARTRITE CRÓNICA JUVENIL

1. Abreu*, P. Schmit**, J. A. Melo Gomes***, R. L. Humbel**, J. A. M. Caetano*.

* Serviço de Imunologia, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa; ** Centre Hospitalier de Luxembourg; *** Hospital Militar Principal e Instituto Português de Reumatologia - Lisboa.

Os anticorpos anti-nucleares (AAN) são detectados com frequência em soros de crianças com Artrite Crónica Juvenil (ACJ). A avaliação da sua possível patogenicidade e potencial utilidade no diagnóstico e classificação da ACJ tem sido objectivo de vários estudos.

Alguns deles têm explorado a especificidade dos AAN detectados na ACJ. A presença de auto anticorpos (AAcs) reactivos com histonas (AAH), proteínas não histónicas de alta mobilidade e topoisomerase II tem sido bem documentada. Recentemente foi referida a presença sobretudo no soro de crianças com ACJ de início Pauciarticular (Pauci) de AAcs que reagem com uma proteína de 48 kD (a proteína DEK, expressa pelo putativo oncogene DEK associado com um tipo de leucemia mieloide aguda).

Com o fim de verificarmos se estes AAcs poderão ser considerados marcadores serológicos da ACJ e se terão alguma utilidade na distinção entre os diferentes sub - grupos de início da ACJ, fomos avaliar a sua frequência na ACJ, noutras doenças reumáticas e em crianças saudáveis. Determinámos também a frequência dos AAN e AAH na ACJ e analisámos a associação entre estes AAcs e os anti - DEK.

Para tal, os soros de 58 crianças com ACJ (21 Pauci., 13 Poli.e 24 Sistém.), diagnosticados de acordo com os critérios da EULAR para a ACJ, foram analisados para a presença de Acs anti - DEK por Western - Blotting, de AAN por imunofluorescência indirecta usando como substracto células HEp2 e para os AAH por ELISA, tendo sido comparados com 12 soros de crianças com Espondilartropatia Juvenil (EAJ), 49 soros de doentes com Lupus Eritematoso Sistémico (LES) e 35 soros de crianças saudáveis.

Dos 58 doentes com ACJ, (38%) tinham AAN positivos com título >1:80. A frequência destes Acs em cada sub-grupo foi de 52% nas Pauci, 54% nas Poli e de 17% nas Sistémicas. Os AAH foram detectados em 26% dos doentes sendo a sua frequência de 38% nas Pauci, 38% nas Poli e de 8% nas Sistémicas.

Os Acs anti-DEK encontraram-se mais frequentemente em crianças com ACJ (21%) que nos controlos saudáveis (0%), p<0,01. Contudo, eles foram também detectados em 35% dos LES e em 8% das EAJ. Entre os doentes com ACJ, 33% das Pauci, 38,5% das Poli e 0% das Sistémicas, reagiram com o antigénio (Ag) DEK. Dez dos 12 (83%) soros que reagem com o Ag DEK tinham AAN positivos e 8 dos 12 (67%) anti - DEK positivos tinham AAH.

Da análise dos resultados podemos concluir que a frequência dos Acs anti - DEK nas crianças com ACJ é significativamente diferente (p<0,01) da das crianças saudáveis. A sua prevalência nas ACJ Pauci e Poli, bem como no LES não é significativamente diferente (p>0,5), tendo estes Acs sido também observados em 8% das EAJ. Encontrámos porém diferença significativa (p<0,001) entre ambos os sub-grupos de ACJ, Pauci e Poli e as Sistémicas. Verificámos também uma associação entre os anti - DEK/AAN e anti - DEK/AAH (p<0,001).

Pensamos que por enquanto, estes AAc's não podem ser considerados como marcadores serológicos da ACJ, pois como vimos a sua presença não é específica para a ACJ. A sua maior utilidade parece ser uma melhor diferenciação serológica da forma sistémica de ACJ em relação as restantes formas de início da doença.

ALGONEURODISTROFIA (DISTROFIA SIMPÁTICA REFLEXA) NA CRIANÇA (6 CASOS CLÍNICOS)

Manuel Salgado, Lília Martins, Graça Rocha, Deolindo Pessoa, Nicolau da Fonseca.

Hospital Pediátrico de Coimbra

Rapaz de 12 anos de idade que, na sequência de ligeiro traumatismo da articulação tíbio-társica esquerda, desencadeia um quadro clínico de dor, hiperestesia, amiotrofia, edema, cianose, hipotermia do pé e perna esquerdos, com impotência funcional. O exame radiológico osteo-articular, o Eco-Doppler e os reagentes de fase aguda excluíram respectivamente fratura, patologia vascular e doença infecciosa/inflamatória. A cintigrafia osteo-articular revelou hipofixação do pé e perna esquerda, confirmando o diagnóstico de algoneurodistrofia. Após um mês de calcitonina nasal associado a fisioterapia, ficou assintomático. Três anos depois mantinha-se sem queixas.

