

ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

Vol. XXI

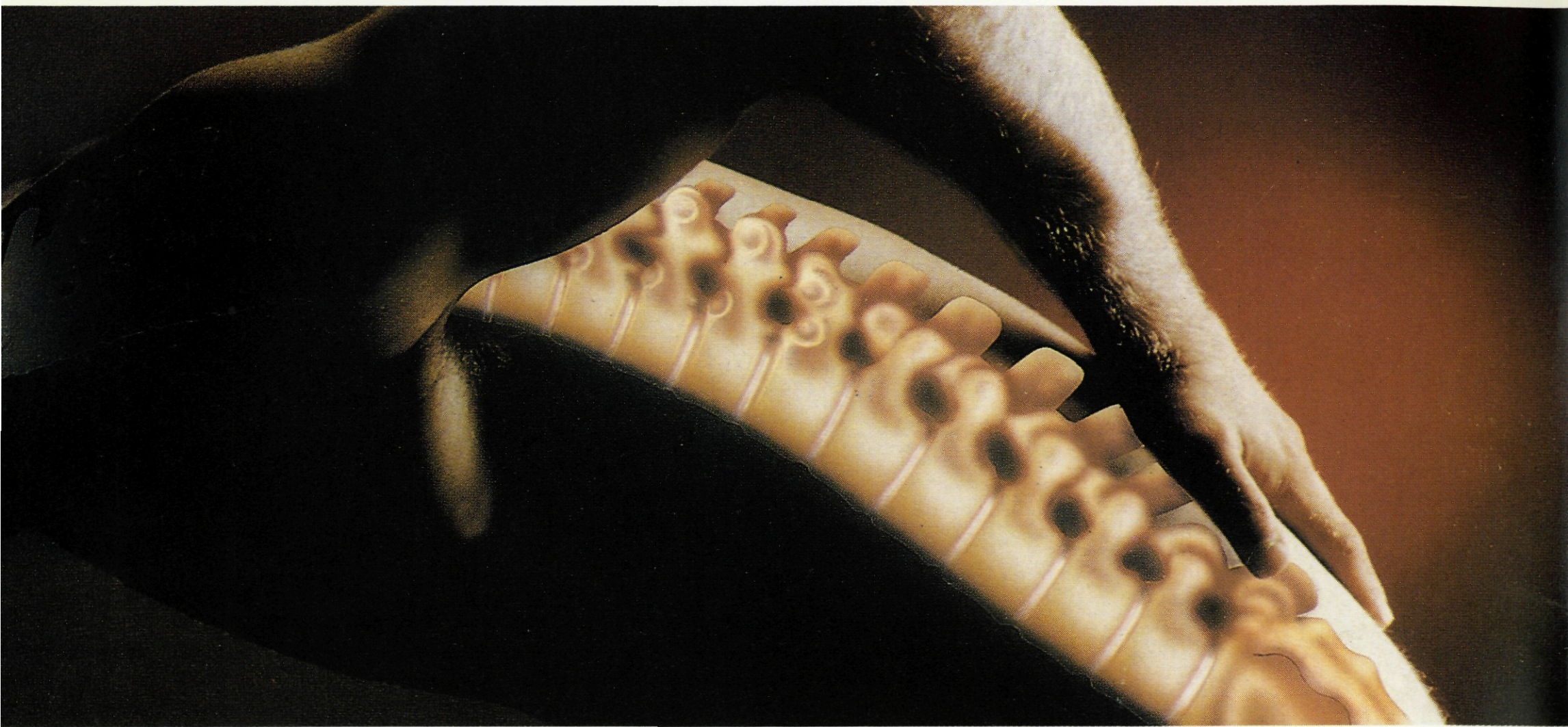
Nº 78-79

Julho-Dezembro 1996



ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA

Patologia Da Coluna



Feldene[®] PIROXICAM[®]

Toma Única Diária

RESPOSTA ENÉRGICA
PARA UMA
SITUAÇÃO DOLOROSA

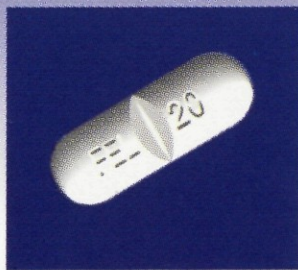


PIROXICAM[®]
Feldene IM

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

(5 ampolas x 1 ml)

RÁPIDO A DISPERSAR
RÁPIDO A ACTUAR



PIROXICAM[®]
Feldene 20 Comprimidos
Dispersíveis

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

(30 comp. disp. x 20 mg)

A ALTERNATIVA
À VIA ORAL



PIROXICAM[®]
Feldene Supositórios

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

(12 supositórios x 20 mg)

MODO DE EMPREGO ABREVIADO

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



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

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

Índice

Artigo Original

Manifestações osteoarticulares em doentes aids

Ibsen Bellini Coimbra, Ana Teresa A. M. Cox, Arlete Maria V. Coimbra, Francisco Hideo Aoki,
Rogério de Jesus Pedro, Adil Muhib Samara 89

Artigo de Revisão

A osteoporose na anorexia nervosa

Isabel do Carmo 92

Caso Clínico

Reiter's Syndrome of the Glans in One AIDS Patients

Isabel E. Franca, K. Mansinho, C. Claro, A. Poiares-Baptista, J. L. Champalimaud 97

Proposta de Plano/Programa de Assistência Reumatológica Hospitalar 102

**Sociedade Portuguesa de Reumatologia - Programa de Acção da Direcção
da SPR- Biénio 1996-1998** 108

Agenda Nacional 110

Agenda Internacional 110

Normas de Publicação 111

Acta Reumatológica Portuguesa

CONSELHO EDITORIAL

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

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

EDITORES ADJUNTOS (Assistant Editors)

Sociedade Portuguesa de Reumatologia

DIRECÇÃO

PRESIDENTE
VICE-PRESIDENTES
SEC.-GERAL
SEC.-ADJUNTO

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

TESOUREIRO
VOGAL REGIÃO SUL
CENTRO
NORTE
ILHAS

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

MESA DA ASSEMBLEIA GERAL

PRESIDENTE
VOGAIS

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

CONSELHO FISCAL

PRESIDENTE
RELATOR
VOGAL

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

PRESIDENTE ELEITO

Dr. José António Melo Gomes

CONSELHO CIENTÍFICO

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

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

MEDICINA DO TRABALHO
NEUROCIRURGIA
OFTALMOLOGIA
ORTOPEDIA
PATOLOGIA CLÍNICA
PEDIATRIA
RADIOLOGIA
REUMATOLOGIA

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

EDIÇÃO E PROPRIEDADE: Sociedade Portuguesa de Reumatologia

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

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

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

TIRAGEM: 2000 exemplares

DEPÓSITO LEGAL: 86 955/95

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

Contents

Original Articles

Rheumatic manifestations in AIDS patients

Ibsen Bellini Coimbra, Ana Teresa A. M., Cox, Arlete Maria V. Coimbra, Francisco Hideo Aoki,
Rogério de Jesus Pedro, Adil Muhib Samara 89

The authors report retrospectively 80 HIV infected patients, 68 men and 12 women. The mean age was 31 years-old, 11 were homossexual, 25 drug abusers, 4 bissexual, 7 heterossexual, 3 received blood transfusion and 30 with several risk factors. Fifty-nine were in CDC stage IV. Concerning the articular manifestations, 12 present arthralgia, one arthritis and four low back pain. No rheumatic syndrome was established in this serie. The majority of patients with rheumatic complaints was in CDC stage IVC. The authors concluded that the rheumatic manifestations in AIDS might be reactive.

Keywords: AIDS - Rheumatic manifestations

Review Article

Osteoporosis in Anorexia Nervosa

Isabel do Carmo 92

Case Report

Reiter's Syndrome of the Glans in One AIDS Patients

Isabel E. Franca, K. Mansinho, C. Claro, A. Poiaraes-Baptista, J. L. Champalimaud 97

Background. In patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), isolated keratoderma of the palms and soles has been observed. This finding may be associated with Psoriasis or with Reiter's syndrome. The initial appearance or flaring-up of psoriatic lesions is usually associated with the development of AIDS. Reiter's syndrome sometimes takes incomplete forms which can overlap with other seronegative spondylarthropathies. In one patient who complained of sacroilic pain and presented a personal history of diarrhoea and recurrent urethritis episodes, we observed an isolated keratoderma of the glans simultaneous with the development of AIDS.

Methods. A biopsy of the glans was done for routine microscopy. The patient was studied in order to check the possibility of a Reiter's syndrome diagnosis.

