

# ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

Vol. XXII

N.º 80

1997



ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA

# ARTHROTEC®

(diclofenac Na 50 mg/misoprostol 200 µg)

**Luz verde na terapêutica anti-inflamatória  
o melhor binómio eficácia/segurança**



Composição: Núcleo de diclofenac de sódio 50 mg com revestimento entérico e misoprostol 200 µg. Propriedades: O ARTHROTEC® é uma combinação de um fármaco anti-inflamatório não esteróide (diclofenac de sódio) com actividade anti-reumática, analgésica e anti-éufórica e um agente protector da mucosa gástrica (misoprostol), um análogo sintético da prostaglandina E<sub>1</sub>. Nas doenças reumáticas, as propriedades anti-inflamatórias e analgésicas do ARTHROTEC® proporcionam uma rápida resposta clínica que se traduz num alívio dos sinais e sintomas tais como a dor em repouso, dor em movimento, rigidez matinal, edema articular, conferindo uma melhoria funcional. Devido à acção protectora da mucosa gástrica do misoprostol, o ARTHROTEC® está associado a uma menor incidência de lesões clinicamente significativas da mucosa gástrica quando comparado com o uso isolado do diclofenac. O misoprostol estimula múltiplos factores implicados na manutenção da integridade da mucosa gástrica, tais como o aumento do fluxo sanguíneo para a mucosa gástrica, o aumento da secreção do bicarbonato duodenal e a secreção de muco gástrico, bem como a inibição da secreção gástrica de ácido basal e estimulada. A capacidade do misoprostol em proteger a mucosa gástrica foi demonstrado em estudos com voluntários saudáveis e doentes com patologia reumática. O exame endoscópico e a medição das perdas hemáticas fecais mostraram que a co-administração de misoprostol previne a lesão da mucosa induzida pelos AINEs. Os perfis farmacocinéticos do diclofenac e misoprostol administrados isoladamente são semelhantes aos perfis dos mesmos quando co-administrados ou administrados em comprimidos de combinação fixa, o ARTHROTEC®. Precauções: A presença de misoprostol em combinação demonstra minimizar os efeitos lesivos da mucosa gástrica induzidos pelos AINEs. Apesar disso, a úlcera péptica, perfuração e hemorragia gastrointestinal podem ocorrer durante a terapêutica com ARTHROTEC®. Em presença destas situações, a terapêutica com ARTHROTEC® deve ser interrompida e as medidas adequadas devem ser instituídas. O médico deve estar de sobreaviso em relação aos doentes com história de divertículos e doenças inflamatórias intestinais. O diclofenac e os seus metabólitos são eliminados pelo rim e pelo fígado. Assim, o ARTHROTEC® deve ser usado cuidadosamente em doentes com insuficiência renal e ou insuficiência hepática, podendo nalgumas situações ser necessário um ajuste de dosagem, devendo, pois, o doente ser devidamente vigiado. Estão descritas alterações dos provas de função hepática, e alguns casos raros de icterícia e mesmo hepatites graves com o uso contínuo de anti-inflamatórios não esteróides, donde se aconselha a realização periódica de provas de função hepática quando em tratamentos prolongados. Foram descritos casos de cefaleias, tonturas (sensação de vazio), confusão mental e diminuição da acuidade visual durante o tratamento com AINEs. Doentes que apresentem estes sintomas devem ser advertidos para tomarem precauções quando utilizarem máquinas ou conduzirem veículos com motor. Devido à retenção de líquidos provocada pelos anti-inflamatórios, o ARTHROTEC® deve ser usado com precaução em doentes com insuficiência cardíaca, hipertensão ou patologias que provoquem retenção de líquidos. Embora raros, estão descritas discrasias hemorrágicas associadas ao uso de anti-inflamatórios não esteróides. Apesar do misoprostol não incrementar o efeito do diclofenac na função plaquetária, o ARTHROTEC® deve ser usado com precaução nos doentes com coagulopatias. Tal como os outros anti-inflamatórios não esteróides, pode mascarar os sinais de infecção. Indicações: O ARTHROTEC® está indicado na artrite reumatóide e osteoartrite em fase aguda ou crónica, particularmente em doentes com suspeita de intolerância gástrica ou hemorragia digestiva devido ao uso de anti-inflamatórios. Contra-indicações: O ARTHROTEC® está contra-indicado em doentes com hipersensibilidade ao misoprostol ou ao diclofenac. O ARTHROTEC® não deve ser administrado a doentes com asma, urticária, rinite ou outras manifestações alérgicas precipitadas pelo ácido acetilsalicílico ou outros AINEs. O ARTHROTEC® está contra-indicado em doentes com úlcera péptica activa e/ou história recente de hemorragia digestiva ou perfuração. O ARTHROTEC® está contra-indicado na mulher grávida (ver gravidez e lactação). Reacções adversas: As reacções adversas são geralmente de natureza gastrointestinal, sendo as mais referidas: Dispepsia, dores abdominais e alguns casos de diarreia ligeira e transitória, que podem surgir no início do tratamento. Só ocasionalmente esses casos resultaram em diarreia mais persistente, o que levou à interrupção do tratamento. Embora a presença de misoprostol em combinação possa minimizar os efeitos lesivos da mucosa causados pelos AINEs, é previsível a ocorrência esporádica de úlcera péptica, perfuração e hemorragia gastrointestinal. Apesar de nenhuma alteração ginecológica ter sido referenciada em mulheres que recebem ARTHROTEC®, estão descritos em ensaios com misoprostol raros casos de alterações menstruais e "spotting" (inferior a 1%). Estão descritas elevações dos níveis de transaminases, as quais são geralmente reversíveis quando se suspende a administração do fármaco. Gravidez e lactação: O ARTHROTEC® está contra-indicado na gravidez quer durante o primeiro período quer na fase final da gravidez devido aos efeitos no sistema cardiovascular fetal. O misoprostol pode complicar a gravidez e como tal lesar o feto. O misoprostol pode estimular contrações uterinas, provocar hemorragias e expulsão do conteúdo uterino. O ARTHROTEC® não está recomendado às mulheres que amamentam. Uso pediátrico: A segurança e eficácia do ARTHROTEC® não foi avaliada em pediatria. Interações: Embora nos estudos com ARTHROTEC® não estejam descritas interações com outros fármacos, os componentes presentes podem evidenciar as seguintes interações: - Os antiácidos podem retardar a absorção do diclofenac, podendo o hidróxido de magnésio aumentar a tendência para a diarreia; - O diclofenac pode aumentar a concentração plasmática de digoxina, pelo que os níveis séricos deste fármaco devem ser monitorizados e ajustados; - A terapêutica concomitante de ARTHROTEC® com diuréticos poupadores de potássio pode estar associada com um aumento dos níveis séricos deste electrólito, tomando, pois, necessária a sua monitorização; - O efeito anti-hipertensivo da hidroclorotiazida pode ser reduzido pelo diclofenac em doentes com hipertensão arterial; - Doentes medicados com anticoagulantes devem utilizar ARTHROTEC® com precaução; - O uso concomitante de glucocorticóides pode agravar os efeitos gastrointestinais colaterais; - Devem ser tomadas precauções especiais quando da utilização concomitante de metotrexato; - Pode ser necessária a redução da dose do lítio com ARTHROTEC®. Sobre-dosagem: Não existem antidotos para o diclofenac, pelo que se deve evitar a absorção, o mais precocemente possível, pela indução do vômito, lavagem gástrica ou terapêutica com carvão activo. O tratamento de suporte e sintomático para minimizar as complicações deve incluir medidas gerais contra a hipotensão, insuficiência renal, convulsões, irritação gastrointestinal e depressão respiratória. Podem ser necessárias medidas para acelerar a eliminação (forçar a diurese, hemoperfusão, diálise). Posologia: A dose recomendada de ARTHROTEC® é de 1 comprimido duas a três vezes por dia. O ARTHROTEC® deve ser tomado inteiro e com alimentos (preferência após as refeições). Aviso: Contém lactosa.

**SEARLE**

Monsanto Portugal - Produtos Químicos e Farmacêuticos, Lda. R. Sanches Coelho, 3 9º - 1600 Lisboa  
Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa sob nº 57 495 - Capital Social 79.095.000\$00.

ARTHROTEC®	P.V.P. IVA (incl.)	Regime Normal(40%)		Regime Especial(55%)	
		Estado	Utente	Estado	Utente
20 comp.	1.827\$00	731\$00	1.096\$00	1.005\$00	822\$00
60 comp.	4.651\$00	1.860\$00	2.791\$00	2.558\$00	2.093\$00

## Índice

### Editorial

- **Reumatologia: A Qualidade da Formação e o Futuro**  
José António P. Silva e Jaime C. Branco. .... 6

### Artigos Originais

- **Doenças Reumáticas nos Cuidados de Saúde Primários: Qual a Sua Importância?**  
Paulo Clemente Coelho e Maria Luísa Matos. .... 9
- **Aspectos Epidemiológicos da Síndrome SEA**  
Flavio Roberto Sztajnbok, Sheila Knupp Feitosa de Oliveira, Paulo César Gahyva Capistrano, Blanca Elena Rios Gomes Bica, Denise Cardoso das Neves Sztajnbok e Ângela Carrano ..... 20
- **Doença de Kawasaki: Relato de 52 Casos**  
Claudia L. Sousa, Andrea V. Goldenzon, Christiane D. Diniz, Flávio Roberto Sztajnbok, Blanca E. R. Bica e Sheila K. F. Oliveira ..... 29

### Caso Clínico

- **Um Caso de Artropatia Degenerativa Rápidamente Progressiva**  
F. Pimentel Santos, Pedro Gonçalves, Fernando Pitta, Viviana Tavares e J. Canas da Silva ..... 33
- Agenda Nacional** ..... 39
- Agenda Internacional** ..... 39
- Normas de Publicação** ..... 40

# Acta Reumatológica Portuguesa

## Conselho Editorial

Editor Chefe (Chief Editor)	Viviana Tavares
Editor Executivo (Executive Editor)	J. Canas da Silva
	A. Aroso Dias
Editor Associados (Associated Editors)	Eugénia Simões
	Jaime Branco
	J.A. Melo Gomes
	J. A. Pereira da Silva
	J. C. Teixeira da Costa
	José António Silva
Editor Adjuntos (Assistant Editors)	Helena Santos
	M <sup>a</sup> José Leandro
	Pedro Gonçalves
	Rui André Santos
	Teresa Nóvoa

## Sociedade Portuguesa de Reumatologia Direcção

Presidente	Dr. J. A. Melo Gomes	Tesoureiro	Dr. Carlos Miranda Rosa
Vice-Presidente	Dr <sup>a</sup> Cristina Catita	Vogal Região Sul	Dr. Augusto Faustino
Vice-Presidente	Dr <sup>a</sup> Sara de Freitas	Centro	Prof. Dr. José António Silva
Sec. Geral	Dr. A. C. Alves de Matos	Norte	Dr. Maria do Carmo Afonso
Sec. Adjunto	Dr <sup>a</sup> Viviana Tavares	Ilhas	Dr. Guilherme Figueiredo

## Mesa da Assembleia Geral

Presidente	Dr. J. A. Pereira da Silva
Vogal	Dr. Rui Leitão
Vogal	Dr. Paulo Coelho

## Conselho Fiscal

Presidente	Dr. Rui André Santos
Vogal	Dr <sup>a</sup> Maria José Santos
Vogal	Dr <sup>a</sup> Maria do Céu Maia

## Presidente Eleito

Dr. Mário Rodrigues

## Conselho Científico

ANATOMIA PATOLÓGICA	Dr <sup>a</sup> Odete Almeida	MEDICINA DO TRABALHO	Dr. A. Meyrelles do Souto
BIOQUÍMICA	Prof. Dr. J. Martins e Silva	NEUROCIRURGIA	Prof. Dr. António Trindade
CARDIOLOGIA	Prof. Dr. Mário Lopes	OFTALMOLOGIA	Prof. Dr. Castanheira Diniz
ENDOCRINOLOGIA	Prof. Dr. Galvão Teles	ORTOPEDIA	Prof. Dr. Salis Amaral
GASTROENTEROLOGIA	Prof. Dr. Guilherme Peixe	PATOLOGIA CLÍNICA	Prof. Dr. Pinto de Barros
HIDROLOGIA	Prof. Dr. Frederico Teixeira	PEDIATRIA	Dr <sup>a</sup> Maria José Vieira
IMUNOLOGIA	Prof. Dr. Rui Victorino	RADIOLOGIA	Dr. J. Covas de Lima
MED. FÍSICA E REAB.	Dr. Martins da Cunha	REUMATOLOGIA	Prof. Dr. A. Lopes Vaz
MEDICINA INTERNA	Dr. Monteiro Batista		

**Edição e Propriedade:** Sociedade Portuguesa de Reumatologia

**Redacção:** Sociedade Portuguesa de Reumatologia - R. D. Estefânia, 177, 1<sup>o</sup> D - 1000 LISBOA

**Registo:** Inscrita na Direcção-Geral da Comunicação Social com o n<sup>o</sup> 101 897

**Depósito Legal:** 86 955/95

**Impressão e acabamento:** SIG – Sociedade Industrial Gráfica, Lda. – Camarate

**Tiragem:** 6 000 Exemplares

**Preço de n<sup>o</sup> Avulso:** 500\$00 (\$10 USD); Anual (4 números): 2000\$00 (\$30 USD)

Editado por:  FARMAPRESS  
EDIÇÕES, LDA.

## Contents

### Editorial

- **Rheumatology: The quality of formation and the future**  
José António P. Silva e Jaime C. Branco. . . . . 6

### Original Articles

- **Rheumatic diseases in Primary Care: How important?**  
Paulo Clemente Coelho e Maria Luísa Matos. . . . . 9
- **Epidemiologic aspects of SEA Syndrome**  
Flavio Roberto Sztajnbok, Sheila Knupp Feitosa de Oliveira, Paulo César Gahyva Capistrano, Blanca Elena Rios Gomes Bica, Denise Cardoso das Neves Sztajnbok e Ângela Carrano . . . . . 20
- **Doença de Kawasaki: Relato de 52 Casos**  
Claudia L. Sousa, Andrea V. Goldenzon, Christiane D. Diniz, Flávio Roberto Sztajnbok, Blanca E. R. Bica e Sheila K. F. Oliveira . . . . . 29

**Objective:** To determine the clinical and laboratorial aspects of the disease in our hospital and compare it with literature in other countries.

**Methods:** We studied retrospectively 52 patients with Kawasaki disease admitted in our service in the last ten years, analysing the diagnostic criteria, other clinical manifestations, age, sex and time of disease onset.

**Results:** There was a prevalence of male sex in a ratio of 2 to 1 with a mean age of 4,37 years; in relation to diagnostic criteria we observed cervical adenitis in 67%, conjunctivitis in 73%, rash and mucous membranes changes in 96% and finally, fever and extremities changes in all cases.

**Conclusion:** The mean age of onset was higher and the incidence of coronarian alterations was lower than the described in literature. Besides, we observed an increase in new cases of the disease in the last three years that can indicate a real increase of incidence or a better recognition of this disorder by medical practitioners.

**Keywords:** Kawasaki disease - Ganglionar mucocutaneous syndrome.

## Caso Clínico

- **Progressive Degenerative Arthropathy**

F. Pimentel Santos, Pedro Gonçalves, Fernando Pitta, Viviana Tavares e J. Canas da Silva .....	33
<b>National Agenda</b> .....	39
<b>Internacional Agenda</b> .....	39
<b>Instructions to authors</b> .....	40

# Reumatologia: A Qualidade da Formação e o Futuro

A realização recente, em Bruxelas, de encontros do Comité de Educação da EULAR e dos "Board" Europeu de Reumatologia e da Secção de Reumatologia da União Europeia de Médicos Especialistas (UEMS), ambos dedicados à qualidade de Ensino em Reumatologia, a que os autores assistiram como representantes da S.P.R. e do Colégio de Reumatologia da Ordem dos Médicos, respectivamente, justifica algumas reflexões que julgamos oportuno verter em Editorial da Acta.

Toda a área da Educação Médica, pré- e pós-graduada, atravessa um período de intensa reformulação e debate à escala Mundial. Estas reuniões, testemunhando o empenhamento das instituições internacionais ligadas à Reumatologia, vêm juntar-se a um movimento generalizado de reforma, a que os Médicos em Geral e os Reumatologistas em particular não podem ficar alheios.

No que respeita ao ensino médico pré-graduado, duas mensagens fundamentais ressaltam das tendências actuais de modernização pedagógica, ambas repetidamente sublinhadas na Reunião da EULAR:

**1. Importa pugnar pela melhoria qualitativa e quantitativa do ensino pré-graduado da Reumatologia.** Com efeito, todos os documentos de fundo sobre a filosofia moderna do ensino médico, acentuam a necessidade de que os conteúdos programáticos reflectam a importância epidemiológica e económica das diferentes patologias. Reconhecidamente, o ensino da Reumatologia nas Faculdades de Medicina tem sido, um pouco por todo o Mundo, devotado a lugar de 2ª linha, com

escasso impacto na formação dos futuros Médicos. A correcção deste desvio apresenta-se como essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados médicos nesta área, mas também para a defesa e desenvolvimento do próprio estatuto da Especialidade no futuro;

**2. A Reumatologia tem um contributo essencial a dar à formação global do jovem Médico:** não só pelos factos acima apontados, mas também porque a sua natureza se aplica, de forma ideal, às orientações modernas de ensino. O seu carácter essencialmente clínico, o rigor semiológico de que faz uso, a importância do diagnóstico diferencial, as fronteiras que partilha com numerosas outras especialidades, a exigência que aplica à comunicação médico-doente, e a natureza multidisciplinar, colocam-na, em conjunto com a Medicina Interna, na posição ideal para combater a excessiva especialização, despersonalização e tecnologia que são unanimemente apontadas como os principais defeitos do ensino pré-graduado actual.

A introdução recente de programas de reforma do ensino em todas as Escolas Médicas portuguesas, representa uma oportunidade ímpar, que a Reumatologia não pode perder, para reforçar a valiosa contribuição que lhe cabe na formação integrada do Médico actual. Poderemos mesmo desempenhar um papel pioneiro na introdução de técnicas modernas de ensino (como o uso de modelos; vídeos, computadores, etc.) reforçando ainda mais o



prestígio e o contributo da nossa Especialidade.

No que se refere ao ensino pós-graduado, a reunião da Secção de Reumatologia da UEMS/"Board" Europeu de Reumatologia, teve uma importância inquestionável nas várias vertentes da Educação Médica Contínua (EMC): formação de internos da especialidade, educação médica pós-graduada de médicos de família e especialistas hospitalares, bem como o desenvolvimento profissional contínuo dos reumatologistas.

Aí se aprovou o "Curriculum Nuclear" recomendado para a nossa especialidade que, dadas as emendas introduzidas na proposta inicial, não podemos ainda publicar. Fá-lo-emos posteriormente. Já em fase final de preparação, ficou o apêndice deste documento que lista as doenças reumáticas e o registo individual de treino dos internos, que deverá ser aprovado no próximo Outono.