Posteriormente observámos mais 5 casos. Apresenta-se o quadro sinoptico dos 6:

Idade: mediana (anos) 10 (9-13)

Sexo: feminino 4

Factor precipitante: não 4

Terreno psicológico: sim 4

Duração prévia das queixas: mediana 21 dias (2 dias a 3 anos)

Forma clínica: "fria" 6

Envolvimento de uma única região peri-articular: 4

Desmineralização regional: 3

Achados cintigráficos: hipofixação 5

Estudo Eco-Doppler: 2 (ambos normais)

Tratamento: fisioterapia 5; calcitonina nasal 4; apoio pedopsiquiátrico 3

Diagnósticos prévios: "Doença de Sever" 2

Recidivas: 2 (também formas "frias")

Duração total da doença: mediana 3,5 meses (1,5 meses a 3,5 anos)

Como mostra esta casuística, ao contrário do adulto, que habitualmente tem formas "quentes", na criança e no adolescente, a algoneurodistrofia manifesta-se mais por um quadro de "isquémia" paradoxalmente associado a alguns dos sinais inflamatórios.

DOENÇA DE KAWASAKI. RELATO DE 52 ANOS

Cláudia Lopes, Blanca Bica, Andrea Goldenzon, Sheila Oliveira, Flávio Sztajn bok

Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira - Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil

A doença de Kawasaki é uma vasculite multissistémica que classicamente predomina em lactentes e pré-escolares prin-

cipalmente do sexo masculino. As complicações mais temidas e com repercussões sobre a morbi-letalidade da doença são aquelas referentes ao sistema cárdio-vascular. Nosso objectivo foi avaliar nossos casos de doença de Kawasaki sob o ponto de vista clínico-laboratorial nos últimos dez anos.

Foram estudadas 52 crianças com o diagnóstico de doença de Kawasaki. A idade no surgimento da doença variou de três meses a 12 anos, havendo predomínio no sexo masculino numa proporção de 5:1. Em relação aos sintomas da doença, todas tiveram febre com duração de 5 a 30 dias, 35 crianças tinham linfadenomegalia, 50 tinham exantema e todas apresentaram alterações de extremidades. Cinquenta crianças tinham lesões de mucosa oral, 38 tinham hiperemia ocular. Apenas 4 crianças apresentaram anormalidades coronárias. Trombocitose foi observada em 42 casos e VHS acelerado em 49 crianças.

Todos os pacientes usaram aspirina e por tratar-se de medicação de alto custo, só foi possível o uso da gamaglobulina endovenosa em um paciente que apresentou dilatação aneurismática em coronária direita.

Concluimos que em nosso estudo a incidência de alterações coronarianas foi menor do que a relatada na literatura sem o uso da gamaglobulina endovenosa. Observamos ainda, uma idade média de início da doença de 4,37 anos, bem maior que a descrita no Japão e América do Norte.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍNDROME SEA

Flávio Sztajn bok, Sheila Oliveira, Paulo Gahyva, Blanca Bica, Teresa Marques

Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), IPPMG-UFRJ - Rio de Janeiro - Brasil

A síndrome da seronegatividade, entesopatia e artropatia (Síndrome SEA) foi descrita em 1982 reunindo crianças e adolescentes em risco para o desenvolvimento de uma espondiloartropatia. Nosso objectivo foi avaliar as características epidemiológicas desta síndrome em nosso meio.

Realizamos um estudo prospectivo de carácter descritivo onde foram analisadas as características epidemiológicas de 36 pacientes que preenchiam os critérios para síndrome SEA, atendidos nos serviços de Reumatologia Pediátrica do NESA-UERJ e IPPMG-UFRJ no período de 1990 a 1994

Os resultados mostraram que 24 pacientes pertenciam ao sexo masculino (66%) e 28 eram pardos (78%). A idade média do início das manifestações músculo-esqueléticas foi de 10 anos e 2 meses e história familiar de alguma doença reumática esteve presente em 12 pacientes (33%). Foram considerados como Síndrome SEA idiopática os 23 pacientes (64%) que não evoluíram para algum tipo de afeção definida durante o tempo de acompanhamento, que foi em média de 4 anos e 1 mês.