Results. The genital lesion showed histological images of Psoriasis. C-reactive protein was normal and rheumatoid factor was negative. No infectious agent was found in cultures of urine and urethral secretions nor in cultures of stool samples, but an abdominal CT scan revealed ileon-coecal images suggesting an infectious etiology. The patient developed bilateral vision loss, the left eye showing signs of citomegalovirus (CMV) retinitis, the right revealing atrophy of the optic nerve probably caused by a posterior uveitis.

Conclusions. The patient had clinical criteria for a spondylarthropathy diagnosis. According to the present day knowledge about Human Immunodeficiency Virus (HIV) related spondylarthropathies, we think this case corresponded to a clinically incomplete expression of Reiter's syndrome: an isolated form, or one overlapping with another seronegative spondylarthropathy.

Keywords: AIDS-psoriatic lesions - HIV-spondylarthropathy - Reiter's syndrome.

Rheumatology Care in Portuguese Hospitals - Plan/Proposal	102
Portuguese Society for Rheumatology.....	108
National Agenda	110
International Agenda	110
Instructions to Authors	113

na OSTEOPOROSE



*Mude de atitude
sem mudar de terapêutica*

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

BIONOCALCIN	P.V.P. c/ IVA	Regime Geral			Regime Especial		
		Estado	Utente	Comp.	Estado	Utente	Comp.
Neb. Nasal 550 U.I.x1 frasco	4.930\$02	3.451\$00	1.479\$00	70%	4.191\$00	739\$00	85%
Inj. 50 U.I.x5 ampolas	2.420\$02	1.694\$00	726\$00	70%	2.057\$00	363\$00	85%
Inj. 100 U.I.x5 ampolas	4.239\$02	2.967\$00	1.272\$00	70%	3.603\$00	636\$00	85%

DELTA
LABORATÓRIOS

DIVISÃO ÓSTEO - ARTICULAR

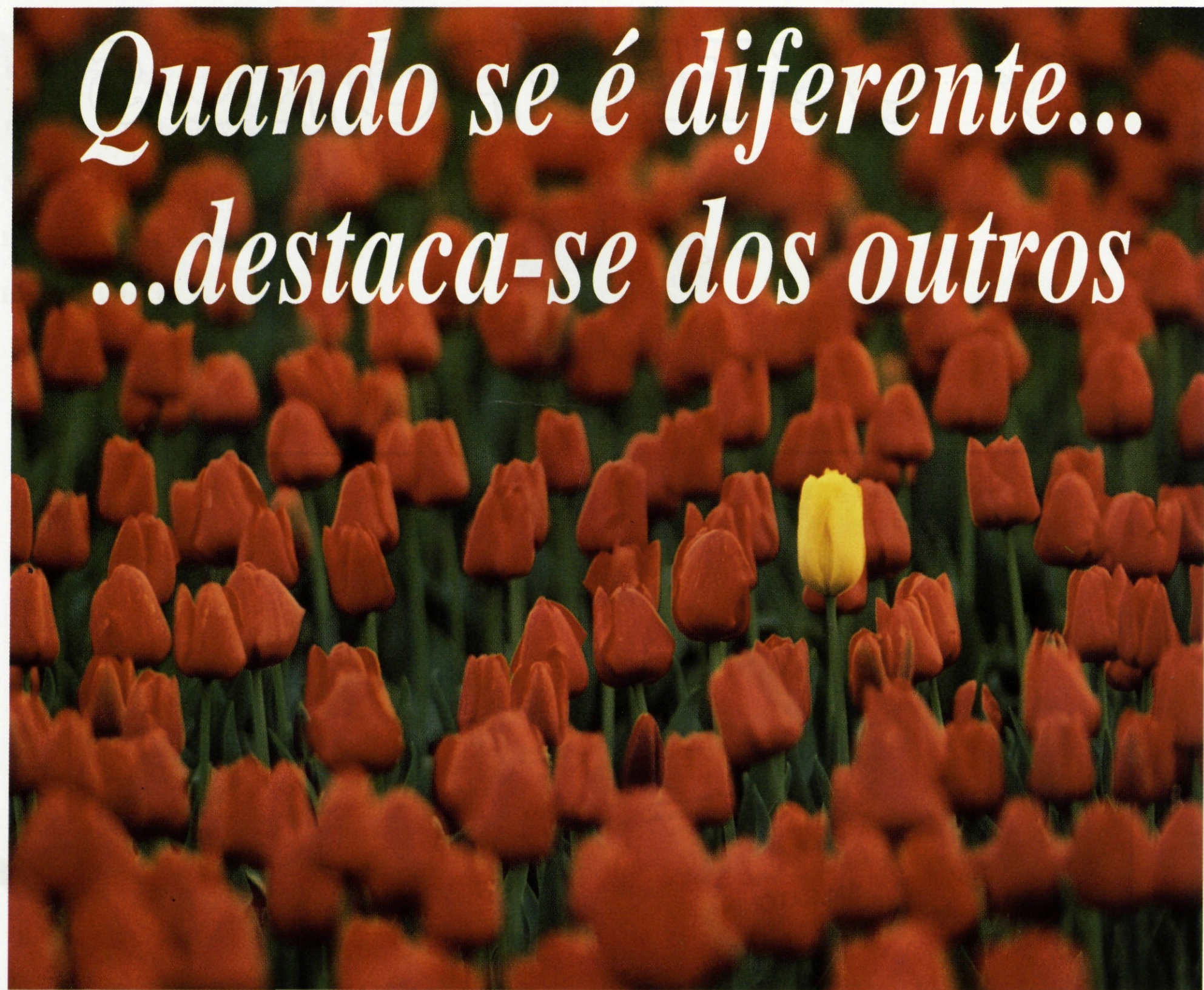
Grupo Rotta Research

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

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

Quando se é diferente...

...destaca-se dos outros



protaxil[®] 300

DIMALEATO DE PROGLUMETACINA

A única molécula com acção anti-inflamatória e gastroprotecção

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



Grupo Rotta Research Divisão Ósteo-Articular

Contribuinte nº 500 802 360 - Sociedade por Quotas - Capital Social 100 000 000\$00
Matric. na Conservatória do Registo Comercial de Sintra sob o nº 2317, fls. 192, L.º C-6

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

MANIFESTAÇÕES OSTEOARTICULARES EM PACIENTES AIDÉTICOS

Ibsen Bellini Coimbra¹, Ana Teresa A. M., Cox², Arlete Maria V. Coimbra³,
Francisco Hideo Aoki¹, Rogério de Jesus Pedro⁴, Adil Muhib Samara⁵

RESUMO

Os autores relatam retrospectivamente 80 pacientes aidéticos, 68 homens e 12 mulheres, com idade média de 31 anos, 11 homossexuais, 25 toxicodependentes, quatro bissexuais, sete heterossexuais promiscuos, três transfundidos e 30 com mais de um factor de risco associado. Destes, 59 foram estadiados clinicamente no grupo IV. Em relação às manifestações reumáticas, 12 apresentaram artralguas, quatro lombalgia e um artrite. Não foi possível nesta casuística firmar nenhum diagnóstico sindrômico do ponto de vista reumático. O estadio IVc foi o que teve o maior número de pacientes com queixas reumáticas. Os autores concluem que as manifestações reumáticas encontradas possuem um componente reacional importante. (*Acta Reuma Port* 1996; 78-79:89-91).

Palavra-chave: SIDA, Alterações reumáticas, Artrites reacionais.

INTRODUÇÃO

Desde 1981, quando foram publicados os primeiros relatos sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)⁽⁸⁾ a quantidade de trabalhos que vêm sendo realizados é grande e isto cada vez mais vem enriquecendo os conhecimentos através de estudos clínicos relacionados a esta patologia.

Epidemiologicamente a SIDA representa um evento extremamente importante para o clínico em decorrência do amplo espectro de expressão nos diversos órgãos e sistemas, tornando-se extremamente importante o seu reconhecimento e manejo na sua prática diária.

O volume crescente de indivíduos infectados permitiu a observação de manifestações reumáticas que podem se estabelecer em qualquer estágio da infecção viral, seja durante o curso da doença ou tão somente como a manifestação inicial da enfermidade^(3,4,12,14). Desde o primeiro relato Winchester e cols. sobre a concomitância do Síndrome de Reiter em pacientes aidéticos, vários outros autores descreveram outras alterações reumáticas relacionadas a esta enfermidade⁽¹⁵⁾.