Foram também discutidos e/ou aprovados vários relatórios sobre "Centros de Treino Pós-Graduado" creditados em cada país (que poderão no futuro, voluntariamente e mediante visita de uma Comissão de Avaliação, aceder ao título de "European Center") e sobre "Harmonização do Treino Pós-Graduado", que permitirá no futuro, a internos e especialistas que o desejem, aceder à Titulação Europeia, mediante um exame escrito.

Finalmente discutiram-se recomendações sobre Educação Médica Contínua, nomeadamente quanto à sua disponibilidade ética e legal, métodos, financiamento, coordenação, avaliação e auditoria, sistemas de creditação e processos de reacreditação de especialistas (créditos; reavaliação) e sanções a aplicar.

Foi criado um Grupo de Garantia de Qualidade para a EMC, que deverá trabalhar estreitamente com a EULAR, para assegurar normas educacionais comuns. Neste sentido foram aceites: a) o sistema de aprovação dos eventos; b) as normas para avaliar eventos; c) impresso para pedido de aprovação e d) impresso para avaliação dos eventos pelos participantes.

Ficou assente que as Sociedades Nacionais têm óbvia capacidade para coordenar, aprovar, avaliar e classificar os eventos de EMC, mas

que a aprovação ou avaliação destas iniciativas pode ser requerida directamente ao "Board" Europeu de Reumatologia/EULAR, pelos organizadores que o desejarem. Para terem aquela capacidade é recomendado que as Sociedades Nacionais definam previamente as obrigações e recomendações para a EMC nos seus países.

Em suma, estas duas reuniões demonstram estarmos no início de um período de crescente exigência e coordenação internacional na qualidade de formação. Longe de olharmos estas iniciativas com o receio da mudança e da burocratização, cremos, pelo contrário, ser imperioso ver nelas sinais estimulantes da procura de excelência em que a Reumatologia Portuguesa tem todo o interesse e imperativo ético em se empenhar. A qualidade do ensino e da formação médica em geral constituem, indiscutivelmente, os pilares mais sólidos em que podemos assentar o futuro da nossa Especialidade.

Estas tarefas não podem considerar-se atribuição exclusiva de nenhum grupo de pessoas ou órgão representativo. Nenhum Reumatologista se pode alhear das suas funções "pedagógicas", não só porque a transmissão de conhecimentos é uma obrigação inerente ao exercício da Medicina, como reza o Juramento de Hipócrates, mas também porque qualquer acto médico, desde a comunicação científica à simples consulta ou relatório, espelham a quem o recebe, o valor de quem o produz e da especialidade em que se insere.

O empenhamento na formação dos alunos, dos internos e especialistas, bem como de outros profissionais da saúde é fundamental para o desenvolvimento da Reumatologia: o respeito actual e futuro que a Especialidade possa merecer depende, indissolúvelmente, da qualidade dos que a exercem.

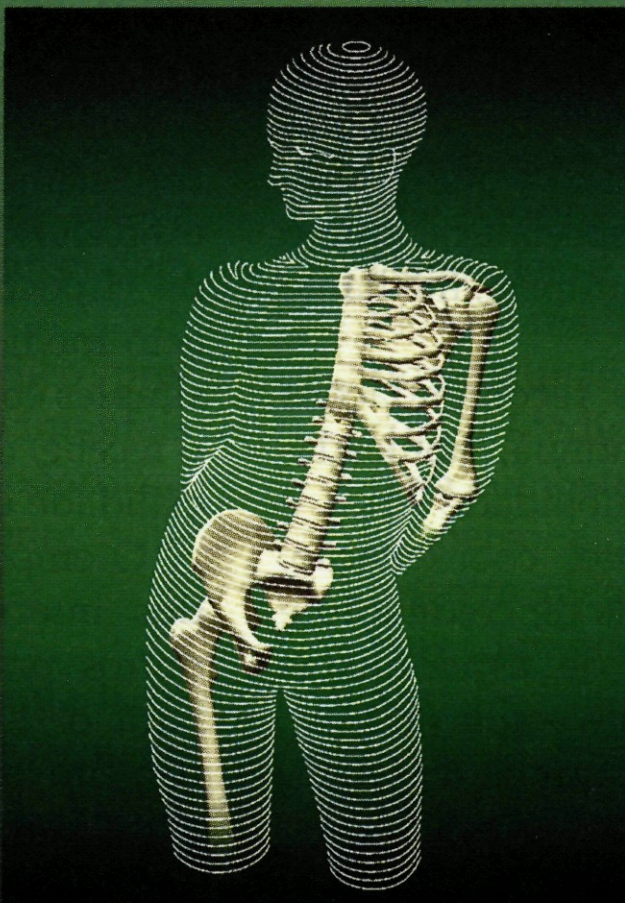
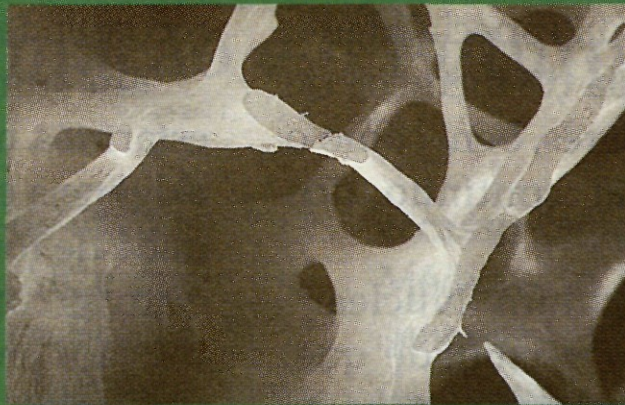
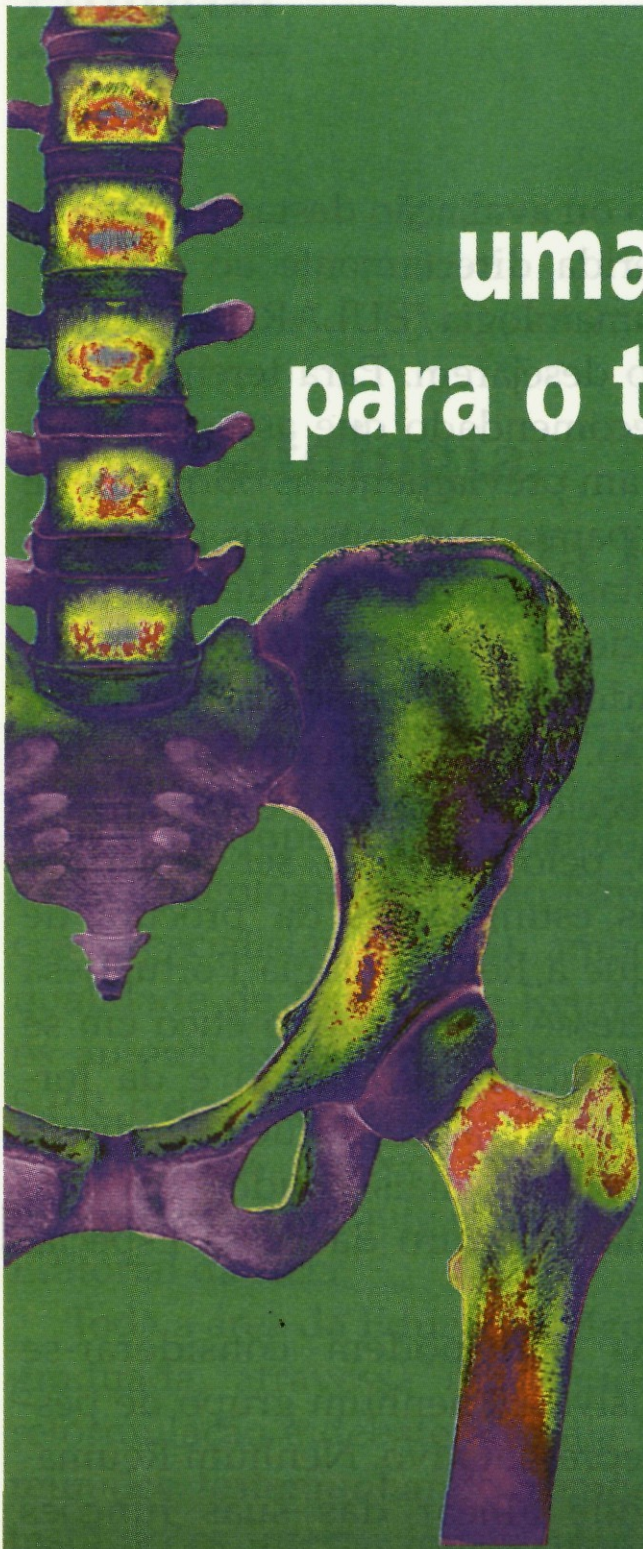
**José António P. Silva**

Reumatologista, Hospitais da  
Universidade de Coimbra.

**Jaime C. Branco**

Reumatologista,  
Hospital de Egas Moniz.

# Finalmente uma inovação terapêutica para o tratamento da osteoporose



**REVERTA  
A PROGRESSÃO  
DA  
OSTEOPOROSE**

**F  
O  
S  
A  
M  
A  
X**®

alendronato  
de sódio

 **MERCK SHARP & DOHME**

# Doenças Reumáticas nos Cuidados de Saúde Primários: Qual a Sua Importância?

Paulo Clemente Coelho\*, Maria Luísa Matos\*\*

## RESUMO

**Introdução:** As Doenças Reumáticas são uma importante causa de morbilidade, com elevadas repercussões sociais e económicas. No entanto, apesar da prevalência significativa destas doenças, as estruturas de saúde em Portugal não estão ainda capacitadas para responder às necessidades de prevenção, tratamento e reabilitação dos doentes do foro reumatológico. O desinteresse da Administração da Saúde no nosso país em relação às Doenças Reumáticas é, em parte, explicado pelo pequeno número de estudos epidemiológicos dedicados à patologia músculo-esquelética.

**Objectivos:** Estudar a prevalência das Doenças Reumáticas numa consulta de Clínica Geral e a sua implicação no consumo crónico de medicamentos e no absentismo laboral.

**Doentes e Métodos:** Foram incluídos no estudo os utentes de uma consulta de Clínica Geral de um Centro de Saúde da área da Grande Lisboa que recorreram à consulta durante um período consecutivo de 6 meses. Avaliaram-se os seguintes parâmetros: motivo principal da consulta, queixas reumatológicas motivando recurso à consulta de Clínica Geral nos últimos 3 anos, consumo crónico de medicamentos nos últimos 3 anos e períodos de absentismo laboral nos últimos 3 anos.

**Resultados:** Foram avaliados 591 utentes, num total de 1219 consultas. As queixas reumáticas foram o principal motivo de consulta (21%), seguidas pelas Doenças Cardiovasculares (14,7%) e pelas Doenças Psiquiátricas (12,2%). Doença Reumática activa ou antecedentes de Doença Reumática foram encontrados em 57,5% dos doentes. As Doenças Reumáticas mais frequentes foram o grupo dos Reumatismos Não Articulares (48,6%) e a Osteoartrose (18,1%). As Doenças

\*Reumatologista.

\*\* Clínica Geral

Centro de Saúde da Penha de França, Lisboa

Reumáticas foram a 3ª causa mais frequente de consumo crónico de medicamentos, seguindo-se às Doenças Psiquiátricas e às Doenças Gastrointestinais. As Doenças Reumáticas revelaram-se como a principal causa de absentismo laboral, representando 42,5% do total de dias de baixa ocorridos nos utentes da nossa consulta. As principais causas reumatológicas de absentismo foram as Raquialgias e a Osteoartrose, mas a Artrite Reumatóide revelou-se a doença com maior morbidade relativa.

**Conclusão:** As Doenças Reumáticas são uma importante causa de doença, de recurso às consultas de Clínica Geral, de consumo crónico de medicamentos e de absentismo laboral, pelo que urge a implementação de um programa nacional de apoio reumatológico nas estruturas de Cuidados de Saúde Primários. (*Acta Reuma Port* 1997;80:9:19)

**Palavras-chave:** Doenças Reumáticas, Epidemiologia, Absentismo.

## INTRODUÇÃO

As Doenças Reumáticas (DR) representam um grupo de patologias que frequentemente afectam o ser humano<sup>(1,2,3)</sup>. A importância social e económica destas doenças tem sido descrita, quer em estudos clínicos, quer em estudos de índole estatística e financeira<sup>(1,4,5,6)</sup>.

Paradoxalmente, em muitos países as DR não têm merecido, por parte dos poderes governamentais e das estruturas de saúde, o reconhecimento devido à sua importância<sup>(7,8,9)</sup>. Tal encontra, em parte, explicação no facto de que estas doenças são mais frequentemente geradoras de morbidade do que de alterações dos índices de mortalidade e, como é sabido, a mortalidade "sensibiliza" mais facilmente do que a morbidade<sup>(7,9,10)</sup>. No entanto, uma das explicações para esta inadaptação dos meios de apoio aos doentes reumáticos, radica no menor desenvolvimento dos estudos epidemiológicos dedicados às DR, quando comparados com outras patologias importantes, como a cardiovascular ou a oncológica<sup>(10)</sup>.

A epidemiologia representa um dos argumentos mais importantes para a planificação do Sistema de Saúde<sup>(11)</sup>. Em Portugal, os estudos epidemiológicos dedicados à investigação da prevalência e custos das DR em geral são escas-

os e alguns já foram efectuados há cerca de duas décadas<sup>(12,13,14)</sup>. Torna-se desta forma urgente a implementação de estudos que possam caracterizar com maior objectividade a real importância das DR no nosso país, permitindo assim ao Sistema Nacional de Saúde adquirir argumentos que satisfaçam as reais necessidades da população em relação ao bem-estar e ao direito a uma saúde plena<sup>(9,11,15)</sup>.

Nesse sentido os autores propuseram-se avaliar a prevalência das DR numa Consulta de Cuidados de Saúde Primários (Clínica Geral) e alguns aspectos da sua repercussão socio-económica, nomeadamente, em relação ao consumo crónico de medicamentos e ao absentismo laboral.

## DOENTES E MÉTODOS

Foram incluídos no estudo os utentes de uma consulta de Clínica Geral do Centro de Saúde da Penha de França - Extensão do Sindicato dos Seguros (Lisboa), que recorreram à consulta durante um período consecutivo de 6 meses.

Os utentes foram todos observados pela mesma médica de Clínica Geral, procedendo-se ao registo e avaliação dos seguintes dados:

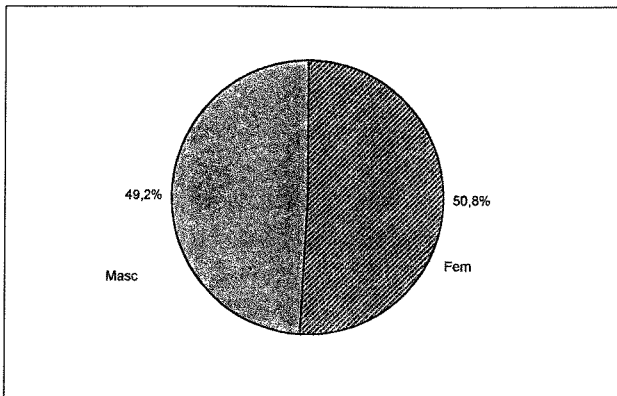


Fig. 1: Distribuição por sexos.

identificação, idade, sexo, raça, profissão e motivo principal da consulta, classificado num dos seguintes grupos: Doenças Infecciosas (não incluídas nos outros grupos), D. Cardiovasculares, D. Respiratórias, D. Renais e das Vias Urinárias, D. Gastrointestinais, D. Reumáticas, D. Hematológicas, D. Endocrinológicas, D. Psiquiátricas incluindo Distonias Neuro-Vegetativas, D. Dermatológicas, D. Oftalmológicas, D. Otorrinolaringológicas (ORL), D. Ginecológicas, D. Traumatológicas, Consulta por queixas inespecíficas, Sem Doença (Consulta de Rotina). Na primeira consulta de cada utente neste período de 6 meses, o processo clínico foi avaliado quanto aos seguintes parâmetros: utilização por queixas reumatológicas da Consulta de Clínica Geral nos últimos 3 anos, número e tipo de medicamentos tomados cronicamente (pelo menos 6 meses por ano) nos últimos 3 anos, duração e causa de absentismo laboral nos últimos 3 anos. Os utentes reincidentes na consulta neste período de 6 meses foram reavaliados quanto ao motivo das novas consultas e à existência de absentismo laboral.

Em caso de necessidade, a solicitação da médica de Clínica Geral, foi pedido apoio da especialidade de Reumatologia para melhor definição do diagnóstico reumatológico dos utentes através dos dados do processo clínico. Para a classificação das DR utilizou-se a proposta pela Arthritis Foundation<sup>(16)</sup>.

O tratamento dos dados e dos resultados foi feito através de programas informáticos de

gestão de dados (Access e Excel), utilizando-se os métodos estatísticos, t-de Student para significância de diferenças entre médias e de chi quadrado para comparações não paramétricas.

## RESULTADOS

No período de 6 meses em que decorreu o estudo, foram observados 591 utentes. Trezentos utentes (50,8%) eram do sexo feminino e 291 utentes (49,2%) do sexo masculino (figura 1). A idade média dos utilizadores da consulta foi de 46,7 anos (DP  $\pm$  17,7), variando entre 9 e 89 anos, não existindo diferenças estatisticamente significativas na média de idades entre os dois sexos. A raça caucásica foi predominante (579 utentes, 98,0%), sendo 11 utentes (1,8%) de raça negra e 1 utente (0,2%) de raça asiática. Trezentos e sessenta e sete (62,1%) dos utentes tinham actividade laboral, distribuindo-se os restantes da seguinte forma: domésticas (38 utentes, 6,4%), estudantes (58 utentes, 9,8%) e reformados (128 utentes, 21,7%) (figura 2).

Durante os seis meses de observação foram realizadas 1219 consultas, representando uma média de 2,1 consultas por utente. Por ordem de frequência os motivos principais de consulta distribuíram-se da seguinte forma: Doenças (D) Reumáticas (256 consultas, 21,0%), D. Cardiovasculares (178 consultas, 14,7%), D. Psiquiátricas (149 consultas, 12,2%), D. Gastrointesti-

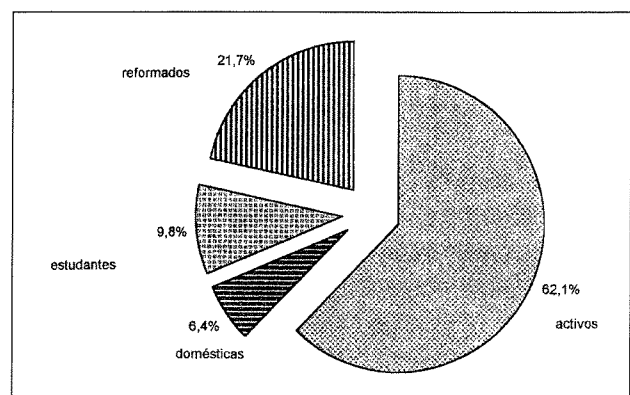


Fig. 2: Distribuição por actividade.