Concluimos, portanto, que em nosso meio, a Síndrome SEA tem início mais frequente ao fim da primeira década e início da segunda década de vida, é mais frequente no sexo masculino e tem carácter predominantemente idiopático, não sendo útil, pois, na identificação precoce de crianças e adolescentes em risco para desenvolverem uma espondiloartropatia.

SÍNDROME DO LÚPUS NEONATAL: RELATO DE 3 CASOS

Sheila K.F. Oliveira, Blanca Bica, Flávio Sztajnbnok

Universidade Federal do Rio de Janeiro - Brasil

Introdução - A Síndrome do Lúpus Neonatal é rara e se caracteriza por manifestações cutâneas, cardíacas, hematológicas e hepáticas que decorrem provavelmente da passagem transplacentária de auto-anticorpos da classe IgG, geralmente anti-Ro ou anti-La, da mãe para o feto.

Objectivo - Analisar as características clínicas e laboratoriais que conduziram ao diagnóstico de 3 pacientes e observar o curso da doença.

Metodologia - Descrição dos 3 casos clínicos, considerando a idade, sexo manifestações clínicas, evolução e a presença de doença materna.

Resultados - Duas crianças eram do sexo feminino. Nenhuma das mães tinha recebido o diagnóstico de LES ou outra doença antes do parto.

Entretanto, em todas, o anti-Ro estava presente.

As manifestações cutâneas surgiram nos primeiros dias após o nascimento em todos os pacientes. Dois apresentaram lesões cardíacas, um com bloqueio cardíaco percebido como bradicardia na sala do parto e outro, com CIA. As alterações hematológicas caracterizavam-se por anemia hemolítica (1), trombocitopenia (2) e leucopenia (1). O envolvimento hepático, manifestado por colestase neonatal, descrito em 10% dos casos com a síndrome, foi observado em um paciente.

Conclusão - O pediatra deve estar atento para a possibilidade dessa síndrome no período neonatal, principalmente na vigência de lesões cutâneas, cardíacas, hematológicas e hepáticas, mesmo que a mãe não tenha o diagnóstico de LES.

NOVA CLASSIFICAÇÃO DAS ARTRITES JUVENIS

J. A. Melo Gomes

Assistente Graduado de Reumatologia. Responsável pela Unidade de Reumatologia do Hospital Militar Principal Reumatologista Consultor do Serviço de Pediatria do Hospital Distrital de Faro. Consultor de Reumatologia Pediátrica do Instituto Português de Reumatologia.

Os reumatismos crónicos idiopáticos juvenis, e a sua adequada classificação, têm constituído assunto de acesa controvérsia nos últimos anos, que tem levado Reumatologistas Pediatras de todo o Mundo a tentarem soluções de consenso que permitam uma avaliação adequada de terapêuticas (novas e antigas) numa base multicêntrica, que permita colectarem

grupos homogêneos de doentes, em número elevado.

Efectivamente, os Reumatologistas Pediatras têm vindo a reconhecer com acuidade crescente que aquilo que nos Estados Unidos da América, e no Continente Americano em geral, se designa por Artrite Reumatóide Juvenil (ARJ) e o que na Europa se designa por Artrite Crónica Juvenil (ACJ), não constitui um grupo nosológico (leia-se uma doença) bem definido sendo seguramente um grupo de doenças, distintas nas suas manifestações clínicas, tratamento e prognóstico, que têm em comum o início de artrite de uma ou mais articulações num determinado grupo etário (antes do 16º aniversário), e com duração superior a 3 meses.

A compreensão deste facto levou à reunião, em Santiago do Chile (24-26/09/94) dum grupo de trabalho da International League Against Rheumatism (ILAR) destinado a elaborar e propor novos Critérios de Classificação dos Reumatismos Juvenis.

Estas propostas, não validadas por enquanto, representam uma importante evolução de conceitos, mas falham no reconhecimento de um facto ineludível: *embora com diferenças indiscutíveis na sua expressão clínica, os reumatismos crónicos juvenis têm larga sobreposição com os síndromas que se observam no adulto.*

Em nosso entender, uma classificação adequada destas doenças juvenis deve obedecer aos seguintes pressupostos:

- (1) não esquecer que a maioria dos reumatismos juvenis têm uma doença equivalente na idade adulta;
- (2) enfatizar as diferenças (clínicas, laboratoriais e radiológicas) entre a doença juvenil e a correspondente no adulto;
- (3) identificar os reumatismos da infância sem representação na idade adulta.

Mas, apesar dos avanços verificados, muito se espera ainda do progresso na classificação (que permitirá definir melhor, homogenizar grupos de doentes, e efectuar estudos multicêntricos) e tratamento destes doentes, cujo sofrimento intenso e prolongado deve constituir um estímulo para uma maior cooperação internacional que facilite as vias da melhor compreensão e mais eficaz tratamento(s).