As manifestações reumáticas mais comumente observadas em associação com a SIDA foram o síndrome de Sjögren, as vasculites, polimiosites, artrite psoriática, síndrome lupus-like e fenômenos laboratoriais tradicionalmente relacionados com doenças auto-imunes^(1,3,4,5,7,9,11,12,14).

Dentre todas estas, a associação com as espondiloartropatias sero-negativas vem sendo enfatizada em decorrência da semelhança que pode ocorrer entre as manifestações iniciais causadas pela imunodeficiência, como anorexia, astenia, emagrecimento, febre e a apresentação clínica da síndrome de Reiter e da artrite psoriásica. Em alguns pacientes com SIDA estas podem ser as manifestações inaugurais, e não raro podem cogitar diagnóstico diferencial com as espondiloartropatias sero-negativas^(1,4,5,7,12,14).

O objectivo deste trabalho foi o de verificar retrospectivamente a ocorrência de manifestações reumáticas em pacientes aidéticos acompanhados no ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis do Hospital das Clínicas de Unicamp.

MATERIAL E MÉTODO

Foram estudados retrospectivamente oitenta pacientes aidéticos acompanhados pelo serviço de doenças sexualmente transmissíveis do Hospital das Clínicas da Unicamp, através da revisão de seus prontuários, preenchendo-se uma ficha padrão (anexo I) levando-se em conta os aspectos clínicos e comportamento de risco associados. Os pacientes foram estadiados clinicamente segundo a classificação do CDC (Center for Disease Control) de 1986.

Na análise estatística dos dados realizou-se a comparação das variáveis qualitativas, utilizando-se o teste do qui quadrado ou o teste exato de Fischer (Fischer, 1958). Em todos os casos adotou-se o nível de significância de 0,05.

Nas tabelas de contingência não foi realizada a comparação de frequência entre grupos quando mais de 20% das caselas eram menores que cinco, ou a frequência esperada menor que um.

¹ Professor Assistente

² Pós-graduada

³ Professora Assistente Doutor (voluntária)

⁴ Professor Adjunto

⁵ Professor Titular

Disciplinas de Reumatologia e Moléstias Infecciosas da FEM-UNI-CAMP

Este trabalho foi em parte financiado por verba do Fundo Remanescente da Sociedade Brasileira de Reumatologia.

RESULTADOS

Dentre os 80 pacientes estudados, 68 eram do sexo masculino e 12 do feminino, com média de idade de 31 anos (com idade mínima de 18 anos e máxima de 56).

Quanto ao comportamento de risco, 11 declararam-se homossexuais, 25 toxicodependentes, 4 bissexuais, 7 heterossexuais promíscuos, três haviam recebido transfusão de sangue contaminado e os demais 30 indivíduos analisados relatavam mais de dois comportamentos de risco associados (Quadro I).

Clinicamente 19 pacientes foram estadiados como II, 1 no grupo IV, 4 no IVa, 1 IVb, 33 IVc, um IVd, 2 IVe e 16 no III. Nenhum paciente desta casuística estava no estadio I (Quadro II).

Com relação às manifestações osteoarticulares, 12 apresentaram artralgiás em algum momento da evolução, quatro referiram lombalgia e um artrite. Oito tiveram uretrite, dois uveíte, 15 úlceras orais, oito úlceras genitais e 14 com neuropatias. Os dois que apresentaram uveíte não tiveram uretrite concomitante. Três com uretrite queixaram-se também de artralgia, não ocorrendo, entretanto, diferença estatisticamente significativa. Não houve também diferenças estatisticamente significantes quanto ao sexo, presença de úlceras orais, alterações neurológicas e uretrite. O estadio IVc foi o que apresentou o maior número de manifestações clínicas (Quadros III e IV).

DISCUSSÃO

A infecção pelo HIV pode virtualmente afetar todos os órgãos e sistemas do organismo e assim sendo não é surpresa o achado de comprometimento também no sistema músculo-esquelético.

Nesta casuística verificou-se um grande predomínio de indivíduos do sexo masculino, sendo os toxicodependentes os mais frequentes como comportamento de risco, o que está de acordo com os últimos dados ainda não publicados da OMS que mostram um declínio importante dos pacientes homossexuais.

Quanto ao estadio clínico, cerca de 50,6% dos pacientes encontravam-se no grupo IV, sendo 43% no grupo C, ou seja, indivíduos com doença manifesta e infecções oportunistas associadas, achado este semelhante a outro estudo em nosso meio, onde Hacbarth e cols.⁽¹⁰⁾ encontraram 53,4% dos 120 pacientes no grupo IV e também os da série de 556 pacientes de Muñoz-Fernandez, dos quais 55% também foram estadiados no grupo IV⁽¹²⁾.

A manifestação reumática mais comumente relatada pelos pacientes foi a artralgia verificada no relato de 12 deles, o que corresponde a cerca de 15%, seguida por lombalgia, referida por quatro.

Quadro I

Caracterização da casuística quanto ao sexo e ao grupo de risco

GRUPOS	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Homossexuais	11	0	11
Drogaditos	20	5	25
Bissexuais	3	1	4
Hetero-promíscuos	6	1	7
Transfusões	2	1	3
Diversos	26	4	30
TOTAL	68	12	80

Quadro II

Caracterização da casuística quanto ao estadio clínico

GRUPOS	NÚMERO DE PACIENTES	%
I	0	0
II	19	24,7
III	16	20,8
IV	1	1,3
IVA	4	5,2
IVB	1	1,3
IVC	33	42,8
VID	1	1,3
VI	2	2,6

Quadro III

Manifestações clínicas não reumáticas

MANIFESTAÇÕES	NÚMERO DE PACIENTES	%
Emagrecimento	42	53,5
Febre	35	44,3
Adenomegalia	33	41,7
Diarreia	20	25,3
Neuropatia	14	17,7
Kaposi	1	1,3

Quadro IV

Manifestações reumáticas

MANIFESTAÇÕES	NÚMERO DE PACIENTES	%
Úlceras orais	15	18,9
Artralgia	12	15,1
Uretrite	8	10,1
Úlceras genitais	8	10,3
Lombalgia	4	5,6
Uveíte	2	2,5
Artrite	1	1,3

Quadro V**Caracterização clínica quanto à presença de comprometimento articular**

MANIFESTAÇÕES GERAIS	ARTLAGIA	
	SIM	NÃO
Úlceras orais	13	2
Úlceras genitais	8	0
Uretrite	5	3
Lombalgia	4	0
Uveíte	2	0

Artrite foi encontrada em apenas um paciente. A ocorrência de úlceras orais, uveíte e úlceras genitais não permitiu nenhum diagnóstico sindrômico nesta casuística. Estes dados sugerem que nesta série a prevalência de manifestações reumáticas foi baixa, ao redor de 20%, o que difere da maior parte dos dados da literatura, como os de Berman e cols. de 1988⁽²⁾, Buskila e cols. em 1990⁽⁶⁾ e no nosso meio por Hacbarth e col. em 1992⁽¹²⁾. Entretanto, também Muñoz-Fernandez teve uma baixa prevalência de manifestações reumáticas entre os 556 pacientes estudados⁽¹⁴⁾, sendo que este último também foi retrospectivo, o que talvez possa sugerir que esta metodologia não seja a mais adequada para avaliar a ocorrência destas manifestações

CONCLUSÕES

1. A maior parte dos pacientes estudados foi estadiada clinicamente como grupo IVc, que são idênticos que apresentam alguma infecção secundária associada, o que sugere fortemente que as manifestações reumáticas encontradas possuem um componente reacional importante.

2. Houve uma predominância de manifestações "não reumáticas". Entre as reumáticas, a artralgia foi a mais frequente, demonstrando uma baixa prevalência destas entre os pacientes aidéticos no nosso meio.

3. Não foi possível firmar o diagnóstico de Síndrome de Reiter ou outra doença reumática associada, exceto um caso que iniciara com um quadro clínico aparente de lupus eritematoso sistêmico cuja investigação posterior revelou tratar-se de SIDA.