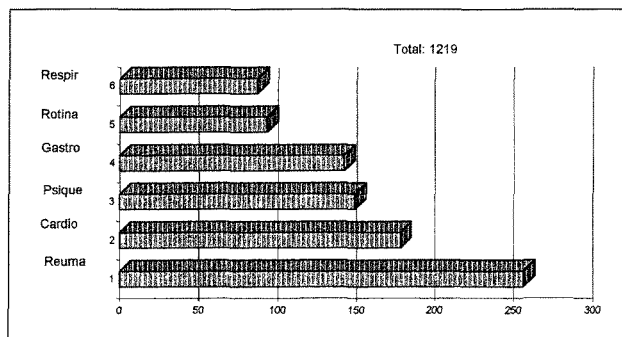


Fig. 3: Motivo principal de consulta.

nais (142 consultas, 11,7%), Consulta de Rotina (93 consultas, 7,6%), D. Respiratórias (87 consultas, 7,2%), D. Endocrinológicas (56 consultas, 4,6%), D. ORL (48 consultas, 4,0%), Consulta por queixas inespecíficas (39 consultas, 3,2%), D. Dermatológicas (35 consultas, 2,9%), D. Renais e das Vias Urinárias (34 consultas, 2,8%), D. Neurológicas (26 consultas, 2,1%), D. Traumáticas (25 consultas, 2,0%), D. Hematológicas (21 consultas, 1,7%), D. Ginecológicas (12 consultas, 0,9%), D. Oftalmológicas (11 consultas, 0,8%), D. Infecciosas (7 consultas, 0,6%) (figura 3).

Da observação do processo clínico para o período dos 3 anos antecedentes verificou-se que 340 utentes (57,5%) tinham recorrido pelo menos uma vez à consulta por queixas do foro reumatológico, enquanto os restantes 251 (42,5%) não apresentaram queixas desse tipo durante esse período (figura 4). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a média de idades dos doentes com queixas reumatológicas (46,9 anos) e a dos restantes (46,3 anos); o mesmo se verificou para a distribuição por sexos nestes dois grupos de doentes.

As doenças e queixas reumatológicas encontradas distribuíam-se da seguinte forma: **a) Reumatismo Não Articular** (287 doentes, 48,6%) - Lombalgia Idiopática (89 d, 15,1%), Tendinites e Bursites (52 d, 8,8%), Raquialgias Difusas (pelo menos dois segmentos da coluna vertebral) (79 d, 13,4%), Cervicalgias (49 d, 8,3%), Hérnia Discal (7 d, 1,2%), Fibromialgia (6

d, 1,0%), Dorsalgia (2 d, 0,3%), Fascíte Plantar (1 d, 0,2%), Torcicolo (1 d, 0,2%), coccidinia (1 d, 0,2%); **b) Doença Articular Degenerativa** - Osteoartrose Primária (107 d, 18,1%); **c) Doenças Neuro ou Vasculopáticas** (27 d, 4,6%): Nevralgia Intercostal (12 d, 2,0%), Cialgia (10 d, 1,7%), Síndrome do Canal Cárpico (3 d, 0,5%), Fenómeno de Raynaud Primário (2 d, 0,3%); **d) Doenças Reumáticas Associadas a Doenças Metabólicas ou Endócrinas** (18 d, 3,0%): Gota Úrica (10 d, 1,7%), Doença por Deposição de Cristais de Pirofosfato de Cálcio (4 d, 0,7%), Síndrome de Hiper mobilidade Articular (3 d, 0,5%), Doença de Dupuytren (1 d, 0,2%); **e) Doenças do Osso e da Cartilagem** (18 d, 3,0%): Osteoporose Primária (7 d, 1,2%), Escoliose (3 d, 0,5%), costocondrite (2 d, 0,3%), Espondilolise (2 d, 0,3%), Hiperostose Vertebral Anquilosante/DISH (1 d, 0,2%), D. de Paget (1 d, 0,2%), D. de Osgood - Schlatter (1 d, 0,2%), Genu Varu (1 d, 0,2%); **f) Doenças Difusas do Tecido Conjuntivo** (6 d, 1,0%): Artrite Reumatóide (5 d, 0,8%), Síndrome de Sjogren Primário (1 d, 0,2%); **g) Espondilartropatias**: Espondilite Anquilosante (1 d, 0,2%); **h) Doenças Reumáticas Associadas com Agentes Infecciosos**: Artrite Brucélica (1 d, 0,2%); **i) Situações Não Definidas** (43 d, 7,3%): Artralgias (36 d, 6,1%), Mialgias Difusas Persistentes (3 d, 0,5%), Artrite (2 d, 0,3%), Talalgias (2 d, 0,3%). De notar que alguns doentes apresentavam mais de um diagnóstico reumatológico.

Em 386 utentes (65,3%) detectou-se a utiliza-

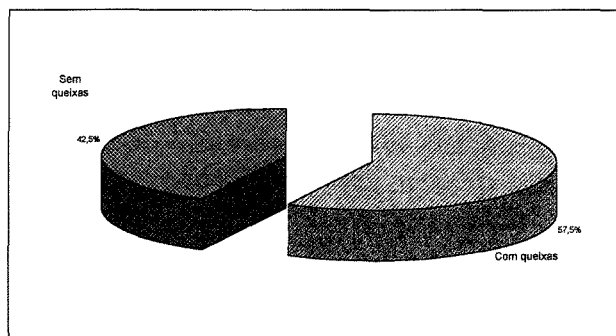


Fig. 4: Percentagem de doentes segundo a existência de queixas reumatológicas.

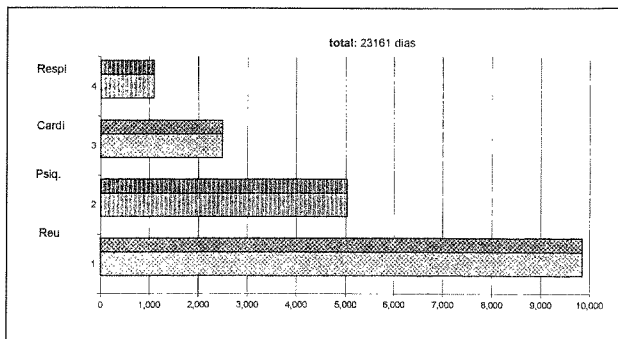


Fig. 5: Principais causas de absentismo laboral (nº de dias).

ção de medicação crónica, sendo a média neste grupo de 2,8 medicamentos/doente, variando entre 1 e 9 medicamentos. A medicação crónica dividia-se nas seguintes áreas relacionadas com a intenção de tratamento: Psíquica (36,5%), Gastrointestinal (33,2%), Reumática (21,3%), Cardiovascular (15,4%), Respiratória (9,6%), Endocrinológica (9,3%), Hematológica (3,6%), Neurológica (0,5%), Oftalmológica (0,2%).

Durante o período de estudo (3 anos e meio), verificou-se um absentismo laboral total de 23161 dias, o que representa uma média de 11,2 dias/pessoa/ano e de 18,0 dias/pessoa activa/ano. As causas de absentismo laboral nestes doentes foram: D. Reumáticas (22,9% do total de períodos de baixa), D. Psiquiátricas (21,0%), D. Respiratórias (16,8%), D. Gastrointestinais (8,1%), D. Traumáticas (7,1%), D. ORL (4,9%), D. Cardiovasculares (4,8%), Queixas Inespecíficas (2,3%), D. Hematológicas (1,9%), D. Renais e das Vias Urinárias (1,9%), D. Ginecológicas (1,9%), D. Infeciosas (1,9%), D. Neurológicas (1,6%), D. Dermatológicas (1,6%) e D. Oftalmológicas (1,3%). As causas dos 71 períodos (p) de baixa de causa reumatológica, distribuam-se da seguinte forma: Lombalgia (21 p, 29,6%), Raquialgias Difusas (12 p, 16,9%), Osteoartrose (12 p, 16,9%), Cervicalgias (8 p, 11,4%), Artrite Reumatóide (3 p, 4,2%), Tendinite (2 p, 2,8%), Luxação (2 p, 2,8%), Artralgias (2 p, 2,8%), Cialgia (2 p, 2,8%), Síndrome do Canal Cárpico (1 p, 1,4%), Artrite Brucélica (1 p, 1,4%), Gota Úrica (1 p, 1,4%), Distúrbio Interno do Joelho (1 p, 1,4%), Nevrite Intercostal (1 p, 1,4%), Osteoporose (1 p, 1,4%), Fenómeno de

Raynaud (1 p, 1,4%). Os 23161 dias de absentismo verificados distribuam-se da seguinte forma, segundo a causa da inactividade: D. Reumáticas (9850 dias, 42,5%), D. Psiquiátricas (5026 dias, 21,7%), D. Cardiovasculares (2495 dias, 10,8%), D. Respiratórias (1093 dias, 4,7%), D. Renais e das Vias Urinárias (784 dias, 3,4%), D. Traumatológicas (782 dias, 3,4%), D. Endocrinológicas (733 dias, 3,2%), D. ORL (630 dias, 2,7%), D. Neurológicas (569 dias, 2,5%), D. Gastrointestinais (453 dias, 2,0%), Queixas Inespecíficas (183 dias, 0,8%), D. Oftalmológicas (162 dias, 0,7%), D. Dermatológicas (155 dias, 0,7%), D. Ginecológicas (154 dias, 0,7%) e D. Infeciosas (92 dias, 0,2%) (Figura 5). Os 9850 dias de absentismo causados por queixas do foro reumático, distribuam-se da seguinte forma: Osteoartrose (3931 dias, 39,9%), Lombalgias (2221 dias, 22,5%), Artrite Reumatóide (1265 dias, 12,8%), Raquialgias Difusas (922 dias, 9,4%), Artralgias (492 dias, 5,0%), Cervicalgias (432 dias, 4,4%), Artrite Brucélica (150 dias, 1,5%), Tendinites (114 dias, 1,2%), Luxação (94 dias, 1,0%), Cialgia (79 dias, 0,8%), Distúrbio Interno do Joelho (30 dias, 0,3%), Nevrite Intercostal (30 dias, 0,3%), Osteoporose (30 dias, 0,3%), Fenómeno de Raynaud (30 dias, 0,3%), Síndrome do Canal Cárpico (18 dias, 0,2%) e Gota Úrica (12 dias, 0,1%). A Artrite Reumatóide constituiu a DR com maior morbilidade (dias de absentismo/doente) apresentando um valor de 421,7 dias/doente. Para as outras causas, considerando apenas aquelas representadas por 2 ou mais doentes, a morbilidade relativa distribuia-se da seguinte forma: Osteoartrose (327,6 dias/doente), Lombalgias (111 dias/doente), Raquialgias Difusas (76,8 dias/doente) e Cervicalgias (54,0 dias/doente).

## DISCUSSÃO

As DR atingem uma parte significativa da população das nações industrializadas, ocupando mesmo o primeiro lugar em frequência entre as doenças crónicas, em países como os Estados Unidos da América e a Itália<sup>(10)</sup>. Em Portugal dados semelhantes foram obtidos no

Quadro I Prevalência das Doenças Reumáticas		
Zona	Doentes com DR	Posição Relativa das DR
Faro	26,0%	2º lugar
Famalicão	6,8%	3º lugar
Estoril	9,0%	2º lugar

estudo epidemiológico dirigido por J. Figueirinhas em meados da década de 70<sup>(12)</sup>.

O presente estudo revelou que 1 em cada 5 utentes procuraram a consulta de Clínica Geral devido a queixas reumatológicas. Estes números são concordantes com os apresentados no estudo epidemiológico português já citado<sup>(12)</sup>. As análises de Ficheiros de Consultas de Medicina Familiar efectuadas no nosso país confirmam a grande importância das DR nos Cuidados de Saúde Primários (Quadro I)<sup>(15,17,18)</sup>. Em dois desses trabalhos<sup>(17,18)</sup>, as DR são ultrapassadas em prevalência pelas Doenças Cardiovasculares; no nosso estudo as Doenças Cardiovasculares foram o segundo motivo mais frequente de recurso à consulta (14,7%), mas esse valor pode estar subestimado dado o facto de os utentes do nosso Centro terem acesso fácil e directo à consulta de Cardiologia. Nos mesmos dois estudos de Ficheiro de Medicina Familiar, os valores de prevalência das DR são inferiores aos por nós encontrados. No entanto, tal pode dever-se às diferentes metodologias utilizadas, pois a nossa análise incidiu sobre utilizadores activos da consulta, o que não se passa nos estudos de Ficheiro Clínico. Um outro trabalho de investigação realizado com uma metodologia semelhante à do nosso estudo, no Centro de Saúde de São Brás de Alportel, encontrou valores próximos dos por nós referidos<sup>(19)</sup>. No nosso trabalho, 57,5% dos utentes da consulta apresentavam doença activa ou antecedentes de pelo menos uma das DR; estes números aproximam-se dos verificados na população do Distrito de Setúbal, estudada no âmbito do programa CINDI<sup>(14)</sup>.

Curiosamente, ao analisarmos os dados epi-

demiológicos das DR em Espanha, deparámos com valores equivalentes. Na população Espanhola com mais de 16 anos o problema de saúde mais frequentemente citado é o Reumatismo<sup>(20)</sup>. Nas Astúrias, 44,9% da população sofre queixas músculo-esqueléticas e a utilização das consultas de Clínica Geral é em 22,5% dos casos devida a este tipo de queixas, sendo que por cada 100 consultas de Medicina Familiar são geradas, em média, 2,95 consultas de Reumatologia<sup>(21)</sup>.

No nosso estudo, o Reumatismo Não Articular e a Patologia Articular Degenerativa, foram as formas de reumatismo mais frequentemente encontradas, dados estes que são concordantes com outros estudos epidemiológicos nacionais e internacionais<sup>(10,12,14,21,22,23)</sup>. Dentro dos Reumatismos Não Articulares, as Lombalgias e as Raquialgias em geral, ocupam um papel de relevo, demonstrado pelos nossos resultados e confirmado por outros estudos<sup>(24,25)</sup>.

De assinalar os valores registados para algumas patologias mais raras e de prevalência ainda mal definida em Portugal, como sejam, a Artrite Reumatóide e a Espondilite Anquilosante, respectivamente com uma prevalência de 0,8% e 0,2% no nosso grupo de utentes. Estes valores são próximos dos obtidos em Portugal pelo estudo CINDI<sup>(14)</sup> e dos internacionalmente obtidos para a população caucásica<sup>(26,27)</sup>.

Como seria de esperar, atendendo ao desenho do nosso estudo, a frequência de DR muitas vezes assintomáticas ou com sintomatologia ligeira, como a Osteoporose e a Hiperostose Vertebral Anquilosante, foi bastante inferior ao descrito nos estudos de prevalência destas doenças<sup>(28,29,30)</sup>.

No presente trabalho, as queixas músculo-esqueléticas foram a 3ª causa de utilização de medicação crónica, consistindo esta essencialmente em Anti-Inflamatórios Não Esteróides (AINE). Em França, os AINE representam 7,2% das despesas com fármacos, principalmente geradas por queixas de Raquialgias e de Osteoartrose, à semelhança do nosso trabalho<sup>(31)</sup>.

O absentismo laboral define-se pela ausência do trabalhador durante o período normal de trabalho a que está obrigado, devendo consi-



# Coltramy<sup>l</sup>®

Tiocolquicosido

aiii



## Posologia

Comprimidos (4 mg) ou injectável (4 mg/amp.)

## Situações agudas:

4 comp./dia ou 2 amp./dia

## Manutenção:

3 comp./dia ou 1 amp. em dias alternados

**potente e rápida acção miorrelaxante**

### FICHA TÉCNICA:

**COMPOSIÇÃO:** *Comprimidos:* Tiocolquicosido (DCI), por unidade 4 mg e por caixa 80 mg. Excipiente: sacarose, lactose, amido de batata, gelatina, talco, estearato de magnésio. *Solução injectável:* Tiocolquicosido (DCI), por ampola 4 mg e por caixa 24 mg. **PROPRIEDADES:** Análogo sulfurado, de síntese, dum glucosido natural do colquido, o tiocolquicosido comporta-se farmacologicamente como um miorrelaxante, tanto no homem como no animal. Suprime ou atenua consideravelmente a contractura de origem central: na hipertonia espástica, diminui a resistência passiva do músculo aos estiramentos e reduz ou elimina a contractura residual. A sua acção miorrelaxante manifesta-se igualmente sobre os músculos viscerais: ela é posta em evidência, particularmente, sobre o útero. Pelo contrário, o tiocolquicosido é desprovido de todo o efeito curarizante: efectivamente, actua a nível do sistema nervoso central e não a nível da placa motora. Alguns trabalhos (1980) puseram em evidência uma afinidade selectiva do tipo agonista do tiocolquicosido para os receptores do ácido gama-aminobutírico (GABA) assim como propriedades agonistas glicinérgicas. Pelas suas propriedades GABA-miméticas e, mais acessoriamente, gliciomiméticas, a acção do tiocolquicosido poderia exercer-se em diversas etapas do sistema nervoso, o que explicaria a sua eficácia tanto nas contracturas reflexas, reumatismais ou traumáticas, como nas contracturas espásticas de origem central. Não altera, portanto a motilidade voluntária, não provoca paralisia e evita, por isso, todo o risco respiratório. Enfim, Coltramy<sup>l</sup> não tem influência sobre o sistema cardiovascular. **ELEMENTOS DE FARMACOCINÉTICA:** Em média, o tempo de latência entre a administração e a acção de miorrelaxante é de: -30 a 40 minutos por via intramuscular; -1 a 2 horas por via oral. A duração de acção é de pelo menos, 24 horas. Além disso, observa-se que o efeito é cumulativo, aumentando pela repetição das

doses e subsistindo vários dias após a paragem do tratamento. **INDICAÇÕES:** Proposto no tratamento complementar das contracturas dolorosas no decurso: - de afecções vertebrais degenerativas e de perturbações estáticas vertebrais: torcicolos, dorsalgias, lombalgias; das afecções traumatológicas e neurológicas (com espasticidade); da reeducação funcional. Em ginecologia: dismenorria. **PRECAUÇÕES DE EMPREGO:** Reduzir a posologia se as tomas orais provocarem diarreia. Eventualmente, ingerir os comprimidos com um protector gástrico. **Gravidez:** não foi assinalado nenhum efeito teratogénico no animal. Na ausência de dados clínicos, estes resultados experimentais não deixam prever um efeito malformativo na espécie humana. **Aleitamento:** não é conhecida a passagem no leite. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Antecedentes de alergia ao tiocolquicosido. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** *Para a forma injectável,* pode notar-se, em casos raros, um estado de excitação ou, pelo contrário, uma obnubilação passageira. *Para a forma oral,* raras perturbações digestivas: gastralgias, diarreia. **MODO DE EMPREGO E POSOLOGIA:** A dose quotidiana inicial é, no adulto, de 2 ampolas por via intramuscular e de 4 comprimidos por via oral. *Formas agudas e curas de ataque das formas crónicas:* a dose diária pode ser progressivamente aumentada de uma semi-dose todos os 2 dias, até ao dobro ou, excepcionalmente, ao triplo da dose inicial. *Curas de longa duração:* a posologia pode ser reduzida por espaçamento das injeções (1 ou 2 por semana no mínimo) ou redução da toma única diária de comprimidos. *Para a preparação das sessões de quinesiterapia:* ter em conta o tempo de latência necessária à obtenção do efeito desconstrutante: - injeção intramuscular: 30 a 40 minutos; - via oral: 1 a 2 horas. **SOBREDOSAGEM:** Risco de perturbações digestivas. Os casos

excepcionais de sobredosagem assinalados não puseram em evidência perturbações hematológicas ou biológicas. **Tratamento:** fazer uma lavagem gástrica.