Estas necessidades estiveram na origem da realização da "International Consensus Conference on Defining Improvement in Juvenile Arthritis" e "An International Trials Group in Pediatric Rheumatology: Moving from Wishing to Working", que tiveram lugar em Pavia/Itália, a 18 e 19/5/96, e cujas conclusões serão publicadas oportunamente na Acta Reumatológica Portuguesa.

O que o tempo desgasta... ...a Ciência recupera



viartiril-S[®]

sulfato de glucosamina

A glucosamina é o componente principal do VIARTRIL-S. Esta substância tem actividade metabólica artrotrófica, estimulando o metabolismo anabólico dos tecidos osteocartilagueos e melhora as propriedades lubrificantes do líquido sinovial. O VIARTRIL-S possui uma eficácia particular em todas as formas de doenças osteoarticulares degenerativas, como a artrose e a osteoartrite, tanto subaguda como crónica. O VIARTRIL-S proporciona um tratamento causal (e não sintomático) e os seus efeitos terapêuticos só se podem apreciar depois de uma semana após o seu início; assim, em casos de dor intensa, aconselha-se a associação de um medicamento anti-inflamatório, durante os primeiros dias da administração. **INDICAÇÕES:** Todas as formas de doença osteoarticular degenerativa. **POSOLOGIA MÉDIA:** A) quando a sintomatologia artrósica é leve ou moderada: 2 cápsulas de VIARTRIL-S duas vezes por dia, durante um mínimo de seis semanas. B) quando a sintomatologia artrósica é grave. **Terapêutica inicial:** recomenda-se um tratamento inicial de 8 semanas, segundo o esquema seguinte: 1. Uma ampola diária de VIARTRIL-S injectável por via intermuscular + 2 cápsulas de VIARTRIL-S duas vezes por dia, durante as primeiras duas semanas; seguir com uma terapêutica de manutenção com 2 cápsulas duas vezes por dia durante seis semanas. 2. Em caso de contra-indicação da via parentérica, efectuar o tratamento com 2 cápsulas três vezes por dia, quinze minutos antes das refeições. O VIARTRIL-S oral pode ser utilizado em tratamento de longa duração, visto não provocar quaisquer perturbações gástricas. O tratamento pode repetir-se de 6 em 6 meses. Este esquema posológico pode ser modificado segundo prescrição médica. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Não se conhecem contra-indicações para a glucosamina. A forma injectada, devido ao seu teor de lidocaína, deve ser utilizada com prudência nos doentes com perturbações cardíacas de condução e na descompensação cardíaca aguda e está contra-indicada nos doentes com impersensibilidade à lidocaína. **EFEITOS COLATERAIS:** Não se conhecem efeitos colaterais provocados pela glucosamina. A forma injectável, devido ao seu teor de lidocaína, pode por vezes provocar náuseas e muito raramente também vômitos. **PRECAUÇÕES:** Deve evitar-se o emprego de ampolas nos primeiros meses de gravidez. **MODO DE APLICAÇÃO:** Antes do uso injectável, aspirar na mesma seringa o conteúdo da ampola A (amarela) que contém Sulfato de Glucosamina e Lidocaína, e o da ampola B (incolor) que contém a solução tampão diluente. Este medicamento contém lactose.

Contribuinte n.º 500 802 360 — Sociedade por quotas — Capital Social 100.000.000\$00 Matric. na Conserv. do Registo Comercial de Sintra sob o N.º 2317, fls. 192, L.º C-6

PRODUTO	P.V.P. c / IVA	REGIME GERAL			REGIME ESPECIAL		
		Preço Estado	Preço Utente	Comp. (Estado)	Preço Estado	Preço Utente	Comp. (Estado)
VIARTRIL - S 312,5 mg x 60 cápsulas	2100\$09	1470\$00	630\$00	70%	1785\$00	315\$00	85%
VIARTRIL - S 502,5 mg x (5 + 5) ampolas	1236\$04	865\$00	371\$00	70%	1051\$00	185\$00	85%
VIARTRIL - S DUO - 20 cáps. + (5 + 5) ampolas	2036\$09	1425\$00	611\$00	70%	1731\$00	305\$00	85%

DELTA
LABORATÓRIOS

DELTA Osteo-articular

Grupo Rotta Research

ARTHROTEC[®]

(diclofenac Na 50 mg/misoprostol 200 µg)

UM NOVO
CONCEITO
TERAPÊUTICO

POTENTE
E
SUAVE

SEARLE