BIBLIOGRAFIA

1. Arnett FC, Reveille JD, Duvic M. Psoriasis and psoriatic arthrititis associated with human immunodeficiency virus infection. *Rheum Dis Clin North Am* 1991; 17 (1) 59-78.
2. Berman A, Espinoza LR, Diaz JD et al. Rheumatic manifestation of human immunodeficiency virus infection. *Am J Med* 1988; 85:59-64.
3. Berman A, Rebabedo S, Spindler A et al. Rheumatic manifestations in populations at risk for HIV infections: the added effect of HIV. *J Rheumatol* 1991;18 (10), 1564-1567.
4. Brantus VD, Meunier PV. Manifestations rhumatologiques associées à l'infection par le virus de l'immunodeficiência HV Maine (VHI). *Rev Rhum Mal Ostéoartic* 1992; 59 (6) 428-435.
5. Brenol JCT, Neubarth F, Pinho MSLG et al. *Rev Bra Reumatol* 1988; 28 (5) 147-148.
6. Buskila D, Gladman DD, Langevitz P et al. Rheumatic manifestations of infection with the human immunodeficiency virus (HIV). *Clin Exp Rheumatol* 1990; 8:567-573.
7. Calabrese LH. The rheumatic manifestations of infection with the human immunodeficiency virus. *Semin Arthritis Rheum* 1988; 18 (4):225-239.
8. Centers for Disease Control. *Pneumocistis carinii*-Los Angeles. *MMWR* 1981; 30:250-2.
9. Espinoza LR, Aguiar JL, Espinoza CG et al. Characteristics and pathogenesis of myositis in human immunodeficiency virus infection - distinction from azidothymidine-included myopathy. *Rheum Dis Chin North Am* 1991; 17 (1), 117-129.
10. Feinberg MB. The molecular biology and pathogenesis of HIV-1 infection. *Currents Opinion in Infectious Diseases* 1992; 5:214-220.
11. Gulko PS, Costa S, Tourinho TF et al. Alterações músculo-esqueléticas em pacientes com SIDA. *Rev Bra Reumatol* 1991; 31 (4) 141-143.
12. Hacbarth ET, Freire CAR, Atra E. Manifestações reumáticas na síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS). *Rev Ass Med Bra* 1992; 38 (2) 90-94.
13. Johson TM, Duvic M, Rapini RP, Rios A. AIDS exacerbates psoriasis (Letter). *N Engl J Med* 1985; 313:1415.
14. Munoz FS, Cardenal A, Balsa A et al. Rheumatic manifestations in 556 patients with human immunodeficiency virus infection. *Semin Arthritis Rheum* 1991; 21 (1) 30-39.
15. Winchester R, Bernstein DM, Fisher HD, Enlow R, Salomon S. The co-occurrence of Reiter's syndrome and acquired immunodeficiency. *Ann Intern Med* 1987; 106:19-26.

A OSTEOPOROSE NA ANOREXIA NERVOSA

Isabel do Carmo¹

A anorexia nervosa é uma doença caracterizada por restrição alimentar voluntária, perda de peso, horror a engordar, distorção da imagem corporal e amenorreia de pelo menos três meses.

Ocorre sobretudo na adolescência, no período pubertário e pós-pubertário.

A restrição alimentar, o hipoestrogenismo, o hipercortisolismo e a sua ocorrência numa idade em que há formação importante da massa óssea concorrem para o aparecimento de osteoporose grave, cujas consequências na idade adulta se discutem.

Massa Óssea e Puberdade

A questão da presença de osteoporose durante a puberdade prende-se com o problema da evolução da massa óssea durante este período, com o estabelecimento do pico da massa óssea e com os factores que o influenciam. Daí a importância da coincidência desta síndrome nesta faixa etária. Há poucos estudos que apresentem resultados em relação à densidade do osso durante a puberdade, mas os estudos mais recentes têm colocado a hipótese numa idade mais precoce para o estabelecimento do pico da massa óssea do que aquela que até agora se tinha estabelecido. Gilsanz et al⁽¹⁾, considerando que a tomografia axial computadorizada era o método mais correcto para avaliar a densidade de ossos em crescimento, visto que estudava um corte do osso, estudaram o osso trabecular ao nível de L1 e L2 num grupo de adolescentes, concluindo que a densidade se mantinha estável antes da puberdade e que tinha um aumento rápido na altura da puberdade. A tomografia axial computadorizada não é, no entanto, método a adoptar, dado o custo e a quantidade de radiações. Por este motivo a absorciometria bifotónica (DEXA) tem sido usada para estes estudos. Catherine Glastre et al⁽²⁾ estudaram 135 crianças com idades entre os 1 e 15 anos, verificando que o aumento da densidade óssea sofre uma aceleração durante a puberdade, atingindo valores acima de 0,8 gr/cm² depois da puberdade ter terminado. Neste estudo, a densidade estava altamente corre-

lacionada com a altura, o peso, a superfície corporal e a idade óssea. Um trabalho de Sarita Dhuper et al⁽³⁾ analisou 43 jovens do sexo feminino dos 13 aos 20 anos, concluindo pela relação entre a densidade óssea, o nível de estrogéneos e o peso. Bonjour et al⁽⁴⁾ estudaram 207 rapazes e raparigas entre os 9 e os 18 anos, concluindo que havia nas raparigas depois dos 15 anos uma redução muito marcada do crescimento da massa óssea. Esta desaceleração marcada foi observada entre o 2º e o 4º ano após a menarca; comparando com um grupo de mulheres adultas entre os 2 e os 35 anos concluíram que em três locais do esqueleto observados, as jovens de 15 anos já tinham 94 a 105% da densidade atingida pelo grupo adulto.

O mesmo grupo, num trabalho de Teintz⁽⁵⁾ relativo a 198 adolescentes concluiu por uma desaceleração depois dos 16 anos e/ou 2 anos após a menarca nas raparigas, não sendo significativos os ganhos entre os 17 e os 20 anos.

Entre nós o trabalho de F. Baptista et al⁽⁶⁾ vem ao encontro destes resultados na população portuguesa.

Estes dados explicam a importância da ocorrência da anorexia nervosa durante a puberdade, ao fim e ao cabo o período em que, na mulher, a massa óssea deve atingir quase o máximo, de acordo com os resultados destes estudos.

Está demonstrado há muito que dois factores que também ocorrem na anorexia nervosa — hipoestrogenismo⁽⁷⁾ e regime pobre em cálcio⁽⁸⁾ — são causa da osteoporose na mulher em pós-menopausa. Outras situações causadoras de hipoestrogenismo na mulher, a ooforectomia pré-menopausa⁽⁹⁾ e a hiperprolactinémia⁽¹⁰⁾ têm sido descritas como causando também osteoporose. Embora se saiba que o exercício físico regular protege a massa óssea, também é sabido que o exercício excessivo das mulheres que praticam desporto de alta competição e ficam amenorreicas, conduz a osteoporose^(11,12).

No entanto, verifica-se que a osteoporose das jovens com anorexia nervosa é mais grave que a que ocorre em qualquer destas situações.

¹NEDM, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Osteoporose na Anorexia Nervosa

Nancy Rigotti et al⁽¹³⁾ estudaram 18 mulheres dos 19 aos 36 anos, com os critérios de diagnóstico de anorexia nervosa, que estavam amenorreicas há pelo menos um ano e que não tomavam estrogéneos, progestagéneos ou corticosteróides.

Compararam com um grupo de controlo de 28 mulheres de peso normal e menstruações regulares. A densidade óssea foi medida por absorciometria monofotónica, com I₁₂₅, na junção dos dois terços com o terço distal do rádio não dominante. Encontraram uma densidade óssea significativamente menor nas mulheres anoréticas do que nos controlos sendo a densidade tanto mais baixa quanto o tempo de duração da doença. Em duas das doentes a baixa densidade óssea (0,51 e 0,58 gr/cm²) estava associada a múltiplas fracturas patológicas das vértebras. Numa das doentes a biopsia óssea da crista ilíaca mostrou trabéculas adelgadas e actividade osteoblástica mínima, de acordo com o diagnóstico de osteoporose. Em 13 doentes foi possível fazer um registo alimentar, tendo sido calculado o valor da ingesta de cálcio, que era muito baixo em todas as doentes: sómente 2 ingeriram mais do que 300 mg por dia, 8 ingeriram menos que 200 mg. Recorde-se que a dose mínima recomendada para mulheres jovens não grávidas é de 800 mg por dia. Cinco das doentes com anorexia nervosa tinham grande actividade física, sendo nessas mais alta a densidade óssea.

Neste trabalho, o grupo de Rigotti não encontrou alterações nas concentrações plasmáticas de vitamina D. No entanto, Fonseca et al⁽¹⁴⁾, comparando os níveis de vitamina D no soro dum grupo de doentes com anorexia nervosa com um grupo de controlo, encontrou valores significativamente mais baixos no primeiro, concluindo que provavelmente isso seria devido ao facto do estudo ser feito na Grã-Bretanha, país com exposição ao sol limitada, tal como outros países do Norte.