### Informações complementares a pedido

### Produtos Farmacêuticos Diamant, Lda.

Est. Nac. 249, Km 14,2 - Apartado 39 - 2726 MEM MARTINS Codex

NIPC: 502752696

Registo Comercial da Amadora N.º 7654

Capital Social 20.000.000\$00

APRESENTAÇÃO	P.V.P.	ESTADO	UTENTE	REGIME DE COMPARTICIPAÇÃO
Comprimidos Cx. 20 comp. 4 mg	1.343\$00	537\$00 739\$00	806\$00 604\$00	40% 55%
Comprimidos Cx. 60 comp. 4 mg	3.333\$00	1.333\$00 1.833\$00	2.000\$00 1.500\$00	40% 55%
Ampolas Cx. 6 amp. 4 mg	840\$00	336\$00 462\$00	504\$00 378\$00	40% 55%

IVA 5% INCLUÍDO

**Hoechst Marion Roussel, Lda.**  
Uma Empresa do Grupo Hoechst

derar-se todas as ausências imputáveis ao trabalhador, independentemente das suas causas e de se converterem em faltas justificadas ou não<sup>(32)</sup>. É reconhecido actualmente que as causas do absentismo laboral são multifactoriais, mas que entre estas as doenças não profissionais têm um papel altamente significativo<sup>(32)</sup>. Estudos sociológicos revelam que durante a década de 70 operou-se uma alteração significativa nos perfis de morbilidade da população activa das sociedades industriais e pós-industriais, havendo uma queda de importância dos acidentes de trabalho e da patologia infecciosa, e um recrudescimento da patologia mental, cardiovascular, respiratória e músculo-esquelética, como causas de absentismo laboral<sup>(33)</sup>.

No estudo por nós efectuado, as DR revelaram-se como a principal causa de absentismo laboral, representando 22,9% do total de períodos de baixa e 42,5% do total de dias de absentismo. Estes valores são superiores aos apresentados por Loução Martins<sup>(13)</sup>, mas são concordantes com outros trabalhos realizados internacionalmente, nomeadamente, em Espanha<sup>(13,20)</sup>. Apesar destas variações, em geral, os trabalhos publicados reconhecem que as DR são uma das causas que mais frequentemente contribuem para o absentismo laboral<sup>(10,13,20,33,34)</sup>. Este papel relevante das DR na origem de uma parte significativa do absentismo laboral é justificado devido à elevada prevalência das queixas músculo-esqueléticas na população e ao facto destas afectarem frequentemente indivíduos em idade activa<sup>(10)</sup>.

As Raquialgias e a Osteoartrose constituíram as causas principais de absentismo no estudo por nós efectuado, representando 76% dos dias de absentismo laboral provocados por queixas reumatológicas. Estes números concordam com o descrito por outros autores<sup>(24,35)</sup>. Apesar deste predomínio das raquialgias e da patologia degenerativa articular como causas de absentismo laboral, justificado em grande parte pela sua elevada prevalência, deve-se notar que patologias mais raras, como a Artrite Reumatóide, apresentam índices de morbilidade relativa mais acentuados, como também se verificou no nosso estudo<sup>(10)</sup>.

Por falta de meios de comprovação do motivo principal de incapacidade permanente nos doentes por nós estudados, não foi possível incluir dados quanto às causas de reforma antecipada. No entanto, é sabido que as DR são uma das principais causas de incapacidade permanente e de reforma por invalidez<sup>(7,10,13,20,36)</sup>.

Como é demonstrado pelo nosso trabalho e como é reconhecido internacionalmente, justifica-se que as estruturas de saúde tenham em atenção a grande importância das DR como causadoras de sofrimento e de altos graus de incapacidade. Os critérios económicos de custo/benefício, também apontam para o interesse da implementação de um verdadeiro programa de luta anti-reumática ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

As análises estatísticas realizadas na Comunidade Económica Europeia comprovam que as patologias médicas relacionadas com o aparelho locomotor são responsáveis, aproximadamente, por 33,5% dos gastos relacionados com a incapacidade por motivo de doença<sup>(6)</sup>. No relatório do EUROSTAT concluiu-se que as doenças com atingimento do aparelho locomotor são a principal causa de incapacidade (Quadro II)<sup>(6)</sup>.

Badley e colaboradores, num excelente estudo realizado no Canadá, concluíram que as DR representam 10,4% dos gastos com a saúde (1,7% do PIB do Canadá) e 32% dos custos com doenças incapacitantes crónicas<sup>(5)</sup>. Estes custos são essencialmente representados por custos indirectos motivados pela incapacidade crónica que as DR frequentemente provocam<sup>(5,31,37)</sup>. Esta

**Quadro II**  
**Conclusão do Relatório EUROSTAT 1990**  
**(referência nº 6)**

“On peut dire que l’origine “maladie” est la principale source de handicaps. Les données de la RFA indiquent que dans les cas des déficiences graves, la maladie conduit dans la majorité des cas à une déficience locomotrice ou physique. On peut noter que l’importance de l’origine maladie et plus élevée dans le cas des données provenant de la sécurité sociale que des recensements et enquêtes nationales.”

importância dos custos indirectos em relação aos directos das DR, leva facilmente ao reconhecimento de que uma diminuição das taxas de incapacidade acente num programa de luta anti-reumática, compensará largamente um reforço de custos directos em meios humanos e instalações, que um programa deste tipo tem que comportar, se bem que, mesmo estes custos directos poderão ser compensados pela diminuição dos gastos com pensões e benefícios de protecção social que um melhor tratamento das DR produzirá (Quadro III)<sup>(37)</sup>.

Países como a Espanha e a Alemanha, ao aperceberem-se desse facto, adoptaram nos últimos anos medidas tendentes a alargar e desenvolver estruturas especializadas de apoio aos doentes reumáticos<sup>(20,38)</sup>.

Em Portugal, apesar dos gastos com doença e invalidez representarem mais de 19% do PIB (mais de 1,3 biliões de contos em 1994) e das DR representarem uma parte importante desses gastos, pouco tem sido feito pelo poder governamental e pelas direcções das estruturas de saúde para permitir uma assistência condigna e acessível aos doentes reumáticos<sup>(39)</sup>. De forma paradoxal, segundo temos conhecimento, mesmo os planos elaborados para a criação de uma rede de apoio nacional aos doentes reumáticos, têm sido sucessivamente retardados pelo poder político e pelas administrações de saúde, fazendo com que os doentes reumáticos, na falta de cuidados especializados, se entreguem muitas vezes nas mãos do charlatanismo com prejuízos para a sua saúde<sup>(8,9,40)</sup>.

O nosso trabalho demonstra que é urgente a criação de uma verdadeira estrutura de apoio reumatológico ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. Em nossa opinião, a prática da Reumatologia deve fazer um passo decisivo para fora do hospital, em direcção aos Centros de Saúde, sem, no entanto, abandonar a sua presença hospitalar nas vertentes assistencial, docente e investigadora. Os protagonistas desta reforma devem ser as Administrações de Saúde, os Médicos Generalistas, os Reumatologistas e os doentes, grandes e principais interessados numa verdadeira e eficaz cobertura reumatológica nacional<sup>(15,41,42,43)</sup>.

### Quadro III Custos das Doenças Reumáticas

*Total de custos com as DR: 8243 milhões de dolares canadianos*

<b>a) Custos Directos</b>	<b>22,0%</b>
Medicamentos	1,6%
Serviços	5,3%
Hospitalares	11,0%
Investigação	0,1%
Pensões	4,0%
<b>b) Custos Indirectos</b>	<b>78,0%</b>
Mortalidade	1,0%
Incapacidade Crónica	73,5%
Incapacidade Aguda	3,5%

A medicina familiar do século XXI deve basear-se numa cooperação estreita entre o médico Generalista e as especialidades mais necessárias, tendo em conta o perfil sanitário da população, de maneira a formar uma equipa que contribua cada vez melhor para o funcionamento do Sistema de Saúde e para a satisfação das necessidades de saúde da comunidade<sup>(44)</sup>. O Reumatologista de forma alguma poderá ficar de fora dessa equipa, pois as necessidades sanitárias e a grande procura da especialidade de Reumatologia, justificam a sua inclusão na assistência ambulatoria próxima dos Cuidados de Saúde Primários, a bem dos doentes e, muito provavelmente, a bem da economia do país<sup>(37,45)</sup>.

## CONCLUSÕES

Os resultados obtidos no nosso estudo permitem-nos concluir que: a) As DR são a principal causa de recurso à consulta de Clínica Geral na nossa população de utentes; b) Mais de metade (57,5%) dos utentes analisados utilizaram pelo menos uma vez a consulta de Clínica Geral devido a queixas reumatológicas; c) O Reumatismo Não Articular e a Osteoartrose foram as

principais alterações reumatológicas detectadas na nossa população de utentes; d) As DR são uma causa frequente de medicação crónica; e) As DR são uma causa importante de absentismo laboral, principalmente devido a Raquialgias e a queixas relacionadas com a Osteoartrite; f) A Artrite Reumatóide, apesar de pouco frequente, tem uma morbidade relativa superior em relação às outras DR.

A importância das DR, no contexto da saúde pública e da economia da saúde, tornam urgente a implementação de um Plano Reumatológico Nacional, capaz de responder às grandes necessidades que estas doenças produzem ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

## BIBLIOGRAFIA

- Cunningham LS, Kelsey JL: Epidemiology of Musculoskeletal impairments and associated disability. *Am J Public Health*, 1984;74:574-579.
- Adams PF, Benson V: Current estimates from the National Health Interview Survey, 1991. *Vital & Health Statistics. Series 10: data from the National Health Survey*, 1992;184:1-232.
- Andrade I, Cunha M, Luz A, Rodrigues I, Zacarias A, Melo G, Portugal M. Quem consulta o médico e porquê? *Rev Port Clin Geral*, 1989;6:22-29.
- Reynolds DL, Chambers LW, Badley EM et al: Physical disability among Canadians reporting musculoskeletal diseases. *J Rheumatol*, 1992;19:1020-1030.
- Badley EM, Tennant A: Impact of disablement due to rheumatic disorders in a British population: estimates of severity and prevalence from the Calderdale Rheumatic Disablement Survey. *Ann Rheum Dis*, 1993;52:6-13.
- Eurostat. *Personnes Handicapées: Données Statistiques*. Vol I: D,GR,F,L,NL,P. 1990.
- Badley EM, Rasooly I, Webster G. Relative importance of musculoskeletal disorders as a cause of chronic health problems, disability, and health care utilization: findings from the 1990 Ontario Health Survey. *J. Rheumatol*, 1994;21:501-514.
- Melo Gomes JA: Reumatologia que futuro? *Arq Reumatol*, 1991;13:223-224.
- Lopes Vaz A. O futuro da Reumatologia em Portugal. *Acta Reuma Port*, 1995;20:5-6.
- Polizzi F. Les Services de Rhumatologie en Italie. In: Y. Chaoat. *Les conséquences socio-economiques des maladies rhumatismales*. Alençon. Imprimerie Alençonnaise, 1987, 49-58.
- Melo Gomes JA. Editorial. *Arq Reumatol*, 1990;12:141-144.
- Figueirinhas J. Estudo epidemiológico dos Reumatismos em Portugal. *Acta Reuma Port*, 1976;4:23-55.
- Loução Martins M. Afecções reumáticas, absentismo e invalidez. *Folha Informativa dos Serviços Médico-Sociais*, 1978;12:1-11.
- Alves de Matos AC, Branco J, Canas da Silva J, Viana de Queiroz MV. Epidemiological survey of rheumatic conditions in a sample of the portuguese population. *Hungarian Rheumatol*, 1991 (Supl);32:80.
- Saraiva M, Saraiva J. Ficheiro Piloto: Uma componente do sistema de informação do clínico geral. *Rev Port Clin Geral*, 1987;4:12-14.
- Schumacher HR, Klippel JH, Robinson DR. In: *Primer of the Rheumatic Diseases*. Ed. Arthritis Foundation, Atlanta, 1988.
- Costa T. Ficheiro Piloto: análise sumária. *Rev Port Clin Geral*, 1987;4:12-14.
- Rodrigues J. A gestão de dados em Clínica Geral/Medicina Familiar: caracterização de uma consulta. *Rev Port Clin Geral*, 1988;5:12-16.
- Santos R. Patologia ambulatória mais frequente num concelho algarvio. *Rev Port Clin Geral*, 1984;1:7-10.
- Reflexiones sobre la realidad de la especialidad y líneas de acción futuras de la Sociedad Española de Reumatología. Comité de Estratégias de Sociedad Española de Reumatología. *Rev Esp Reumatol*, 1994;21:205-213.
- Garcia FJ, Mejia R, Lascuevas P, Santana J, Espinar A. Epidemiology of musculoskeletal complaints and use of health services in Asturias, Spain. *Scand J Rheumatol*, 1994;23:137-141.
- INE. *Anuário Estatístico*. 1984. Madrid, 1984.
- Wood N, Sturrock A, Badley M. Soft tissue rheumatism in the community. *Clin Rheum Dis*, 1979;5:743-753.
- Marty J. Les lombalgies. In: Y. Chaoat. *Les conséquences socio-economiques des maladies rhumatismales*. Alençon. Imprimerie Alençonnaise, 1987, 116-120.
- Estudante A, Saraiva F. Lombalgias - caracterização populacional e estudo comparativo entre um grupo rural e um grupo urbano. *Acta Reuma Port*, 1996;76:7-14.
- Hochberg MC. Adult and juvenile rheumatoid arthritis, current epidemiologic concepts. *Epidemiol Rev*, 1981;3:27-44.
- Mikkelsen N, Dodge H, Duff F. Estimates of the prevalence of rheumatic diseases in the population of Tecumseh, Michigan, 1959-1960. *J Chron Dis*, 1967;20:351-359.
- Conference report. Consensus development conference: diagnosis, prophylaxis and treatment of osteoporosis. *Am J Med*, 1993;94:646-650.
- Utsinger PD. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Clin Rheum Dis*, 1985;11:325-351.
- Neto J, Gonçalves H, Langem L, Cunha M, Randominski S, Oliveira S. Estudo Multicêntrico da prevalência da Artrite Reumatóide do adulto em amostras de população Brasileira. *Rev Bras Reumatol*, 1993;33:169-173.
- Leconte T. Consumption des médicaments antirheumatismaux en médecine ambulatoire. In: Y. Chaoat. *Les conséquences socio-economiques des maladies rhumatismales*. Alençon. Imprimerie Alençonnaise, 1987, 39-48.
- Relatório e análises estatísticas: Balanço Social 1993. Ministério do Emprego e Segurança Social. Departamento de Estatística.
- Guerreiro A. Amanhã vou adoecer: contributo para o estudo do absentismo - doença. *Rev Port Saúde Pública*, 1990;13:37-54.
- Camino M, Millan J, Senra A. Contribution to the study of the epidemiology of rheumatic diseases in our country and their occupational impact. *An Med Interna*, 1990;7:627-630.
- Simon L, Brun V. Lombalgies, fléan social chez les travailleurs. In: Y. Chaoat. *Les conséquences socio-economiques des maladies rhumatismales*. Alençon. Imprimerie Alençonnaise, 1987, 121-127.
- Molina J, Benito V, Massip M, Fuentes J, Echevarria J. La enfermedad reumática como causa de incapacidad laboral permanente en España. *Rev Esp Reumatol*, 1992;19:294-297.
- Badley ME. The economic burden of musculoskeletal disorders in Canada is similar to that for cancer, and may be higher. *J Rheumatol*, 1995;22:204-206.
- Zeidler H. A cooperative model of the German Ministry of

Health funded rheumatic disease centers. *Z Rheumatol*, 1995;54:215-222.

39. Estatísticas de Protecção Social, Associações Sindicais e Patronais, 1994. Instituto Nacional de Estatística, Portugal.

40. Viana de Queiroz M. Charlatanismo e doenças reumáticas. *Acta Reuma Port*, 1986;11:1-3.

41. Canas da Silva J. Reumatologia em Portugal: como, quando e porquê? *Acta Reuma Port*, 1996;76:5-6.

42. Ruiz PB. La reumatologia en la assistência primária: de la

nada a la confusion. *Rev Esp Reumatol*, 1996;23:37-39.

43. Sergent JS. It's the patient stupid? *Arthritis Rheum*, 1994;37:449-453.

44. Fisher J. Quel type de gènèraliste pour le XXI siècle? *Forum Mondial de la Santé*, 1996;17:185-188.

45. Mateo L. El reumatólogo en el área o ¿qué hago yo en un sitio como éste? Experiencia de Barcelona. *Rev Esp Reumatol*, 1996;23:63-65.

# Aspectos Epidemiológicos da Síndrome SEA

Flavio Roberto Sztajnbok<sup>\*\*\*</sup>, Sheila Knupp Feitosa de Oliveira<sup>†</sup>, Paulo César Gahyva Capistrano<sup>††</sup>, Blanca Elena Rios Gomes Bica<sup>†</sup>, Denise Cardoso das Neves Sztajnbok<sup>\*\*\*</sup>, Ângela Carrano<sup>\*\*\*\*</sup>

## INTRODUÇÃO

A Síndrome de Seronegatividade, Entesopatia e Artropatia (Síndrome SEA) foi descrita em 1982 por Rosenberg e Petty<sup>1</sup> e surgiu da necessidade de classificação de crianças em risco para desenvolver uma espondiloartropatia. Sabe-se que a expressão clínica das espondiloartropatias juvenis é diferente do quadro clínico dos adultos, sendo, por exemplo, o acometimento do eixo axial nas crianças tardio no curso da enfermidade, tanto clínica como radiologicamente<sup>2-5</sup>. A Síndrome SEA seria útil, portanto, para identificar-se precocemente crianças com tendência a desenvolver ou evoluir seu quadro clínico músculo-esquelético para alguma das doenças do grupo das espondiloartropatias, na qual a espondilite anquilosante (EA) funciona como protótipo<sup>4,6-8</sup>. Deste modo seria possível diferenciar tais afecções de outras doenças

reumáticas infantis que se caracterizam por acometimento articular crônico, como a artrite reumatóide juvenil (ARJ)<sup>9</sup>, permitindo, desta forma, uma intervenção terapêutica adequada e precoce, com o objectivo de diminuir a morbidade da doença e prevenir deformidades<sup>3,10-14</sup>. Sob outro ponto de vista, os pacientes sem critérios para uma afecção definida do grupo das espondiloartropatias não ficariam sem diagnóstico ou não teriam diagnósticos errôneos<sup>9,15</sup>, permitindo, então, maior uniformidade nos estudos<sup>4,16</sup>.

Várias tentativas posteriores de classificação deste grupo distinto de crianças com características clínico-laboratoriais típicas foram sugeridas, geralmente centradas na presença do HLA B27, com nomenclaturas semelhantes e apenas pequenas diferenças em relação a descrição original da Síndrome SEA<sup>4,5,17,18</sup>. No entanto, encontramos na literatura estudos de acompan-

<sup>†</sup> Professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>††</sup> Médico do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>\*\*\*</sup> Professor Substituto de Pediatria da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>\*\*\*\*</sup> Professor do Serviço de Imunogenética do Hospital Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

hamento prolongado apenas nos grupos que utilizam a denominação Síndrome SEA<sup>16,19,20</sup>. Os resultados desses trabalhos diferem bastante entre si, e, talvez, estas diferenças possam estar ligadas ao tempo de acompanhamento dos pacientes, problemas de metodologia científica e factores genéticos, étnicos ou relacionados ao meio ambiente<sup>16</sup>.

Nossos objectivos neste estudo são, portanto, avaliar, em nosso meio, a proporção de crianças com Síndrome SEA que evoluem para uma afecção definida e as que permanecem como idiopáticas, como definido por Rosenberg e Petty<sup>1</sup>, assim como caracterizar a Síndrome SEA sob o ponto de vista epidemiológico, em relação à idade, sexo e idade de início das queixas.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo onde foram analisadas 43 crianças e adolescentes atendidos nos ambulatórios do Serviço de Reumatologia Pediátrica do Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG-UFRJ) e da Unidade Clínica de Adolescentes da Universidade do Estado do Rio de Janeiro no período de 1990-1994, cujos quadros clínicos preenchem os critérios para o diagnóstico de Síndrome SEA propostos por Rosenberg e Petty<sup>1</sup>, quais sejam:

- início de sintomas músculo-esqueléticos com 16 ou menos anos
- ausência de factor reumatóide clássico (IgM) e anticorpo antinuclear
- presença de entesopatia
- presença de artralgia, com ou sem sinais objectivos de artrite.

Destes 43 pacientes, 36 foram seleccionados para o estudo. Os motivos de exclusão dos outros 7 pacientes foram um tempo de acom-

panhamento considerado curto (menor que 6 meses) ou abandono do acompanhamento clínico periódico. Neste mesmo período de tempo foram acompanhados outros 9 pacientes portadores de espondiloartropatias que, todavia, não preenchiam critérios para Síndrome SEA, basicamente pelo facto de não apresentarem entesopatia. Destes 9 pacientes, 6 tiveram o diagnóstico de Síndrome de Reiter, 1 de artrite psoriásica e 2 de artrite da doença inflamatória intestinal.

Todos os pacientes foram acompanhados prospectivamente, no período de estudo, directamente pelos autores, com a frequência entre as avaliações sucessivas não sendo superior a 6 meses. Um protocolo de avaliação foi elaborado para reunir e possibilitar a análise dos dados epidemiológicos dos pacientes. Nas análises estatísticas foram utilizados o teste de análise de variância para duas amostras independentes e variáveis contínuas (ANOVA) e os testes de Fischer ou qui-quadrado para as variáveis categóricas.

## RESULTADOS

Foram 36 os pacientes que satisfizeram as condições para inclusão neste estudo. Destes, 24 pertenciam ao sexo masculino (66,7%), e os 12 restantes, ao sexo feminino (33,3%), como podemos visualizar na figura 1.

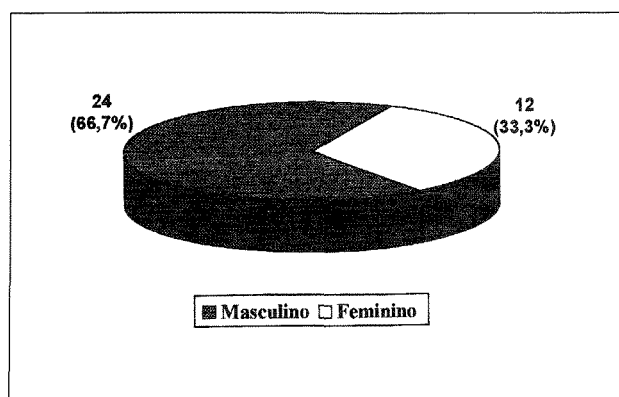


Fig. 1: Distribuição dos pacientes quanto ao sexo.

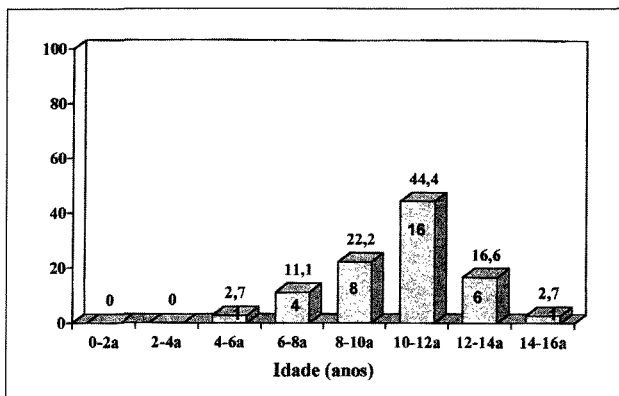


Fig. 2: Distribuição dos pacientes quanto à idade de início dos sintomas músculo-esqueléticos.

Em relação à raça, 8 eram caucasóides (22,2%) e 28 não caucasóides (77,8%).

A idade média de início dos sintomas músculo-esqueléticos foi de 10 anos e 2 meses, com um desvio padrão de  $\pm 2$  anos e 3 meses e com as idades de início variando de 4 anos a 14 anos e 9 meses (10a 2m  $\pm$  2a 3m;  $\Delta$  4a-14a 9m), como podemos visualizar na figura 2. Não houve diferença estatística significativa entre as idades de início nos dois sexos ( $p=0,95$ ).

O tempo de evolução da doença foi definido como aquele desde o início dos sintomas músculo-esqueléticos até a remissão clínico-laboratorial pelo tempo mínimo de 6 meses ou, nos casos dos pacientes que não entraram em remissão, até a última consulta ambulatorial durante a execução deste estudo. O tempo médio de evolução da doença foi de 4a 4m  $\pm$  3a 8m ( $\Delta$  2m-13a 11m), com um tempo médio de acompanhamento de 4a 1m  $\pm$  2a 7m ( $\Delta$  11m-12a 8m). A idade média dos pacientes quando da sua entrada neste protocolo foi de 12a 1m  $\pm$  2a 7m ( $\Delta$  7a 10m-18a).

História prévia de algum traumatismo que pudesse estar relacionado ao início das manifestações músculo-esqueléticas ocorreu em apenas 3 pacientes (8,3%).

História familiar de alguma doença reumática ou de manifestações sugestivas de estarem relacionadas a alguma afecção reumatológica ocorreram em 12 pacientes (33,3%). Espondilite anquilosante e lombalgias de carácter inflama-

tório estiveram presentes em 3 familiares cada uma delas, febre reumática em 2, lúpus eritematoso sistémico e artrite reumatóide em 1 familiar cada e artropatias crónicas sem qualquer afecção definida em outros 2 familiares.

Foram considerados como Síndrome SEA idiopática (SEAi) aqueles casos que não evoluíram para algum tipo de afecção definida, inflamatória ou não, durante o tempo de acompanhamento. Assim, 23 pacientes (63,9%) foram considerados como SEAi, enquanto 13 (36,1%) foram considerados como Síndrome SEA secundária (SEAs). Os pacientes incluídos neste último grupo foram 7 com febre reumática (19,4%), 2 com espondilite anquilosante juvenil (EAJ) (5,6%) e 1 paciente (2,8%) para cada uma das seguintes afecções: ARJ, distrofia simpático reflexa, fibromialgia e neurofibromatose. Considerando-se o grupo de 13 pacientes com SEAs, verifica-se que 10 (76,9%) deles apresentaram doenças inflamatórias, enquanto os outros 3 (23%) apresentaram doenças não inflamatórias. Apenas 2 pacientes apresentaram uma afecção do grupo das espondiloartropatias, representando 5,5% do total das Síndromes SEA e 15,3% das SEAs. Os dados em relação ao diagnóstico final dos pacientes podem ser visualizados na figura 3.

Tornando-se a definição de EA possível proposta por Cabral e cols<sup>20</sup>, que assim denominaram os casos em que havia lombalgia de carácter inflamatório recorrente acompanhada

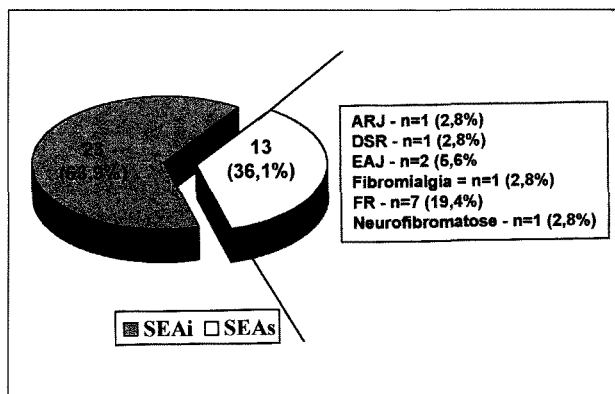


Fig. 3: Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico.



de algum sinal persistente de acometimento da coluna lombo-sacra (limitação de movimento ou dor à palpação das sacroilíacas), em que nenhuma afecção reumática definida surgiu, verificamos que 16 dos nossos pacientes (44,4%) satisfizeram tal definição. Destes, 12 tinham o diagnóstico de SEAi, 2 de EAJ, 1 febre reumática e 1 distrofia simpático reflexa. No grupo dos 20 pacientes que não satisfizeram o conceito, 11 (ou seja, 47,8%) tinham o diagnóstico de SEAi. Melhor falando, dos 23 pacientes com SEAi, praticamente metade satisfaria tais critérios e metade não.

## DISCUSSÃO

As espondiloartropatias juvenis representaram a segunda doença reumática mais frequente num serviço canadense<sup>21</sup> e estão sendo cada vez mais reconhecidas e diagnosticadas, sendo incluídas neste grupo a Síndrome SEA, a EAJ, a tarsite anquilosante, a Síndrome de Reiter, as artropatias associadas às doenças inflamatórias intestinais e a artrite psoriásica associada ao HLA B27<sup>21,22</sup>. A proporção de casos de EAJ ou de espondiloartropatia de início juvenil vistos em diferentes serviços de reumatologia pediátrica aumentou de até 16% nos anos 70 até cerca de 31% na década de 80<sup>9,21,23,24</sup>. A ocorrência de manifestações precoces parece ser mais frequente do que aparentam<sup>1</sup>. Embora clinicamente seja presumível para o reumatologista pediátrico quais são as crianças que estão em maior risco para desenvolverem uma das afecções do grupo das espondiloartropatias, existe uma necessidade de se estabelecer critérios definidos para tal. Várias tentativas de categorização destas crianças foram realizadas, porém os estudos apresentavam limitações importantes. Os estudos de Jacobs e cols<sup>4</sup>, que avaliaram 58 pacientes com artrite crônica e HLA B27 presentes, e o de Hussein e cols<sup>3</sup>, carecem de diagnósticos da evolução do grupo de pacientes estudados. O estudo de Sheerin e cols<sup>44</sup> adoptou um conceito próprio de EA definida, provável ou possível, mostrando uma diferença grande na frequência de pacientes

quando utilizados os critérios ainda aceites para o diagnóstico de EAJ quando comparados aos diagnósticos possíveis ou prováveis elaborados pelos autores.

Em 1992, Prieur e cols<sup>25</sup> avaliaram a aplicabilidade em crianças dos critérios da ESSG (European Spondyloarthritis Study Group), de Amor, da Síndrome SEA e de Garmisch Partenkirchen para diferenciação entre as espondiloartropatias juvenis e outras doenças reumáticas, concluindo que os critérios estabelecidos para adultos (ESSG e Amor) poderiam ser utilizados na faixa etária pediátrica com resultados semelhantes aos critérios elaborados primariamente para esta faixa etária (Garmisch Partenkirchen e Síndrome SEA). Neste estudo, publicado sob forma resumida, a Síndrome SEA foi a mais específica porém a menos sensível para o diagnóstico de EAS em crianças. Este estudo constou de pacientes vistos durante um período de 1 mês, sem menção do tempo de acompanhamento dos mesmos. Alguns estudos sequer levaram em consideração pacientes sem o HLA B27 e que vieram a desenvolver uma espondiloartropatia<sup>4,5</sup>.

A Síndrome SEA é de descrição recente e surgiu da necessidade de identificação precoce destas crianças e adolescentes com maior probabilidade de evoluírem para uma espondiloartropatia, justificando-se, assim, uma intervenção terapêutica própria e precoce no intuito de prevenir a progressão da doença e suas deformidades características. Critérios diagnósticos utilizados em populações adultas, como os de Roma<sup>26</sup>, os de New York<sup>27</sup> e os de New York modificados<sup>28</sup>, não se mostraram úteis na faixa etária pediátrica, principalmente pelas próprias características clínicas da evolução desta última afecção. Sabe-se que o acometimento articular periférico pode anteceder o comprometimento axial em anos<sup>1,2,15,18,19,29-37</sup>, com poucos estudos mostrando acometimento axial precoce nas crianças e adolescentes<sup>14,34</sup>, daí decorrendo a difícil aplicabilidade dos critérios de Roma, New York ou New York modificados em crianças. Além disso, valores de mensuração da flexão anterior da coluna lombar pela técnica de Schober modificada por Macrae e Wright<sup>38</sup> estão

disponíveis apenas para crianças após os 6 anos de idade<sup>39,40</sup> e os poucos estudos sobre a expansibilidade torácica em crianças e adolescentes<sup>41</sup> mostraram que não são úteis para avaliação rotineira. A interpretação radiológica das sacroilíacas na faixa etária pediátrica é difícil<sup>3,13,19</sup>, prejudicando ainda mais definições que poderiam ajudar a estabelecer-se um diagnóstico definitivo. Não podemos esquecer os factos que os acometimentos cutâneos (no caso de artrite psoriásica) e de tracto digestivo (no caso de doença inflamatória intestinal) podem surgir mais tardiamente no curso da doença articular periférica e/ou axial<sup>1,42</sup>, contribuindo, pois, para atraso no diagnóstico.

Assim, em 1982, Rosenberg e Petty<sup>1</sup> estudaram um grupo de crianças portadoras de quadros articulares crónicos com características clínicas, epidemiológicas e laboratoriais próprias e que se assemelhavam mais à EAJ que à ARJ, sendo este quadro denominado Síndrome SEA. Desde então, poucos estudos sobre o comportamento desta síndrome em crianças e adolescentes de diferentes populações foram realizados, mostrando, porém, que o comportamento clínico-laboratorial variou entre os diferentes grupos estudados, e que nem sempre a evolução para uma afecção do grupo das espondiloartropatias esteve presente de forma uniforme<sup>16,19,20</sup>. Como a evolução clínica desta síndrome pareceu variar entre diferentes populações, novos estudos serão sempre úteis na discussão da epidemiologia, clínica e, talvez, possíveis factores envolvidos na sua patogenia.

Várias outras tentativas de classificação e categorização destas crianças, como já mencionámos, foram propostas<sup>4,10,13,36,43</sup> mas nenhuma delas é utilizada rotineiramente, apenas tão somente pelos serviços que as determinaram. Apenas a Síndrome SEA vem sendo aceite e utilizada por diferentes grupos e alguns estudos de acompanhamento prolongado têm sido relatados. Para estudarmos este grupo de crianças e adolescentes que teriam supostamente uma maior probabilidade de evoluírem para uma das enfermidades do grupo das espondiloartropatias, decidimos utilizar, portanto, a Síndrome SEA como forma de classificação. Nosso

objectivo foi estudar seu comportamento em nosso meio, comparando-o com o de outras populações estudadas, tentando contribuir para um melhor entendimento das características epidemiológicas desta síndrome recentemente descrita.

Estudando-se as séries de pacientes com Síndrome SEA podemos notar a predominância do acometimento do sexo masculino em relação ao feminino, aproximando-a mais da EAJ que da ARJ. Na casuística de Rosenberg e Petty<sup>1</sup> esta relação é de 11:1, enquanto nos estudos de Cassidy e Petty<sup>9</sup> 9:1, no de Burgos-Vargas e Clark<sup>19</sup> 4:1 e no de Olivieri e cols<sup>16</sup> 1,8:1. No nosso estudo 24 pacientes pertenciam ao sexo masculino e 12 ao feminino, perfazendo uma relação 2:1, com predomínio do sexo masculino, semelhante aos dados da literatura. Na ARJ, a relação entre os sexos masculino e feminino foi de 1:4 nos estudos de Rosenberg e Petty<sup>1</sup> e Cassidy e Petty<sup>9</sup> e 1:2 no de Burgos-Vargas e Clark<sup>19</sup>. Em relação à EAJ, temos dados deste último estudo<sup>19</sup>, mostrando uma relação de 6:1 e do estudo de Cassidy e Petty<sup>9</sup>, onde a relação ficou em 7:1. Vemos, assim, que a Síndrome SEA, à semelhança da EAJ e diferentemente da ARJ, tem predominância no sexo masculino. Curiosamente, os nossos dois únicos casos que evoluíram para EAJ foram do sexo feminino.

A idade do início das manifestações músculo-esqueléticas na Síndrome SEA deu-se, nas diferentes casuísticas disponíveis, principalmente no final da infância ou início da adolescência. A média da idade do início dos sintomas foi de 9,8, 9,2, 12,2 e 10 anos, respectivamente nos estudos de Rosenberg e Petty<sup>1</sup>, Burgos-Vargas e Clark<sup>19</sup>, Olivieri e cols<sup>16</sup> e Cassidy e Petty<sup>9</sup>. Os mesmos dados em relação à ARJ foram de 5,1 e 8,8 anos nos dois primeiros estudos<sup>1,19</sup>, sendo que apenas o primeiro mostrou significado estatístico na comparação entre as idades de início da Síndrome SEA e da ARJ. Na casuística de Cassidy e Petty<sup>9</sup>, a idade média de início dos sintomas no grupo com ARJ foi de 5 anos, mas não há menção de comparação estatística com a Síndrome SEA e a EAJ. A idade média de início dos sintomas no grupo da EAJ foi de 10,2 anos no estudo de Burgos-Vargas e

Clark<sup>19</sup> e acima de 10 anos no de Cassidy e Petty<sup>9</sup>, concordante com os dados de Schaller sobre a idade de início mais tardio na infância dos casos de EAJ<sup>13</sup>. Em nossa casuística também encontramos a média de idade do início dos sintomas no final da infância, ficando este valor em 10a 2m. No entanto, as idades de início que encontramos variaram de 4a a 14a 9m. Comparando-se os dois sexos, em nossos dados não houve diferença estatisticamente significativa entre as idades de início dos sintomas, isto é, não houve relação entre sexo e idade de início.