Szmukler et al⁽¹⁵⁾ seleccionaram cinco doentes entre 140 processos de anorexia nervosa, por suspeitarem de fracturas vertebrais. Eram casos de longa duração (entre 14 e 30 anos). A densidade óssea estudada por absorciometria monofotónica no antebraço revelou-se muito baixa (entre 0,4 e 0,49 gr/cm²).

O grupo de Janet Treasure⁽¹⁶⁾ fez um estudo para calcular a evolução das doentes com anorexia nervosa no sentido de perceber se a osteoporose é reversível com o tratamento da doença. Com esse fim compararam um grupo de 45 doentes com anorexia nervosa com idades dos 14 aos 54 anos com amenorreia há pelo menos um ano, um grupo de

controlo de idades idênticas, um grupo de doentes tratadas de anorexia nervosa, mais velhas, e um grupo de controlo de idade idêntica. Estudou a densidade óssea da coluna e da anca com absorciometria bifotónica com gadolínium e o antebraço com I₁₂₅. Verificou que as doentes com anorexia nervosa tinham osteoporose, mas que, as que já estavam tratadas tinham passado a níveis idênticos de densidade óssea dos que tinham o grupo de controlo, apesar de não lhes terem sido administrados estrogéneos, concluindo pois pela não necessidade desta terapêutica. Biller et al⁽¹⁷⁾ verificaram que a osteoporose era mais grave se a amenorreia ocorria antes dos 18 anos.

Num sentido diferente de Janet Treasure concluiu o grupo de Nancy Rigotti⁽¹⁸⁾. Para tentar perceber a evolução da massa óssea nas doentes com anorexia nervosa estudou em seguimento uma série de 27 doentes com anorexia nervosa, verificando ao fim de 24 a 48 meses que a densidade óssea se mantinha baixa, apesar da recuperação do peso e dos ciclos menstruais; em três doentes houve fracturas patológicas após a recuperação. No mesmo sentido são as conclusões de Bachrach⁽²⁰⁾.

Em França o grupo de Mangars⁽²¹⁾ fez um estudo nacional de 33 doentes com anorexia nervosa, tendo encontrado uma densidade baixa em 31, estando 5 abaixo e 5 ao nível do limiar fracturário definido como o percentil 90 duma população com esmagamento vertebral osteoporótico.

O grupo de Brue⁽²²⁾ também em França ao estudar uma série de 33 doentes com anorexia nervosa encontrou uma relação entre o grau de osteoporose e o tempo de amenorreia, mas não com o peso corporal ou a ração calórica diária.

Desde o já citado primeiro estudo de Nancy Rigotti⁽¹³⁾ até agora, vários estudos têm aparecido, confirmando a conclusão de que a anorexia nervosa provoca osteoporose e traz alterações do crescimento⁽²³⁻³⁵⁾.

Mecanismos da Osteoporose na Anorexia Nervosa

Como já se referiu, comparando a situação da anorexia nervosa com outras acompanhadas de hipoestrogenismo, este factor desempenha um papel importante na osteoporose das jovens com esta doença.

Está largamente demonstrado que há um baixo nível de gonadotrofinas na anorexia nervosa, que por sua vez conduz a um hipoestrogenismo por fraca estimulação dos ovários⁽³⁶⁻³⁸⁾. Este efeito duma reacção inapropriada de gonadotrofinas é comparável ao que ocorre em mulheres a quem é administrado um agonista das gonadorrelinas para efeitos tera-

pêuticos, tendo como acção secundária um aumento do turnover ósseo e um abaixamento da densidade óssea⁽³⁹⁾. Mas a osteoporose das jovens com anorexia nervosa é mais grave do que a das outras situações com hipoestrogenismo. De facto, na anorexia nervosa a desnutrição joga um papel importante devido à baixa ingestão de calorias, de proteínas e de cálcio⁽³⁾. Embora se tenha provado que também a baixa ingestão de cálcio durante a vida agrava a osteoporose pós-menopausa⁽⁸⁾ os níveis de ingestão das doentes com anorexia nervosa são mais baixos^(40,41). Em alguns estudos^(13,17) os níveis de albumina sérica são normais, o que é contraditório com a situação de desnutrição com baixa ingestão de proteínas; no entanto convém corrigir a calcémia em função duma eventual hipoalbuminémia ou então orientarmo-nos através dos doseamentos de cálcio ionizado sérico. Pode haver hipocalciúria por haver baixa ingestão de cálcio. A fosfatase alcalina, a osteocalcinémia e a hidroxiprolinúria podem reflectir uma hiper-remodelagem⁽²¹⁾ ou não⁽¹⁷⁾ conforme os vários autores.

Embora haja um nível baixo de ingestão de cálcio não há uma resposta fisiológica com elevação da hormona paratiroideia, sendo normais os níveis desta hormona nos trabalhos em que foi efectuado o seu doseamento^(13,17). Os níveis de vitaminas D foram normais em alguns trabalhos^(13,17) e baixos noutros⁽¹⁴⁾.

Um mecanismo também relacionado com a desnutrição e que deve contribuir para a osteoporose e o atraso de crescimento nos doentes com anorexia nervosa é o que está ligado às somatomedinas. As somatomedinas ou *insulin-like-growth factors* (IGF I e II) são polipeptidos através dos quais a hormona de crescimento promove a proliferação celular. A deficiência alimentar parece levar a uma importante redução dos níveis das somatomedinas. Trabalhos experimentais em animais de laboratório^(42,43) e verificações em crianças com desnutrição⁽⁴⁴⁾ têm levado a esta conclusão.

Clemmons et al⁽⁴⁵⁾ observaram o efeito dum jejum de 10 dias sobre os níveis de concentração plasmática da somatomedina C em 7 homens obesos voluntários e verificaram que as alterações nos níveis daquela hormona se correlacionavam com o abaixamento dos níveis de excreção de azoto da ureia na urina. Merimee et al⁽⁴⁶⁾ compararam os efeitos da administração de hormona de crescimento sobre as IGF I e II em indivíduos com nanismo hipofisário durante um período de jejum e durante um período de alimentação normal, concluindo que ambas eram afectadas pela deficiência alimentar, particularmente a I. A desnutrição parece desencadear o aparecimento dum inibidor das somatomedinas⁽⁴⁴⁾. A verificação de baixos níveis de soma-

tomedinas nas doentes com anorexia nervosa^(17,18) vem demonstrar que este é mais um elemento a favor da osteoporose.

Outro factor que ocorre nos doentes com anorexia nervosa e que agrava o quadro de osteoporose é a hipercortisolémia. É sabido que o excesso de glucocorticóides provoca osteoporose, visto terem sobre o osso uma acção catabolisadora. Ora os doentes com anorexia nervosa têm níveis mais elevados de cortisol do que populações idênticas sem anorexia nervosa^(38,47). No sentido de perceberem os vários mecanismos que contribuem para a osteoporose na anorexia nervosa, Biller et al⁽¹⁷⁾ estudaram um grupo de 26 mulheres com anorexia nervosa e relacionaram o grau de osteopénia com a idade de início da doença e com o nível de cortisol urinário. Verificaram que a osteoporose se correlacionava com o nível de cortisol. O mesmo verificaram Newman et al⁽⁴⁸⁾.

Tratamento

O facto de não haver unanimidade quanto à evolução da osteoporose nos doentes com anorexia nervosa, coloca problemas quanto à intervenção terapêutica. Assim, enquanto para Janet Treasure⁽⁴⁶⁾ o problema parece resolver-se com a realimentação e o regresso a um peso normal e a ciclos regulares, para Nancy Rigotti⁽¹⁸⁾ e Bachrach⁽²⁰⁾ não é assim. O facto de o fenómeno da osteoporose poder ser em parte irreversível e de a perda do osso trabecular poder conduzir ao achatamento progressivo das vértebras de forma assintomática, abre a hipótese de intervenção terapêutica nos casos em que a densidade óssea se apresenta em níveis de risco. Estas situações têm levado alguns autores a defender o emprego de estroprogestativos nestas doentes^(21,28). Mas o facto de se aplicar o uso de estroprogestativos e a implementação de cálcio exactamente nas doentes com densidades ósseas mais baixas impossibilita-nos de tirar conclusões⁽¹⁸⁾. O uso dos estroprogestativos tem as contra-indicações que têm sido apontadas. Agindo por retro-controlo inibem a secreção das gonadotrofinas impedindo o estabelecimento natural do eixo hipotálamo-hipófise-gónadas; por outro lado, provocando artificialmente menstruações podem fazer crer às doentes que o "problema está resolvido" e mascarar situações de anorexia nervosa que se prolongam durante anos, sem que a amenorreia seja um sinal de alerta.