Uma história familiar de artrite esteve presente em 21 de 38 pacientes (55%) da série de Rosenberg e Petty<sup>1</sup>, sendo que cinco destes casos tratavam-se de EA. Sua casuística mostrou, ainda, história familiar positiva em parentes de primeiro grau em 12 dos 38 pacientes com Síndrome SEA (31,5%) e apenas 4 de 99 pacientes com ARJ (4%). Olivieri e cols<sup>16</sup> encontraram história familiar em 2 dos seus 11 pacientes com Síndrome SEA (18%), sendo um dos casos uma EA e o outro uma Síndrome de Reiter. Corroboram os dados acima outros citados por Cassidy e Petty<sup>9</sup>, onde, para Síndrome SEA, EAJ e ARJ respectivamente, encontraram história familiar de artrite em 65%, 65% e 30% dos casos. Em nosso estudo, história familiar de alguma doença reumática ou de manifestações sugestivas de estarem relacionadas a algumas delas (artrite crônica, lombalgia de carácter inflamatório, entesopatia, uveíte) estiveram presentes em 12 pacientes, ou seja, 33,3% da nossa casuística. As afecções mais frequentemente encontradas foram lombalgias de carácter inflamatório e EA em 3 parentes cada. Artropatias crônicas sem critérios diagnósticos para alguma doença reumática ocorreram em 2 parentes, febre reumática em outros 2 e lúpus eritematoso sistémico e artrite reumatóide em 1 parente cada.

Do exposto acima, e de acordo com os nossos resultados, concordantes com a literatura, evidencia-se a semelhança entre a Síndrome SEA e a EAJ, mas não com a ARJ, dos pontos de vista epidemiológico e demográfico, sugerindo, portanto, que a Síndrome SEA possa ser uma forma precoce ou ainda incompleta de EAJ<sup>2</sup>. Alguns dados em relação à Síndrome de Reiter,

artropatia da doença inflamatória intestinal e artrite psoriásica, como a sua predominância no sexo masculino e a idade de início mais tardio na infância, sugerem, de forma mais abrangente, que a Síndrome SEA seja uma forma precoce ou ainda incompleta de apresentação das afecções do grupo das espondiloartropatias<sup>1,42,44</sup>.

É descrito na literatura relação entre início do quadro sindrômico e história prévia de traumatismo. Na série de Olivieri e cols<sup>16</sup>, 2 pacientes tiveram história prévia de trauma físico (18,1%). Em nossa casuística, tal facto ocorreu em 3 pacientes, ou seja, 8,3% do grupo estudado. Ainda que tal achado seja descrito, não se sabe como o traumatismo desencadearia o início da afecção, ou se a sua ocorrência seria apenas coincidência, numa faixa etária em que o facto é bastante comum.

A Síndrome SEA parecia ser útil para a identificação precoce de crianças e adolescentes com provável evolução para uma afecção do grupo das espondiloartropatias. No entanto, esta evolução tem-se mostrado diferente entre as diferentes populações estudadas. Enquanto a evolução para EA ocorreu em apenas 1 paciente (9,1%) da série italiana em 5 ou mais anos de doença, a série canadense<sup>1,20</sup> mostrou esta evolução em 38,5% de seus pacientes em período de 11 anos e a série mexicana<sup>19</sup> mostrou que 92,3% das crianças com Síndrome SEA estudadas evoluíram para EAJ em período superior a 5 anos de doença. Caso consideremos na série canadense casos definidos ou possíveis (acompanhamento axial de natureza inflamatória acompanhado de sinais persistentes na coluna lombo-sacra, como limitação de movimentos ou dor à compressão de sacroilíacas, sem alterações radiológicas que preencham critérios definidos para EA ou, ainda, sem critérios definidos para qualquer doença reumatológica) a frequência de diagnósticos, no mesmo período de 11 anos, seria de 64%. Apenas 2 dos 36 pacientes de seguimento do estudo (cerca de 5%) permaneceram como Síndrome SEA idiopática neste período de 11 anos (os 2 casos que apresentaram artralgia inicialmente). Portanto, no geral, dos 39 pacientes da série original houve, em 11 anos, evolução para uma espondilo-

artropatia possível ou definida em 25 pacientes (64%), para ARJ em 4 (10,5%), para condições não inflamatórias em 5 (13%) e apenas 2 pacientes (5%) ficaram com diagnóstico de SEAi. Levando-se em conta apenas diagnósticos definitivos de EAJ, esta evolução ocorreu em apenas 15 pacientes (38,5%), dado que achamos mais fidedigno. Em nosso acompanhamento médio de 4a 1m, verificamos que, em nossa população estudada, foi pequena a evolução para EAJ, só tendo ocorrido tal facto em 2 pacientes (5,6%). No curso do acompanhamento, outros pacientes com Síndrome SEA mostraram evolução para outras enfermidades. Em 7 casos (19,4%) confirmou-se o diagnóstico de febre reumática e em um paciente (2,8%) o diagnóstico de ARJ. Houve 3 casos (8,3%) de enfermidades não inflamatórias: neurofibromatose, distrofia simpático reflexa e fibromialgia, sendo que dos dois primeiros não se encontrou relato semelhante na literatura. Foram considerados como SEAi 23 pacientes (63,9%). Caso utilizássemos a definição de Cabral e cols<sup>20</sup> para EA possível encontraríamos 16 pacientes (44,4%) satisfazendo tal definição. É interessante o facto que, no grupo de pacientes com SEAi, metade satisfaz os critérios de EA possível e a outra metade não, sugerindo que, em nosso meio, a presença de Síndrome SEA, a exemplo da população estudada por Olivieri e cols<sup>16</sup>, não determine uma evolução para uma espondiloartropatia definida, ao menos nos primeiros anos de doença.

Tais dados sugerem ser a Síndrome SEA uma forma precoce de apresentação das espondiloartropatias na faixa etária pediátrica e que, enquanto não houver melhor sistema de classificação para o diagnóstico da EAJ ou das espondiloartropatias juvenis, poderia ser utilizada para a identificação precoce de crianças em risco para desenvolverem estas afecções, conforme preconizado por alguns autores<sup>1,19,20</sup>. No entanto, como verificado em outros estudos de Síndrome SEA<sup>16,45,46</sup>, esta grande associação entre Síndrome SEA e EAJ ou outras espondiloartropatias definidas pode não ser verdadeira para todas as populações. Além dos dados de Olivieri e cols<sup>16</sup>, já mencionados,

encontramos ainda na literatura, sob a forma resumida, 2 estudos<sup>45,46</sup>, um argentino e o outro espanhol que, à semelhança do estudo italiano e também do nosso, encontraram dados epidemiológicos e demográficos, como idade de início dos sintomas e frequência por sexo, muito semelhantes aos outros estudos sobre Síndrome SEA, mas, no entanto, não houve evolução para EAJ em nenhum destes estudos.

A pouco frequente evolução de nossos pacientes para uma espondiloartropatia definida sugerem que, na população por nós estudada, a Síndrome SEA, embora semelhante na maioria dos aspectos epidemiológicos aos achados de literatura, na maioria das vezes não está relacionada à evolução para uma espondiloartropatia definida, pelo menos no tempo por nós estudado, e que outras enfermidades, principalmente de natureza inflamatória, ou até eventualmente de natureza não inflamatória, devem ser lembradas frente a um diagnóstico de Síndrome SEA. Um acompanhamento destes pacientes por um período ainda maior poderá elucidar mais dados quanto ao comportamento desta afecção em nosso meio.

## BIBLIOGRAFIA

1. Rosenberg, A.M., Petty, R.E. A Syndrome of seronegative enthesopathy and arthropathy in children. *Arthritis Rheum* 1982;25(9):1041-1047.
2. Burgos-Vargas, R., Petty, R.E. Juvenile ankylosing spondylitis. *Rheum Dis Clin North Am* 1992;18(1):123-142.
3. Hussein, A., Abdul-Khaliq, H., Von Der Hardt, H. Atypical spondyloarthritis in children: proposed diagnostic criteria. *Eur J Pediatr* 1989;148:513-517.
4. Jacobs, J.C., Berdon, W.E., Johnston, A.D. HLA-B27-associated spondyloarthritis and enthesopathy in childhood: clinical, pathologic, and radiographic observations in 58 patients. *J Pediatr* 1982;100(4):521-528.
5. Sheerin, K.A., Giannini, E.H., Brewer Jr, E.J., Barron, K.S. HLA-B27-associated arthropathy in childhood. Long-term clinical and diagnostic outcome. *Arthritis Rheum* 1988;31(9): 1165-1170.
6. Burgos-Vargas, R. Spondyloarthropathies and psoriatic arthritis in children. *Curr Opin Rheumatol* 1993;5:634-643.
7. Jacobs, J.C. Spondyloarthritis and enthesopathy: current concepts in rheumatology. *Arch Intern Med* 1983;143:103-107.
8. Petty, R.E. HLA-B27 and rheumatic diseases of childhood. *J Rheumatol* 1990;17(suppl 26):7-10.
9. Cassidy, J.T., Petty, R.E. *Textbook of Pediatric Rheumatology*. New York, Churchill Livingstone, 2 ed, 1990:221-259.
10. Häfner, R. Die juvenile spondylarthritis: retrospektive untersuchung an 71 patienten. *Monatsschr Kinderheilkd* 1987; 135:41-46.

# Calsyn

monospray

CALCITONINA SINTÉTICA DE SALMÃO



Calsyn



**RHÔNE-POULENC RORER**

CENTRO EMPRESARIAL TORRES DE LISBOA - Rua Tomás da Fonseca - Torre A, r/c B 1600 Lisboa

11. Hussein, A. Die HLA-B27-assozierten spondyloarthritisiden im Kindesalter. *Monatsschr Kinderheilkd* 1987;135:185-194.
12. Maltz, B.A., Sussman, P., Calabro, J.J. Peripheral arthritis as an initial manifestation of ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 1969;12:680-681.
13. Schaller, J.G. Ankylosing spondylitis of childhood onset. *Arthritis Rheum* 1977;20(suppl 2):398-401.
14. Schaller, J., Bitnum, S., Wedgwood, R.J. Ankylosing spondylitis with childhood onset. *J Pediatr* 1969;74(4):505-516.
15. Schaller, J.G. The seronegative spondyloarthropathies of childhood. *Clin Orthop* 1979;143:76-83.
16. Olivieri, I., Foto, M., Ruju, G.P., Gemignani, G., Giustarini, S., Pasero, G. Low frequency of axial involvement in caucasian pediatric patients with seronegative enthesopathy and arthropathy syndrome after 5 years of disease. *J Rheumatol* 1992;19(3):469-475.
17. Prieur, A.-M. HLA B27 associated chronic arthritis in children: review of 65 cases. *Scand J Rheumatology* 1987;(suppl 66):51-56.
18. Thomson, G.T.D., Inman, R.D. Diagnostic conundra in the spondyloarthropathies: towards a base for revised nosology. *J Rheumatol* 1990;17(4):426-429.
19. Urgos-Vargas, R., Clark, P. Axial involvement in the seronegative enthesopathy and arthropathy syndrome and its progression to ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 1989;16(2):192-197.
20. Cabral, D.A., Oen, K.G., Petty, R.E. SEA Syndrome revisited: a longterm followup of children with a syndrome of seronegative enthesopathy and arthropathy. *J Rheumatol* 1992;19(8):1282-1285.
21. Rosenberg, A.M. Analysis of a pediatric rheumatology clinic population. *J Rheumatol* 1990;17(6):827-830.
22. Burgos-Vargas, R., Vázquez-Mellado, J. The early clinical recognition of juvenile-onset ankylosing spondylitis and its differentiation from juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1995;38(6):835-844.
23. Ansell, B.M. Juvenile chronic polyarthritis: series 3. *Arthritis Rheum* 1977;20(suppl 2):176-178.
24. Schaller, J.G. Juvenile rheumatoid arthritis: series 1. *Arthritis Rheum* 1977;20(suppl 2):165-170.
25. Prieur, A.-M., Dougados, M., Listrat, V., Amor, B. Evaluation of four sets of criteria for spondylarthropathy in children: a multicentre european cross-sectional study. *Arthritis Rheum* 1992;35(suppl):S190.
26. Moll, J.M.H. Ankylosing Spondylitis. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1980.
27. Bennett, P.H., Burch, T.A. New York symposium on population studies in the rheumatic diseases: new diagnostic criteria. *Bull Rheum Dis* 1967;17(8):453-458.
28. Wollheim, F.A. Ankylosing spondylitis. In: Kelley, W.N., Harris Jr., E.D., Ruddy, S., Sledge, C.B. *Textbook of Rheumatology*, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 4 ed, 1993:944.
29. Burgos-Vargas, R., Madariaga-Ceceña, M.A., Katona-Salgo, G. Espondilitis anquilosante juvenil: características clínicas en 41 enfermos. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1985;42(9):523-530.
30. Burgos-Vargas, R., Naranjo, A., Castillo, J., Katona, G. Ankylosing spondylitis in the mexican mestizo: patterns of disease according to age at onset. *J Rheumatol* 1989;16(2):186-191.
31. García-Morteo, O., Maldonado-Cocco, J.A., Suárez-Almazor, M.E., Garay, E. Ankylosing spondylitis of juvenile onset: comparison with adult onset disease. *Scand J Rheumatology* 1983;12:246-248.
32. Hanly, J.G., Mitchell, M.J., Barnes, D.C., MacMillan, L. Early recognition of sacroiliitis by magnetic resonance imaging and single photon emission computed tomography. *J Rheumatol* 1994;21(11):2088-2095.
33. Jacobs, J.C. *Pediatric Rheumatology for the Practitioner*. New York, Springer-Verlag, 2 ed, 1993:360-408.
34. Ladd, J.R., Cassidy, J.T., Martel, W. Juvenile ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 1971;14(5):579-590.
35. Petty, R.E., Malleon, P. Espondiloartropatias da infância. *Clin Ped Am Norte* 1986;33(5):1129-1146.
36. Prieur, A.-M., Dougados, M., Listrat, V., Amor, B. Evaluation of four sets of criteria for spondylarthropathy in children: a multicentre european cross-sectional study. *Arthritis Rheum* 1992;35(suppl):S190.
37. Thomson, G.T.D., Inman, R.D. Diagnostic conundra in the spondyloarthropathies: towards a base for revised nosology. *J Rheumatol* 1990;17(4):426-429.
38. Macrae, I.F., Wright, V. Measurement of back movement. *Ann Rheum Dis* 1969;28:584-589.
39. Burgos-Vargas, R., Lardizabal-Sanabria, J., Katona, G. Anterior spinal flexion in healthy mexican children. *J Rheumatol* 1985;12(1):123-125.
40. Moran, H.M., Hall, M.A., Barr, A., et al: Spinal mobility in the adolescent. *Rheumatol Rehab* 1979;18:181-185.
41. Burgos-Vargas, R., Castelazo-Duarte, G., Orozco, J.A., Garduño-Espinosa, J., Clark, P., Sanabria, L. Chest expansion in healthy adolescents and patients with the seronegative enthesopathy and arthropathy syndrome or juvenile ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 1993;20(11):1957-1960.
42. Lindsley, C.B., Schaller, J.G. Arthritis associated with inflammatory bowel disease in children. *J Pediatr* 1974;84(1):16-20.
43. Doherty, M. Common regional pain syndromes III. *The Practitioner* 1989;233:1541.
44. Rosenberg, A.M., Petty, R.E. Reiter's disease in children. *Am J Dis Child* 1979;133:394-398.
45. Gámir, M.L., López, A., Revenga, M. Seronegative enthesopathy and arthropathy syndrome: manifestations and clinical course of 11 cases. *Clin Exp Rheumatol* 1995;13:538.
46. Secundini, R., Espada, G., Maldonado-Cocco, J.A. Seronegative enthesopathy and arthropathy syndrome in juvenile patients. Long term follow-up. *Rev Bras Reumatol* 1994;34(suppl):S19.

# Doença de Kawasaki: Relato de 52 Casos

Claudia L. Souza<sup>1</sup>, Andrea V. Goldenzon<sup>2</sup>, Christiane D. Diniz<sup>3</sup>, Flávio Roberto Sztajnbok<sup>4</sup>,  
Blanca E. R. Bica<sup>5</sup>, Sheila K. F. Oliveira<sup>6</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Traçar um perfil clínico laboratorial da enfermidade em nosso serviço e compará-lo com relatos de literatura em outros países.

**Métodos:** Foram analisados retrospectivamente 52 pacientes portadores de Doença de Kawasaki (DK) admitidos no Serviço de Reumatologia Pediátrica do IPPMG-UFRJ, sendo analisados quanto aos critérios diagnósticos e outras manifestações, além de idade, sexo e data de início da doença.

**Resultados:** Houve predomínio do sexo masculino numa proporção de 2:1, com idade média de 4,37 anos. Em relação aos critérios da doença, observamos adenomegalia em 67%, conjuntivite em 73%, alterações mucosas e exantema em 96% e tanto febre como alterações cutâneas de extremidades em todos os casos.

**Conclusões:** A idade média de início da doença em nosso serviço foi mais alta que a descrita em literatura e houve ainda, uma menor incidência de alterações coronarianas. Observamos também um aumento do número de casos novos nos últimos anos que pode indicar um real aumento da incidência ou o melhor reconhecimento dessa enfermidade pelos profissionais de saúde. (Acta Reuma Port 1997; 80:29:32)

*Palavras-chave:* Doença de Kawasaki - Síndrome Mucocutânea Ganglionar.

<sup>1</sup>Especializanda do Serviço de Reumatologia Pediátrica do IPPMG-UFRJ; <sup>2</sup>Especializanda do Serviço de Reumatologia Pediátrica do IPPMG-UFRJ; <sup>3</sup>Médica voluntária do Serviço de Reumatologia Pediátrica do IPPMG-UFRJ; <sup>4</sup>Professor Auxiliar do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRJ; <sup>5</sup> Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRJ <sup>6</sup>Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRJ - Chefe do Serviço de Reumatologia Pediátrica do IPPMG-UFRJ

## INTRODUÇÃO

A doença de Kawasaki, inicialmente conhecida como síndrome mucocutânea ganglionar, é uma arterite necrotizante de pequenas e médias artérias, aguda e auto-limitada e, na maioria das vezes, benigna, cujas principais características são utilizadas como critérios diagnósticos (Quadro I).

Epidemiologicamente a doença predomina em japoneses e descendentes com idade média de início, no Japão, de 1,5 meses e predomínio no sexo masculino.

Embora o início agudo e a ocorrência em surtos nos faça pensar em um provável agente etiológico infeccioso, ainda não foi possível a demonstração de um microorganismo directamente relacionado à doença.

Laboratorialmente, observamos um aumento da velocidade de hemossedimentação (VHS) acompanhada de leucocitose e trombocitose que ocorre caracteristicamente a partir da 2ª semana de doença. Não há presença de factor reumatóide ou factor anti-nuclear e a antiestreptolisina O não se eleva.

Segundo o trabalho de Calabro<sup>1</sup> os aneurismas coronarianos ocorrem em 18% dos casos tratados com ácido acetilsalicílico, 20% naque-

les que não recebem qualquer tratamento e em 65% dos pacientes tratados com corticóides. A utilização de gamaglobulina endovenosa (GGEV) em altas doses na fase aguda da doença reduziu o risco desta complicação para 4%, segundo Newburg et al<sup>2</sup>.