Pode ainda haver recurso a terapêuticas que se usam na osteoporose pós-menopausa-calcitonina, flúor, bifosfonatos⁽²¹⁾. Está pois por demonstrar se se deve intervir com terapêutica dirigida especificamente à osteoporose das doentes com anorexia

nervosa e só estudos a longo prazo comparando séries diferentes poderão trazer resultados conclusivos.

Outro problema que se coloca é o do grau de actividade a que as doentes com este diagnóstico devem estar submetidas. Se é certo que o desporto de alta competição provoca perda de osso⁽¹¹⁾ e que as doentes com anorexia nervosa têm tendência para a hiperactividade, a verdade é que o exercício físico parece protegê-las da osteoporose⁽¹⁸⁾ e o repouso absoluto é um factor de perda de massa óssea, tal como se verifica noutras situações. Mais uma vez, terá que se escolher para cada caso a medida adequada.

Bibliografia

- Gilsanz V, Gibbens DT, Roe TF. Vertebral bone density in children: effect of puberty. *Radiology* 1988, 166:847-50.
- Glastre C, Braillon P, David L, Cochat P, Meunier J, Delmas P D. Measurements of bone mineral content of the lumbar spine by dual energy X-ray absorptiometry in normal children: correlations with growth parameters. *J Clin Endocrinol Metab* 1990,70: 1330-33.
- Dhuper S, Warren MP, Brooks-Gunn J, Fox R. Effects of Hormonal Status on bone density in adolescent girls. *J Clin Endocrinol Metabol* 1990, 71:1083-88.
- Bonjour JP, Theintz G, Buchs B, Slosman D, Rizoli R. Critical years and stages of puberty for spinal and femoral bone mass accumulation during adolescence. *J Clin Endocrinol Metabol* 1991, 73 : 555-63.
- Theintz G, Buchs B, Rizzoli R, Slosman D, Clavien H, Sizonenko PC, Bonjour J Ph. Longitudinal monitoring of bone mass accumulation in healthy adolescents: evidence for a marked reduction after 16 years of age at the levels of lumbar spine and femoral neck in female subjects. *J Clin Endocrinol Metab* 1992, 75:1060-65.
- Baptista F, Castro J, Melo Gomes A, Santos R A, Nobre EL, Verdasca M, Camilo Alves AS, Galvão-Teles A. Correlação entre a densidade mineral óssea (BMD) e variáveis auxológicas. *End Metab Nutr* 1996, 5(supl 1): 46.
- Lindsay R., Hart DM, Aitken JM, MacDonald EB, Anderson JB, Clarke AC. Longterm prevention of postmenopausal osteoporosis by oestrogen: evidence for an increased bone mass after delayed onset of oestrogen treatment *Lancet* 1976, 1:103841.
- Heaney RP, Gallagher JC, Johnston CC, Neer R, Parfitt AM, Whedon GD. Calcium nutrition and bone health in the elderly. *Am J Clin Nutr* 1982, 36:986-1013.
- Aitken JM, Hart DM, Anderson JB, Lindsay R, Smith PA, Speirs CF. Osteoporosis after oophorectomy for non-malignant disease in premenopausal women. *Br Med J* 1973,2:235-8.
- Schlechte JA, Sherman B, Martin R. Bone density in amenorrheic women with and without hyperprolactinoma. *J Clin Endocrinol Metab* 1983, 56: 1120-3.
- Drinkwater BL, Nilson K, Chesnut CH, Bremner W J, Shainholtz S, Southworth M B. Bone mineral content of amenorrheic and eumenorrheic athletes. *N Engl J Med* 1984, 311: 277-81.
- Cann CE, Martin MC, Genant HR, Jaffee RB. Decreased spinal mineral content in amenorrheic women. *JAMA* 1984, 251:626-9.
- Rigotti NA, Nussbaum SR, Herzo DB, Neer RM. Osteoporosis in women with anorexia nervosa. *N Engl J Med* 1984; 311:1601-6.
- Fonseca V, Houlder S, Thomas M, D'Souza V, Wakeling A, Dandona P. Osteopenia in women with anorexia nervosa. *N Engl J Med* 1985,312:326.
- Szmukler GI, Brown SW, Parsons V, Darby A. Premature loss of bone in chronic anorexia nervosa. *B Med J*, 1985, 290:26-7.
- Treasure J L, Russell GF, Fogelman I, Murby B. Reversible bone loss in anorexia nervosa. *B Med J* 1987, 295:474-5.
- Biller BMK, Saxe V, Herzog DB, Rosenthal DI, Holzman S, Klibanski A. Mechanisms of osteoporosis in adult and adolescent women with anorexia nervosa. *J Clin Endocr Metab* 1989;68:548-54.
- Rigotti NA, Neer RM, Skates SJ, Herzog DB, Nussbaum SR. The clinical course of osteoporosis in anorexia nervosa, 1991, 265:1133-38.
- Kotler L, Katz L, Anyan W, Comite F. Case study of the effects of prolonged and severe anorexia nervosa on bone mineral density. *Int J Eating Disord*, 1994,15:395-9.
- Bachrach LK, Katzman DK, Litt EF, Guido D and Marcus R. Recovery from osteopenia in adolescent girls with anorexia nervosa. *J Clin Endocr Metab* 1991; 72:602-6.
- Maugars Y, Clochon P, Gardel B. Étude du retentissement osseux dans 33 cas d'anorexie mentale dont 8 avec une osteoporose fracturaire. *Rev Rhum Mal Osteo artic*, 1991; 58:751-8.
- Brue T, Chabert Orsini V, Havlik P, Polty L, Conte-Devolx B. Evaluation de la masse osseuse vertébrale dans l'anorexie mentale. *Annales d'Endocrinologie*, 1994; 54:175-9.
- Ayers JWT, Gidwani GP, Schmidt MV, Gross M. Osteopenia in hypoestrogenic young women with anorexia nervosa. *Fertil Steril* 1984; 41:224-8.
- Crosby LO, Kaplan FS, Pertschuk MJ, Mullen JL. The effect of anorexia nervosa on bone morphometry in young women. *Clin Orthop* 1985; 201:271-7.
- Brotman AW, Slender TA. Osteoporosis and pathological fractures in anorexia nervosa. *Am J Psych* 1985; 142:495-6.

6. Kaplan FS, Pertschuk M, Fallon M and Haddad J. Osteoporosis and hip fracture in a young woman with anorexia nervosa. *Clinical Orthopedics and related Research* 1986; 212:250-4.
27. Bachrach LK, Guido D, Katzman D, Litt IF, Marcus R. Decreased bone density in adolescent girls with anorexia nervosa. *Pediatrics* 1990; 86:440-7.
28. Davies KM, Pearson PH, Huseman CA, Greger WG, Kimmel Dk, Recker R R . Reduced bone mineral content in patients with eating disorders. *Bone* 1990; 11:143-7.
29. Joyce JM, Warren DL, Hunphries LL, Smith AJ, Coon JS. Osteoporosis in women with eating disorders: comparison of physical parameters, exercise and menstrual status with SPA and DPA evaluation. *J Nucl Med* 1990, 31:325-31.
30. Mazess RB, Barden HS and Holrich ES. Skeletal and body-composition effects of anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr* 1990; 52:438-41.
31. Warren MP, Shane E, Lee MJ, Lindsay R, Dempster DW and Warren LF. Femoral head collapse associated with anorexia nervosa in a 20-year-old ballet dancer. *Clinical Orthopedics and Related Research* 1990; 251: 171-6.
32. Seeman E, Szmukler GI, Formica C, Tsalamandris C, Mestrovic R. Osteoporosis in anorexia nervosa: the influence of peak bone density, bone loss, oral contraceptive use and exercise. *J Bone Miner Res* 1992; 7: 1467-74.
33. Poet JL, Galinier-Pujol A, Tonolli-Serabian I, Conte-Devolx B, Roux H. Lumbar bone mineral density in anorexia nervosa. *Clin Rheumatol* 1993, 12:236-9.
34. Kotler L, Katz L, Anyan W, Comite F. Case study of the effects of prolonged and severe anorexia nervosa on bone mineral density. *Int J Eating Dis* 1994, 15: 395-9.
35. Carmichael KA and Carmichael DH. Bone metabolism and osteopenia in Eating Disorders. *Medicine*, 1995; 74:254-67.
36. Van Binsbergen CJM, Benink HJTC, Odrink J, Halpels AA, Koppeschaar HPF. A comparative and longitudinal study on endocrine changes related to ovarian function in patients with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol and Metab* 1990, 71: 705-711.
37. Carmo I, Reis D, Jorge Z, Galvão-Teles A. Gonadotrophic function and starvation in anorexia nervosa. *Eur J Endocrinol*, 1994; 130 (suppl 2):167.
38. Newman MM, Halmi KA. The endocrinology of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Endocrin Metab Clin of North America*, 1988, 17:195-212.
39. Johansen JS, Rüs BJ, Hassager C, Moen M, Jacobson J, Christiansen C. The effect of a gonadotropin-releasing hormone agonist analog (Nafarelin) on bone metabolism. *J Clin Endocrinol Metab* 1988; 67: 701-6.
40. Beumont PJV, Chambers TL, Rouse L, Abraham SF. The diet composition and nutritional knowledge of patients with anorexia nervosa. *J Hum Nutr* 1981; 35:265-73.
41. Huse DM, Lucas AR. Dietary patterns in anorexia. *Am J Clin Nutr* 1984; 40: 251-4.
42. Philips LS, Young HS. Nutrition and somatomedin 1. Effect of fasting and refeeding on serum somatomedin activity and cartilage growth activity in rats. *Endocrinology* 1976; 99:304.
43. Philips LS, Orawski AT, Belosky DC. Somatomedin and nutrition IV. Regulation of somatomedin activity by quantity and composition of diet in rats. 1978; 103:121.
44. Hintz RL, Suskind R, Amatayakul K, Thanangkul O, Olson R. Plasma somatomedin and growth hormone values in children with protein - calorie malnutrition. *J Pediatr*, 1978; 92:153.
45. Clemmons DR, Klibanski A, Underwood LE, McArthur JW, Ridgway EC, Beitins IZ, Van Wyk JJ. Reduction of plasma immunoreactive somatomedin C during fasting in humans. *J Clin Endocrinol Metab* 1981; 53:1247-50.
46. Merimee TJ, Zapf J, Froesch ER. Insulin-like growth factors in the fed and fasted states. *J Clin Endocrinol Metab* 1982; 55:999-1002.
47. Reis D, Jorge Z, Carmo I, Galvão-Teles A. Stress Hormones in anorexia nervosa. *Eur J Endocrinol*, 1994;130 (suppl 2): 163.
48. Newman M M, Halmi K A. Relationship of bone density to estradiol and cortisol in anorexia nervosa and bulimia. *Psychiatr Res* 1989; 29:105-12.

Miacalcic®

Calcitonina sintética de salmão

Spray Nasal **1000**

no tratamento da Osteoporose

Agora é Mais Fácil!