Nosso objectivo no presente estudo é traçar um perfil clínico-laboratorial da enfermidade em nosso serviço e compará-lo com os relatos de literatura em outros países, uma vez que não há estudos epidemiológicos sobre a doença de Kawasaki em nosso país.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram analisados retrospectivamente todos os pacientes portadores de doença de Kawasaki admitidos no Serviço de Reumatologia Pediátrica do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG-UFRJ) entre Janeiro de 1986 e Dezembro de 1995 sendo registados: data e idade de início da doença, sexo, critérios diagnósticos presentes e outras manifestações clínicas.

Avaliamos ainda o estudo cardiológico dos 52 pacientes realizado através de electro e ecocardiograma bidimensional e os valores de VHS e plaquetas durante as fases iniciais da doença.

Foram excluídos deste estudo aqueles pacientes com quadros atípicos ou incompletos da Doença de Kawasaki.

## RESULTADOS

Das 52 crianças com doença de Kawasaki atendidas nos últimos 10 anos em nosso serviço a idade de início da doença variou de 3 meses a 12 anos, com idade média de 4,37 anos e predomínio no grupo de pré-escolares. Trinta e cinco pacientes eram do sexo masculino perfazendo uma proporção de 2:1.

A análise dos critérios diagnósticos revelou a presença de linfadenomegalia em 35 pacientes (67%), 38 apresentaram conjuntivite (73%), 50

### Quadro I Critérios da Doença de Kawasaki

1. Febre durante 5 dias ou mais
2. Hiperemia conjuntival bilateral
3. Alterações de lábios e cavidade oral
  - a. Lábios vermelhos, secos e fissurados
  - b. Língua em morango
  - c. Hiperemia difusa de orofaringe
4. Alterações das extremidades
  - a. Hiperemia de palmas e plantas
  - b. Edema de mãos e pés
  - c. Descamação da ponta dos dedos
5. Exantema polimorfo principalmente em tronco
6. Adenomegalia cervical aguda  $\geq 1,5\text{cm}$  (uni ou bilateral)

Cinco dos seis critérios são necessários para o diagnóstico; ou quatro critérios mais a evidência ecocardiográfica de aneurisma coronariano.



alterações de mucosas (96%), 50 pacientes apresentaram exantema e todos os 52 casos evoluíram com febre e alguma alteração das extremidades (Quadro II).

A febre teve duração média de 12 dias variando entre 5 e 30 dias. Entre as alterações de mucosa oral observamos língua em morango em 22 pacientes, alterações labiais e de orofaringe em 41 casos.

Em relação às anormalidades das extremidades, 26 crianças apresentaram eritema de palmas e plantas, 42 edema de mãos e pés e 44 descamação na fase de convalescença.

A presença de anormalidades electro e ecocardiográficas foi evidenciada em 8 casos apenas, sendo evidenciados 2 pacientes com bloqueio de ramo direito (BRD) de 1º grau ao ECG; 2 crianças com prolapso de válvula mitral ao ecocardiograma e 4 pacientes com dilatação de coronárias. Destes 8 casos, 2 abandonaram o tratamento não possibilitando o acompanhamento ecocardiográfico evolutivo. Um deles teve o 2º ecocardiograma normal após 1 mês de tratamento e o quarto paciente manteve apenas discreta dilatação residual da coronária esquerda sem outras anormalidades. Nenhum deles foi submetido à angiografia coronariana.

A artrite ocorreu em 18 casos, havendo artralguas vagas em outras 7 crianças de difícil caracterização devido à pouca idade e extrema irritabilidade na fase aguda da doença. Observamos ainda manifestações menos frequentes tais como diarreia (6), vômitos (8), hepatomegalia (11), icterícia (1), alopecia difusa (3), linhas de Beau (4) e pneumonite (1).

Laboratorialmente, os pacientes apresentaram VHS elevado que variou entre 20 e 127mm (Westergreen) e a contagem plaquetária também foi elevada na maioria dos casos a partir da segunda semana de doença variando de 210000 a 935000/mm<sup>3</sup>.

Todos os pacientes fizeram uso de ácido acetilsalicílico e apenas dois deles receberam gamaglobulina endovenosa (GGEV) por se tratar de pacientes de instituição pública.

A distribuição por ano da doença de KW é mostrada na figura 1 observando-se um aumento do número de casos novos nos últimos 3 anos.

Crítérios Diagnósticos	Nº de Casos	%
1. Adenomegalia cervical	35	67
2. Conjuntivite	38	73
3. Exantema	52	96
4. a) Língua em morango	22	42
b) Alterações labiais	41	79
c) Hiperemia orofaringe	41	79
5. a) Edema de mãos e pés	42	80
b) Eritema palmo plantar	26	50
c) Descamação	44	85
6. Febre	52	100

## DISCUSSÃO

O comportamento da doença de Kawasaki vem sendo estudada em vários países desde a sua descrição inicial em 1967 por Tomisaku Kawasaki<sup>2</sup>, numa tentativa de conhecer a história natural da doença<sup>3</sup> e de traçar um perfil epidemiológico característico que ajude a esclarecer a sua etiologia<sup>4,5,6</sup>.

No Brasil, além da experiência de nosso serviço<sup>7</sup>, encontramos apenas alguns relatos de casos isolados publicados<sup>8</sup>. Visando assim o melhor conhecimento do perfil da doença em nossos pacientes empreendemos o presente estudo.

Observamos que, apesar da maior incidência

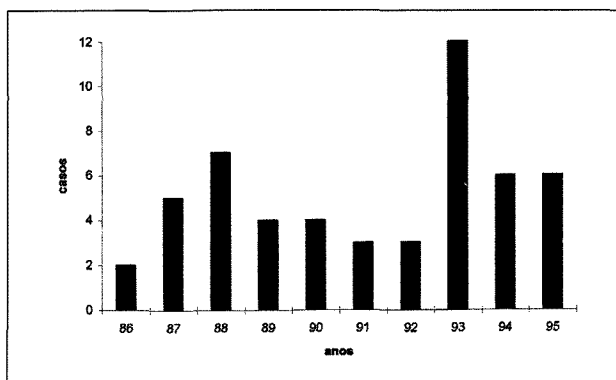


Fig. 1: Incidência da doença de Kawasaki de 1986 a 1995 no IPPMG-UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro (Nº de casos por ano).

em pré-escolares (64%) na nossa casuística, a idade média de início da doença foi mais alta que a descrita nos estudos japoneses, aproximando-se todavia, dos achados em estudos recentes em outros países<sup>9,10,11</sup> onde a idade média de início variou entre 2,5 e 3,2 anos. Isso talvez reflecta o melhor reconhecimento da doença em suas formas menos graves, sem alterações coronarianas, mais frequente em crianças maiores.

Seguindo este raciocínio evidenciamos ainda em nosso trabalho a ocorrência de anormalidades coronarianas em somente 7,7% dos casos tratados com ácido acetilsalicílico, frequência esta bem menor que a relatada na literatura, que alcança a cifra de 15% aproximadamente<sup>3,9,11,12</sup>. Apenas um estudo em Glasgow<sup>13</sup> apresentou uma incidência semelhante de alterações coronarianas (5,5%), entretanto, a sua casuística foi pequena. Não foi possível neste trabalho avaliar a resposta ao uso da gamaglobulina endovenosa, uma vez que apenas dois pacientes tiveram a oportunidade de recebê-la devido ao seu alto custo.

Por fim, ao analisarmos a incidência da DK nestes últimos 10 anos em nosso ambulatório verificamos um aumento do número de casos novos nos últimos 3 anos, sendo que em 1993 a frequência foi quatro vezes maior que nos anos anteriores, reflectindo provavelmente um surto epidémico nessa época; facto observado não só no Japão<sup>6</sup> como também nos Estados Unidos<sup>14,15</sup> em estudos multicêntricos. Não podemos descartar, no entanto, a possibilidade de estar havendo apenas um melhor reconhecimento desta patologia pelos profissionais de saúde.

Concluimos que apesar da DK apresentar-se

frequentemente como doença benigna e autolimitada, é extremamente importante o reconhecimento precoce dessa enfermidade em virtude das complicações que possam advir e causando risco de vida aos pacientes.

## BIBLIOGRAFIA

1. Calabro, J.J.: Vasculitis, Musculoskeletal disease of Children. Gershwin, M.E.; Robbins, D.L.; Grune S. Stratton; 1983;p. 181-187.
2. Newburg, J.; Takahashi, M.; Burns, J. et al: Treatment of Kawasaki syndrome with intravenous gammaglobulin, N. Engl. J. Med. 1986; 315:341-347.
3. Kato, H.; Ichinose, E.; Yoshioka, F. et al: Fate of coronary aneurysms in Kawasaki disease: serial coronary angiography and long-term follow-up studies. Am J Cardiol 1982; 49:1758.
4. Yanagawa, H.; Kawasaki, T.; Shigematsu, I.: Nationwide survey on Kawasaki disease in Japan. Pediatrics 1987; 80(1): 58-62.
5. Yanagawa, H.; Nakamura, Y.: Nationwide epidemic of Kawasaki disease in Japan during winter of 1985-86. Lancet, 1986; (8516):1138-9.
6. Yanagawa, H.; Yashiro, M.; Nakamura, Y. et al: Results of 12 nationwide epidemiological incidence surveys of Kawasaki disease in Japan. Arch of Ped & Adolescent Med. 1995; 149(7): 779-83.
7. Oliveira, S.K.F.: Doença de Kawasaki: revisão de literatura e experiência pessoal com 16 casos. Rev. Bras. Reum., 1988; 28(1): 9-14.
8. Magalhães, C.M.R.; Santos, A.M.; Maia, M.L.B.: Doença de Kawasaki - Relato de caso. J. Pediatria 1987; 62(4):133-7.
9. Solo, E.: Kawasaki disease in Finland in 1982-1992. Scan J Infec Dis. 1993; 25(4):497-502.
10. Smith, P.K.; Goldwater, P.N.: Kawasaki disease in Adelaide: a review. J Ped & Child Health. 1993; 29(2):126-31.
11. St. John, M.A.; Ishmael, R.G.: Outcome of Kawasaki disease in Barbados. West Indian Medical Journal. 1992; 41(2):68-71.
12. Windsor, A.M.; Schell, W.L.; Davis, J.P.: Kawasaki syndrome in Wisconsin. Wisconsin Medical Journal. 1991; 90(1):227-31.
13. Odaibo, F.S.; Goel, K.M.: Kawasaki syndrome in 18 children in the west of scotland. Scottish Med. J. 1991; 36(4):107-9.
14. Bell, D.M.; Brink, E.W.; Nitzen, J.L. et al: Kawasaki syndrome. Description of two outbreaks in the United States. N. Engl. J. Med. 1981; 304:1568-75.
15. Baker, et al. Kawasaki syndrome in the United States. MMWR 1983; 32:98-100.

# Um Caso de Artropatia Degenerativa Rápidamente Progressiva

F. Pimentel Santos<sup>1</sup>, Pedro Gonçalves<sup>1</sup>, Fernando Pitta<sup>2</sup>, viviana Tavares<sup>3</sup>, J. Canas da Silva<sup>4</sup>

## INTRODUÇÃO

A artropatia degenerativa rapidamente progressiva, com destruição e desorganização articular associada a neuropatia sensorial, foi descrita pela primeira vez em 1686 por Charcot em doentes com *Tabes dorsalis*. Quadros articulares semelhantes foram descritos em 1892 por Sokoloff e Brunelle associados a casos de *seringomielia* e, mais recentemente, por Jordan em doentes com neuropatia diabética.

Se a designação de Artropatia de Charcot se encontrava numa fase inicial indissociada da *Tabes Dorsalis*, tal expressão é actualmente empregue para todos os quadros clínicos e radiológicos semelhantes, independentemente da situação etiológica de base.

## CASO CLÍNICO

J.M.L., homem de 70 anos, solteiro, natural e residente em Lisboa, reformado. Doente sem queixas do foro reumatológico até finais de

1994, quando de forma insidiosa passa a referir dor nas ancas, tipo moinha, de ritmo misto, cedendo com terapêutica analgésica/anti-inflamatória. A persistência do quadro algico, associado a incapacidade funcional progressiva que motivou o seu acamamento no início de 1996, determinou o seu internamento para investigação da situação.

Nos antecedentes pessoais havia a referir cegueira do olho esquerdo aos 7 anos na sequência de um traumatismo, uma história de sífilis com envolvimento ocular aos 18 anos, medicada com terapêutica desconhecida e uma laringectomia, por neoplasia da laringe, aos 64 anos. O doente negava hábitos tabágicos ou alcoólicos, e a existência de patologia actual de órgão ou sistema.

O exame objectivo geral não apresentava alterações significativas e na observação reumatológica existia apenas uma franca limitação da mobilidade das coxo-femorais em todos os planos. O exame neurológico evidenciava um nível sensitivo em meia alta, não havendo compromisso trófico dos membros inferiores, déficite motor ou compromisso esfíncteriano.

A avaliação laboratorial sumária não revelava alterações dignas de registo.

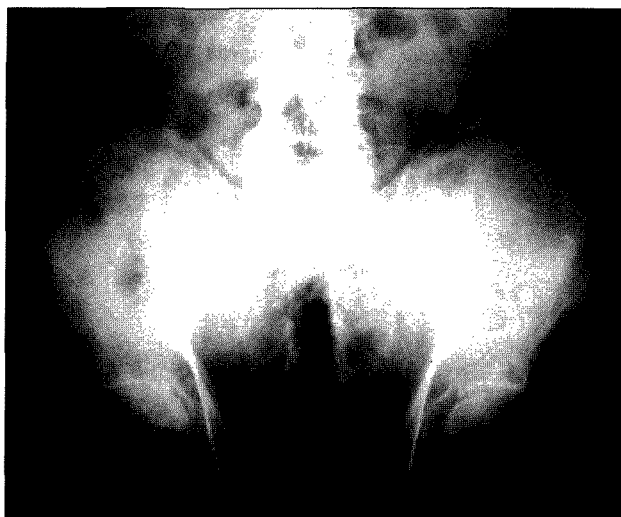
O radiograma da bacia mostrava alterações degenerativas graves com destruição das cabeças femurais e dos acetábulos. Tais alterações terão ocorrido em sensivelmente 12 meses, pois

<sup>1</sup> Interno Complementar de Reumatologia,

<sup>2</sup> Assistente Hospitalar de Neurologia,

<sup>3</sup> Assistente Hospitalar de Reumatologia,

<sup>4</sup> Consultor Reumatologia. Director do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada



**Fig. 1:** Radiografia da bacia de Dezembro de 1994, evidenciando diminuição da interlinha articular ao nível das coxo-femorais e esclerose sub-cordral.

na análise das radiografias então efectuadas (Fig. 1), verificava-se apenas uma diminuição das interlinhas articulares com esclerose subcondral acetabular e osteofitose pouco exuberante. A TAC mostrou fragmentação e densificação bilateral das cabeças femurais e alterações degenerativas evidentes dos tectos acetabulares com numerosas calcificações heterotópicas periarticulares, em provável relação com necrose asséptica/ artropatia de Charcot (Fig. 2 A e B).

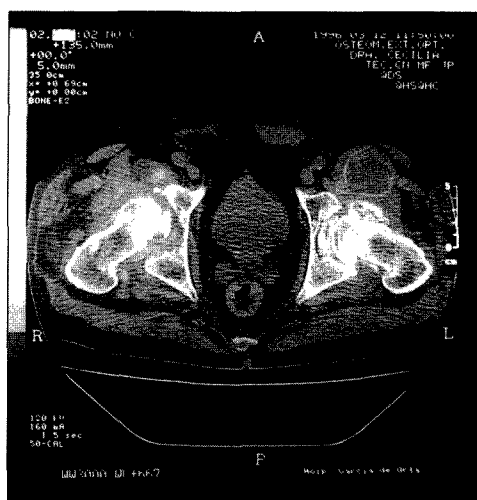
Considerando que o doente apresentava nos seus antecedentes uma neoplasia da laringe, foi efectuado um exame otorrinolaringológico de controle e uma cintigrafia óssea, não tendo sido detectadas, em qualquer dos exames, alterações suspeitas.

Uma vez excluída a possibilidade de metastização à distância e considerando o grau de incapacidade funcional apresentado pelo doente, foi proposta, e efectuada, a colocação de uma prótese total na anca esquerda.

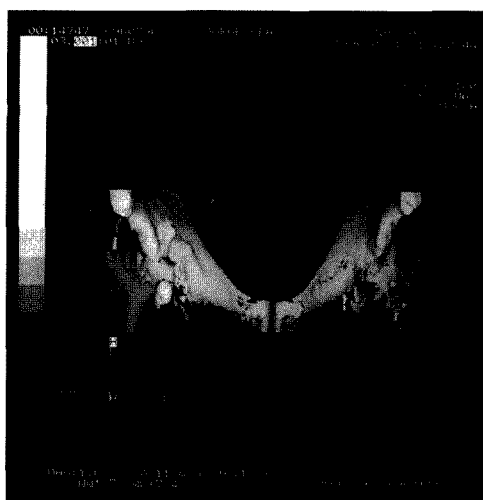
A intervenção cirúrgica e o pós-operatório decorreram sem intercorrências, tendo havido uma recuperação funcional com reinício da marcha, com apoio.

O aparecimento de uma escara no calcâneo esquerdo, 1 mês depois da cirurgia, motivou o reinternamento do doente para instituição de terapêutica antibiótica e cuidada desinfecção local, visando diminuir o risco de infecção da prótese. A presença da escara, quase indolor, e a negação, por parte do doente, de que tivesse permanecido acamado, reacenderam a hipótese de se estar perante uma neuroartropatia.

Com intuito de esclarecer a etiologia do referido quadro apurou-se uma serologia positiva para sífilis, com VDRL positivo e TPHA com título de 3/96, tendo sido impossível a avaliação do líquido cefalo-raquidiano por recusa do doente em efectuar a punção lombar. Complementou-se o estudo com RMN do



2 A



2 B

**Fig. 2 A e 2 B:** Imagem tomográfica revelando fragmentação e densificação bilateral das cabeças femurais com alterações degenerativas dos tectos acetabulares com calcificações heterotópicas, aspectos estes mais evidentes na reconstrução tridimensional (2B).

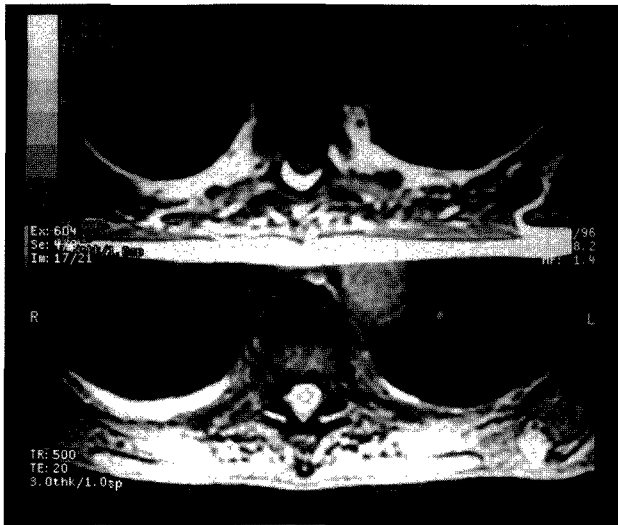


Fig. 3: A RMN da medula identificou cavidade seringohidro-miética.

ráquis e medula que revelou a existência de uma cavidade seringohidromielica (Fig. 3), estendendo-se do cone medular até cerca de D5. No sentido de se fazer o diagnóstico diferencial entre uma polineuropatia distal versus um nível sensitivo lombar correspondente a dermatomo eventualmente comprometido por cavidade seringomiélica foi efectuado um electromiograma com estudo das velocidades de condução. Este exame revelou-se normal, permitindo assim excluir a hipótese de polineuropatia periférica.

Apesar dos baixos títulos dos testes serológicos decidiu-se fazer um curso terapêutico de 2400 milhões de Penicilina, uma vez por semana durante 3 semanas.

Durante o internamento, em que o doente fez períodos de repouso alternando com períodos de marcha com descarga, assistiu-se a uma melhoria progressiva da função da coxo-femural direita.

Decorridos 6 meses após a intervenção, o doente fez uma luxação da prótese, sem qualquer factor desencadeante aparente. A situação foi resolvida com redução manual seguida de período de repouso com triângulo de abdução.

Actualmente o doente mantém-se em vigi-lância nas consulta de Reumatologia e Ortopedia.

## DISCUSSÃO

O caso clínico descrito levanta o problema da abordagem diagnóstica e terapêutica da Artropatia de Charcot - considerada por muitos autores como uma forma de osteoartrose rápidamente progressiva que culmina na destruição da articulação<sup>1</sup>. Tal tem sido explicado com base na ausência de reflexos proprioceptivos e/ou nociceptivos (teoria mecânica ou germânica) que expõe a articulação a micro-traumatismos sucessivos<sup>1-5</sup> ou, pela possível lesão de áreas do sistema nervoso central responsáveis pela "nutrição" do osso ou articulação (teoria trófica ou francesa)<sup>2,3,5</sup>. Há ainda quem sugira uma alteração da circulação intra-óssea, em que um retorno venoso precoce por shunt arterio-venoso pré-capilar, pudesse preceder e acompanhar a lesão osteo-articular<sup>4</sup>.

A neuroartropatia pode ser atribuída a uma diversidade de situações clínicas que podem afectar o sistema nervoso central ou o periférico<sup>2-6</sup> (Quadro I).

Exceptuando a neuropatia diabética, todas as restantes situações neurológicas são raras. Salientamos porém, a polineuropatia alcoólica que poderá, embora raramente, ser responsável por neuroartropatia. Nestes casos, tal como na diabetes mellitus, há um maior compromisso

### Quadro I

#### a) SNC

1. Tabes Dorsalis
2. Seringomielia
3. Mielomeningocele
4. Esclerose Múltipla
5. Insensibilidade congénita à dor
6. Outros

#### b) SNP

1. Diabetes Mellitus
2. Alcoolismo
3. Lepra
4. Amiloidose
5. Outros.

das articulações do pé, particularmente das metatarsofalangicas e interfalangicas<sup>2,6</sup>.

A diversidade etiológica conduz, no entanto, a uma entidade clínica e radiológica comum. Esta é traduzida pelo contraste entre a grande incapacidade funcional e a relativa ausência de dor e pelo aparatoso quadro radiológico-redução da interlinha articular, reabsorção e formação óssea com esclerose e osteofitose, sub-luxação, luxação e fractura com fragmentos ósseos intra-articulares<sup>2</sup>. Este quadro radiológico, se bem que muito sugestivo, poderá, contudo, ser mimetizado por outras situações reumatológicas como a artrite psoriática, a artrite séptica, a doença de depósito de cristais de pirofosfato de cálcio e, por último, as articulações sujeitas a infiltrações repetidas com corticoides. Em todas estas situações não existe porém o déficit neurológico característico da artropatia de Charcot<sup>3,5</sup>.

O caso apresentado, em que existia um quadro clínico de franca incapacidade funcional, de instalação rápida, determinando o acamamento do doente, embora com dor bem suportada e onde se verificou a existência de um déficite neurológico e a evidencia radiológica e tomográfica de destruição articular bilateral, parece ser um exemplo bem demonstrativo deste tipo de entidade.

Depois de colocado o diagnóstico de neuroartropatia importava determinar qual a situação patológica que lhe estava subjacente.

Atendendo à história de sífilis ocorrida na juventude, o diagnóstico de tabes dorsalis parecia-nos o mais evidente. O exame neurológico não viria, no entanto, a favorecer tal hipótese. Se a isso associarmos a fraca positividade sérica do VDRL e do TPHA, traduzindo, provavelmente, uma sequela imunológica do processo antigo, o diagnóstico de Tabes Dorsalis torna-se pouco provável e a não realização da punção lombar por recusa do doente não permite avançar mais nesta hipótese. A detecção na RMN de cavidade seringomiélica viria clarificar a situação. De notar porém, que a cavidade seringomiélica poderia ser secundária a um processo de aracnoidite que ocorre na meningite crónica, que sabemos poder existir associa-

da à neurosífilis<sup>7</sup>.

Assumindo o diagnóstico de Artropatia de Charcot secundária a seringomielia, associada ou não a Tabes Dorsalis, punha-se o problema da abordagem terapêutica. O doente tinha efectuado a artroplastia da coxo-femural esquerda com franca recuperação funcional o que lhe permitiu ter alta. O aparecimento da escara do calcâneo esquerdo, provavelmente relacionada com a diminuição da sensibilidade, motivou o seu reinternamento. Neste período assistiu-se a uma melhoria da amplitude de movimentos da coxo-femural direita-articulação não operada-provavelmente em relação com o repouso e a descarga a que foi sujeita.

A abordagem terapêutica destes casos tem, de facto, levantado enorme celeuma. Alguns autores preconizam um tratamento conservador com repouso e imobilização da articulação até 3 meses e posterior marcha com descarga articular, contra-indicando a artroplastia<sup>3,5</sup>. Os episódios repetidos de sub-luxação ou "loosening" das próteses têm sido o motivo deste cepticismo. Tal deve-se provavelmente à falta de reflexos nociceptivos e proprioceptivos necessários à estabilidade da prótese<sup>3,5</sup>. Se Baldim e colaboradores relatam 8 casos de artroplastia em cujo seguimento ocorrera sistematicamente sub-luxação ou "loosening" da prótese,<sup>8</sup> Sprenger e Foley descrevem um caso de Tabes Dorsalis em que nos sete anos subsequentes à intervenção não se deram quaisquer ocorrências<sup>9</sup>. Outros autores embora alertem para a possibilidade de ocorrência destas situações não contra-indicam a realização de artroplastias salientando a opinião positiva que os doentes evidenciam face aos resultados obtidos<sup>10,11</sup>. O nosso doente apesar da ocorrência de escara do calcâneo esquerdo e da luxação da prótese aos 6 meses manifestava também uma opinião positiva face à possibilidade de andar.

A controversia tem persistido também em torno do tratamento da lesão neurológica-seringomielia - que passa pela abordagem cirúrgica. Se efectuada numa fase precoce aliviará os sintomas e evitará as complicações associadas; numa fase tardia não trará qual-

# NO VÉRTICE DA RAPIDEZ E EFICÁCIA, E...

## Superior em tolerância

# Airtal 30

ACECLOFENAC COMPRIMIDOS



### FICHA TÉCNICA

**COMPOSIÇÃO por comprimido:** Aceclofenac (D.C.I.) 100 mg. Excipiente, c.s. **PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS:** O AIRTAL contém um novo composto AINE de síntese, caracterizado por uma elevada actividade anti-inflamatória, um importante efeito analgésico e anti-pirético. A sua administração preventiva em certos modelos de estudo, revelou-se capaz de diminuir o edema e a infiltração celular que caracterizam a fase precoce da inflamação. Em certos modelos, em que se administrou o AIRTAL subsequente à inflamação, verificou-se igualmente uma acentuada capacidade inibitória sobre a resposta inflamatória, salientando-se uma acção anti-artrítica relevante e acompanhada por uma evolução positiva da sintomatologia extra-articular. Finalmente, e independentemente de processos agudos, a administração prolongada de AIRTAL, revelou-se de uma excelente capacidade anti-inflamatória sem que fossem afectados os parâmetros indicativos de mobilização dos corticosteróides endógenos. Em relação ao efeito analgésico, o AIRTAL está no grupo dos AINES em que aquele efeito é habitualmente descrito como potente. Este efeito dose-dependente, revela-se por um aumento do limiar da tolerância à dor, é compatível com um analgésico de tipo periférico e eficaz contra estímulos algícos de diversa natureza (químicos, mecânicos). O mecanismo de acção de AIRTAL está relacionado com a síntese de prostaglandinas e a tolerância gastrointestinal é superior à dos fármacos de referência, assinalando-se a sua menor gastrolesividade. No conjunto, acções e tolerância, pode afirmar-se que o Aceclofenac tem um índice terapêutico superior a outros agentes deste grupo. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS: Indicações terapêuticas:** Formas inflamatórias degenerativas de reumatismo articular (espondilite anquilosante, periartrose, escapulo-umeral, osteoartrose, artrite reumatóide). Tratamento analgésico sintomático em reumatismo extra-articular (lombalgias, ciática, bursites e mialgias, etc.). Tratamentos de estados dolorosos de origem traumática, ORL, ortopédica, cirúrgica, odontológica, ginecológica, etc. **Contra-indicações:** Os dados disponíveis até ao momento não sugerem nenhuma contra-indicação específica para o Aceclofenac, no entanto, a úlcera péptica constitui um caso a ter em atenção. Está contra-indicado em casos de hipersensibilidade conhecida a esta substância ou ao Diclofenac. **Efeitos indesejáveis:** Os efeitos adversos observados foram normalmente de carácter leve e transitório, e não obrigaram à suspensão do tratamento. Foram referidos epigastralgia, vómitos, náuseas, pirose, sensação de plenitude gástrica, rash-prurido e, em menor grau, cefaleias, sonolência, edema, broncoespasmo, aumento de diureses nocturna, proteinúria discreta e alterações das enzimas hepáticas. **Precauções:** Os doentes com problemas gastrointestinais e com historial de úlcera péptica, devem ser mantidos sob estreita vigilância médica. Há que ter precaução especial em doentes idosos ou que estejam submetidos a tratamento com diuréticos e/ou se encontrem em período de convalescência de intervenções cirúrgicas, bem como nos casos de insuficiência hepatocelular, cardíaca e renal graves. **Gravidez e aleitamento:** Recomenda-se não utilizar o produto em caso de gravidez ou aleitamento. **Interações medicamentosas:** Em alguns casos foi atribuída uma alteração da função renal em pacientes que usavam concomitantemente Aceclofenac e Trianterene. **Posologia:** Como regra geral a posologia média diária corresponde a 1 comprimido administrado duas vezes por dia. Em casos mais ligeiros ou em tratamento prolongado, é geralmente suficiente um comprimido administrado uma única vez por dia. **Sobredosagem e tratamento:** Não se conhece o quadro específico de sobredosagem com Aceclofenac. Em caso de ingestão acidental massiva, proceder-se-á ao tratamento sintomático da situação médica.

**INFORMAÇÕES FARMACÊUTICAS: Incompatibilidade:** Nos estudos realizados até ao momento, não foram detectadas incompatibilidades. O AIRTAL apresenta uma estabilidade de 4 anos com condições normais de acondicionamento e armazenagem. Não são requeridas condições especiais de armazenagem. O AIRTAL na forma farmacêutica de comprimidos está acondicionado em blister de alumínio/alumínio e embalado em cartonagem.

**Prescrição Médica Obrigatória. APRESENTAÇÃO E PREÇOS:** 10 comprimidos a 100 mg: P.V.P. 721\$00. 30 comprimidos a 100 mg: P.V.P. 2.165\$04 — REG. GERAL 70% EST. 1.516\$00/UT. 649\$00 — R. ESPECIAL 85% EST. 1.840\$00/UT. 325\$00.



**Probios**

(Produtos Químicos e Farmacêuticos, Lda.)

Rua General Ferreira Martins, 10, 4.º D

1495 Lisboa

Grupo Prodesfarma

quer benefício para o doente<sup>7</sup>.

A Artropatia de Charcot, sendo uma entidade rara, é também uma entidade que levanta alguns problemas em termos diagnósticos e sobretudo terapêuticos sendo necessário uma avaliação criteriosa de cada caso.

## BIBLIOGRAFIA

1. Gupta-R: A short history of neuropathic arthropathy. Clin-Ortop, 1993; Nov (196), 43-49, .
2. Neuropathic Osteoarthropathy, Donald Resnick, M.D., Chapter 70, in Resnick: Bone and Joint Imaging, Philadelphia, W.B.Saunders Company, 1996.
3. Klippel JH, Dieppe PA: Rheumatology, London, Mosby,1994
4. Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB: Textbook of Rheumatology,4th Edition, Philadelphia, W.B.Saunders Company, 1993
5. Mc Carty DJ: Arthritis and Allied Conditions, 12th Edition,Philadelphia Lec & febiger, 1993
6. Scutellari PN, Orzincolo C, Lombardo F:Radiology of the Foot in Chronic Alcoholism, Radiol-Med,1988; 76(6), 552-558.
7. Bradly WG, Daroff RB, Fenichel GM, Marsden CD: Neurology in Clinical Practice, 2nd Edition.
8. Baldini N, Sudanese A, Toni A: Total Prosthetic Replacement in Tabetic Arthropathy of the Hip Joint, Ital-J-Orthop-Traumatol, 1985; 11(2), 193-197,
9. Sprenger TR, Foley CJ: Hip Replacement in a Charcot joint: a case report and historical review, Clin Orthop 1982; 165, 191-194, 10. Robb JE, Rymaszewski la, Reeves BF, Lacey CJN: Total Hip Replacement in a Charcot Joint: brief report,J-Bone-Joint-Surg 1988; 70(3),489.
11. Kopecky I, Holec E, Kubat R: Changes in the Femoral Neck in Tabes Dorsalis. Case report, Acta-chir-Orthop-Traumatol-Cech 1989; 56(1), 78-83.



## Agenda Nacional

### **2º CONGRESSO PORTUGUÊS DE OSTEOPOROSE E OUTRAS DOENÇAS ÓSSEAS METABÓLICAS**

Data: 22-24 de Janeiro de 1998

Local: Porto

Organização: SPODOM - Sociedade Portuguesa  
de Doenças Ósseas Metabólicas

Patrocínio: EFFO

Secretariado: Merck, Sharp e Dohme

### **XVIII CURSO DE REUMATOLOGIA**

Data: 24-25 de Outubro de 1997

Local: Auditório dos Hóspitais da Universidade  
de Coimbra

Secretariado: Serviço de Medicina III e  
Reumatologia dos Hospitais da  
Universidade de Coimbra  
3049 Coimbra Codex

Programa: **Mesas Redondas**

- Artrites da infância
- Espondilartropatias (?)
- Artrites reactivas
- Curso prático (?) do diagnóstico  
em reumatologia
- Protese, Com. livres

## Agenda Internacional

### **XXXIX CURSO INTENSIVO SOBRE CONHECIMENTO DAS DOENÇAS REUMÁTICAS**

Data: 8-10 Maio de 1997

Local: Instituto Poal de Reumatologia, Barcelona

Secretariado: Instituto Poal de Reumatologia,  
Entenza 334, Barcelona

### **XIX CONGRESSO ILAR DE REUMATOLOGIA**

Data: 8-13 de Junho de 1997

Local: Singapura

Secretariado: ILAR'97 Secretariat  
Fax: +65 227 0257

### **X SIMPOSIO EULAR: NOVOS ANTI-INFLAMATÓRIOS E AGENTES IMUNOMODELADORES - ASPECTOS CLÍNICOS E EXPERIMENTAIS, BENEFÍCIOS E RISCOS**

Data: 19-22 de Novembro de 1997

Local: Viena, Austria

Secretariado: EULAR Secretariat  
Fax: +411 383 9810

## 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* (pág. 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 responsável pela correspondência e contactos com os editores; título breve para rodapé.

#### b) *Resumo* (pág. 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* (pág. 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, inclusivé, 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) autor(es). 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) médico(s). 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 assinaladas 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

O(s) autor(es) certifica(m) 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 Reumatológica 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 professionally 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.

Novo

# CALCIMON<sup>®</sup>

SALCATONINA



## A CALCITONINA MAIS VANTAJOSA



**Composição:** Cada ml de solução contém 550UI de salcatonina (calcitonina de salmão).

**Indicações:** Tratamento da osteoporose pós-menopausa. Doença de Paget. Hipercalemia. Tratamento da dor óssea por osteólise.

**Contra - indicações:** Hipersensibilidade conhecida à salcatonina.

**Efeitos secundários:** Manifestações de carácter geral (náuseas, vômitos, ligeiro rubor facial), típicas das calcitoninas administradas por via injectável, são extremamente raras.

**Posologia:** Osteoporose - Recomenda-se 50 UI ou 100 UI (1 ou 2 nebulizações) por dia, conforme a gravidade da doença. Doença de Paget - Deve administrar-se 200 UI (4 nebulizações) por dia, isto é, duas nebulizações de manhã e duas ao deitar. Em casos excepcionais, pode administrar-se no início do tratamento 400UI (8 nebulizações), duas vezes por dia, isto é, quatro de manhã e quatro ao deitar. Hipercalemia - Deve administrar-se 200 a 400 UI (4 a 8 nebulizações) por dia, divididas por várias aplicações ao longo do dia. Dores ósseas associadas à osteólise - Recomenda-se 200 a 400 UI (4 a 8 nebulizações), por dia em doses repartidas.

**Apresentação:** Embalagem com um frasco de 2ml de solução de salcatonina, equivalente a um mínimo de 14 aplicações de 50 UI / aplicação.

**Preços:**

CALCIMON	PVP	Regime Geral		Regime Especial	
		Estado	Utente	Estado	Utente
Spray 550 UI / ml	4.122\$	2.885\$	1.237\$	3.504\$	618\$
5 Amp. (50 UI)	2.012\$	1.408\$	604\$	1.710\$	302\$
5 Amp. (100 UI)	3.537\$	2.476\$	1.061\$	3.006\$	531\$

Byk Portugal, Lda - Av Infante Santo, 66 C - 1350 Lisboa • Contribuinte nº 502 801 204 Capital Social 50 000 000\$00  
Conservatória do Registo Comercial de Lisboa nº 3059



# N *Nem dor Nem dano !* **olotil<sup>®</sup>**



*E*LEVADA  
EFICÁCIA  
NO ALÍVIO  
DA DOR

*E*XCELENTE  
TOLERÂNCIA

**Boehringer  
Ingelheim**



Av. António Augusto de Aguiar nº 104, 1º • 1063 Lisboa Codex

Boehringer Ingelheim, Lda. • Capital Social: trinta milhões de escudos • Conservatória do Registo Comercial de Lisboa nº 28628