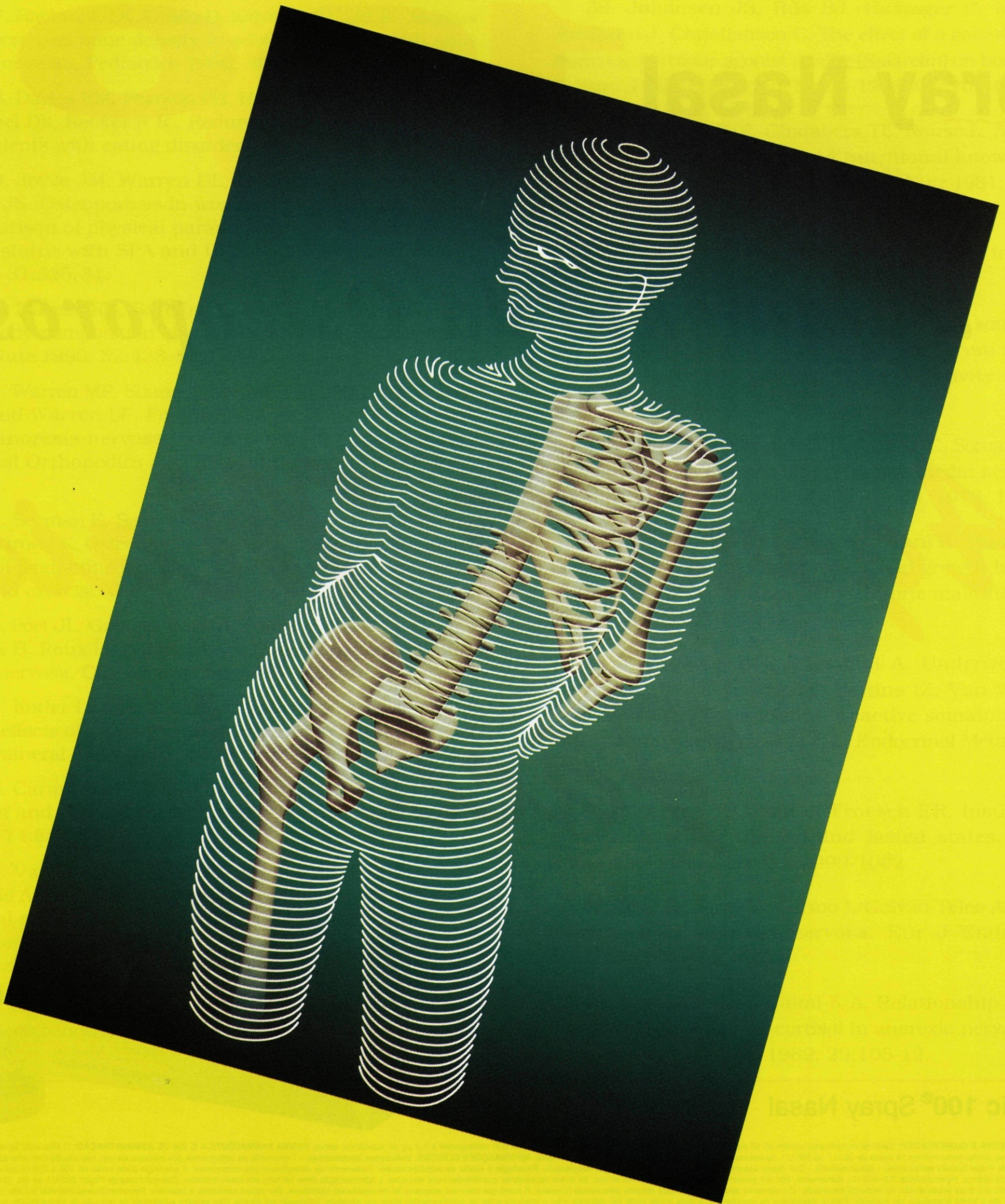
Miacalcic 100® Spray Nasal

COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: Cada dose calibrada contém 50 UI ou 100UI de calcitonina sintética de salmão; uma unidade (UI) corresponde a 0,2 µg de substância activa. **FORMA FARMACÉUTICA E VIA DE ADMINISTRAÇÃO:** O Miacalcic® Spray Nasal encontra-se disponível em frascos-spray contendo no mínimo 14 doses de 50 U.I. ou 100 U.I. de calcitonina sintética de salmão para administração nasal. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS: Indicações terapêuticas:** - Tratamento da osteoporose pós-menopausa (em associação com uma adequada ingestão de cálcio). - Doença óssea de Paget (osteíte deformante). - Hipercalecémia. - Dor óssea associada à osteólise devida a doenças neoplásicas. **Posologia e modo de administração:** *Tratamento da osteoporose pós-menopausa:* A posologia pode variar de 100 a 200 UI por dia dependendo dos sintomas e da gravidade da doença. *Hipercalecémia:* 200-400 U.I. diariamente, 200 U.I. podem ser administradas de uma só vez. Se forem necessárias quantidades mais elevadas, a administração deve ser feita em doses divididas. *Doença óssea de Paget:* 200 U.I. ao dia. Em casos excepcionais podem ser necessárias 200 U.I. duas vezes ao dia, no início do tratamento. O tratamento deve ser continuado durante pelo menos 3 meses. A posologia deve ser adaptada às necessidades individuais. *Dor óssea associada à osteólise:* Recomendam-se 200-400 U.I./dia, em doses repartidas. Poderá levar alguns dias até o efeito analgésico ser evidente. Para a terapêutica de manutenção a dose inicial pode ser reduzida e/ou o intervalo entre as administrações pode ser alargado. **Utilização em idosos:** Não existem evidências de redução da tolerabilidade ou de necessidade de alteração posológica nos doentes idosos. **Utilização em crianças:** Existe muito pouca experiência da utilização de Miacalcic® Spray Nasal em crianças. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à calcitonina de salmão (ver "Efeitos Indesejáveis"), ou qualquer dos componentes da formulação. **Precauções particulares de emprego:** Dado que a calcitonina de salmão é um péptido, existe a possibilidade de reacções alérgicas. Até à data não foram relatados efeitos indesejáveis graves do tipo alérgico nem durante os ensaios clínicos efectuados com o Miacalcic® Spray Nasal nem durante a experiência pós-comercialização. Contudo, em doentes susceptíveis de experimentar estas reacções deve ser considerada a realização de um teste dérmico antes do início do tratamento. Doentes com rinite crónica a quem seja administrado Miacalcic® Spray Nasal deverão permanecer sob vigilância médica devido ao possível aumento da absorção pela mucosa nasal inflamada. O Miacalcic® Spray Nasal deve ser conservado fora do alcance das crianças. **Nota:** Em alguns doentes submetidos a um tratamento prolongado, podem formar-se anticorpos contra a calcitonina de salmão. No entanto, a eficácia clínica não é afectada. Os fenómenos de "escape" observados algumas vezes no tratamento prolongado são devidos provavelmente a uma saturação dos locais de fixação e não parecem estar relacionados com o desenvolvimento de anticorpos. **Interações com outros medicamentos e outras formas de interacções:** Até à data não foram efectuados estudos formais para avaliação de interacções medicamentosas com calcitonina de salmão. Até ao presente não foram observadas interacções medicamentosas com a calcitonina sintética de salmão. **Utilização em caso de gravidez e de lactação:** Quando administrada a coelhos em doses 14 a 56 vezes superiores a dose parentérica recomendada no Homem a calcitonina sintética de salmão demonstrou provocar uma diminuição do peso fetal à nascença. Dado que a calcitonina não atravessa a barreira placentária, esta observação pode dever-se a efeitos metabólicos nas fêmeas grávidas. Não existem estudos na mulher grávida e por este motivo o Miacalcic® Spray Nasal não deve ser administrado durante a gravidez. Em animais a calcitonina mostrou inibir a lactação. Desconhece-se se o fármaco é excretado no leite da mulher; por este motivo o Miacalcic® Spray Nasal não deve administrar-se a mulheres a amamentar. **Efeitos indesejáveis:** Os efeitos indesejáveis mais frequentemente descritos com o Miacalcic® Spray Nasal são efeitos locais tais como: rinite, secura da mucosa nasal com crosta, epistaxis não grave e sinusite. O Miacalcic® Spray Nasal pode causar raramente efeitos sistémicos tais como náuseas, vômitos, tonturas, rubor facial acompanhado de sensação de calor, e menos frequentemente poliúria e arrepios. Habitualmente estes efeitos desaparecem espontaneamente. Com a administração nasal, os efeitos indesejáveis ocorrem menos frequentemente do que com a administração i.v., i.m. ou s.c.. Em casos muito raros o Miacalcic® Spray Nasal pode dar origem a reacções de hipersensibilidade tais como reacções cutâneas generalizadas. Foram relatados casos isolados de reacção tipo anafilático, incluindo taquicardia, hipotensão e colapso, quando o produto é administrado por via injectável mas que nunca se observaram por via nasal. **Sobredosagem:** Até agora não foram assinalados quaisquer sintomas graves causados por sobredosagem. O tratamento deve ser sintomático. Não é conhecido qualquer potencial de abuso ou de toxic dependência da calcitonina sintética de salmão. **PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS: Propriedades farmacodinâmicas:** O Miacalcic® Spray Nasal reduz consideravelmente a mobilização do cálcio ósseo em condições de aumento da taxa de reabsorção óssea, como na osteoporose, doença de Paget e osteólise maligna. A actividade dos osteoclastos é inibida e a actividade e formação dos osteoblastos parece ser estimulada. O Miacalcic® Spray Nasal inibe a reabsorção óssea reduzindo assim o cálcio sérico anormalmente aumentado. Além disso, no início do tratamento, aumenta a excreção urinária de cálcio, fósforo e sódio ao reduzir a reabsorção tubular. No entanto o cálcio sérico não é reduzido abaixo dos limites normais. O Miacalcic® Spray Nasal demonstrou também ser eficaz na redução da dor associada a situações osteofíticas ou osteopénicas, devido provavelmente a uma acção exercida no sistema nervoso central. A estrutura de todas as calcitoninas consiste em 32 aminoácidos numa cadeia simples com um anel de sete resíduos aminoácidos no N-terminal, cuja sequência difere segundo as espécies. Devido à sua maior afinidade para os locais de ligação dos receptores do que as calcitoninas dos mamíferos, incluindo a calcitonina sintética humana, o Miacalcic® Spray Nasal é mais potente e tem maior duração de acção sob o ponto de vista clínico. **Precauções especiais de conservação:** Antes de usar o Miacalcic® Spray pela primeira vez conservar no frigorífico entre 2 e 8°C. Não congelar. Após a abertura do Miacalcic® Spray Nasal; utilizar no prazo de um mês e conservar à temperatura ambiente (a menos de 25°C). Para garantir uma administração correcta o frasco deve ser mantido na posição vertical. **Titular da autorização de comercialização:** Produtos Sandoz, Lda. Rua de São Caetano, 4 - 1296 Lisboa Codex. **DATA DA REVISÃO DESTE TEXTO:** MAIO de 1996. **APRESENTAÇÃO E PREÇOS:** Spray para Aplicação Nasal: 100 U.I./ml - 100 U.I. por activação. P.V.P.: 11.482\$00, Regime Geral: Estado. 8.037\$00, Utente. 3.445\$00, Regime Especial: Estado. 9.760\$00, Utente. 1.722\$00. Venda mediante receita médica.

SANDOZ
PRODUTOS SANDOZ LDA.

R.S. Caetano, 4 - 1296 Lisboa Codex
cont. nº 500 223 076 - Matric. na C.R.C. de Lisboa sob o nº 19 794
Capital Social 100 000 000\$00

 **MERCK SHARP & DOHME**



**DEDICADA A ALTERAR
O CURSO DA OSTEOPOROSE**

REITER'S SYNDROME OF THE GLANS IN ONE AIDS PATIENT

Isabel E. Franca¹, K. Mansinho², C. Claro³, A. Poiares-Baptista⁴, J. L. Champalimaud⁵

RESUMO

Introdução. A queratoderma palmoplantar pode surgir em doentes com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), isoladamente ou associada a psoríase ou a Síndrome de Reiter. Na psoríase, o aparecimento ou agravamento das lesões psoriásicas estão geralmente associados ao desenvolvimento do quadro de SIDA.

Nos doentes com infecção pelo vírus VIH, o Síndrome de Reiter pode surgir sob formas incompletas, com eventual sobreposição clínica com outras espondilartropatias. É apresentado um doente com história de dor sacroiliaca, diarreia e episódios recorrentes de uretrite, em quem surgiu uma queratoderma isolada da glândula simultaneamente com o desenvolvimento de SIDA.

Métodos. Foi realizada uma biópsia da glândula. Foram também efectuados outros exames complementares de diagnóstico com o objectivo de esclarecer a hipótese diagnóstica de Síndrome de Reiter.

Resultados. O exame histopatológico da lesão genital revelou imagens compatíveis com psoríase. A proteína C reactiva era normal e o factor reumatóide negativo. Não se isolaram agentes infecciosos na urina, secreção uretral ou fezes, mas a TAC abdominal revelou imagens ileocecais sugestivas de etiologia infecciosa.

A investigação da perda de visão bilateral que o doente veio a desenvolver revelou sinais de retinite a citomegalovírus no olho esquerdo e atrofia do nervo óptico à direita, provavelmente subsequente a uveíte posterior.

Conclusões. O doente apresentado tem critérios para o diagnóstico de espondilartropatia. De acordo com o conhecimento actual acerca das espondilartropatias relacionadas com o vírus VIH, somos de opinião que este caso corresponde à expressão de uma forma incompleta de Síndrome de Reiter: ou uma forma com queratoderma isolada da glândula ou forma com overlap com outra espondilartropatia seronegativa. (*Acta Reuma Port 1996;78-79:97-100*)

Palavras-chave: Lesão psoriática AIDS; Espondilartropatia HIV; Síndrome de Reiter.

INTRODUCTION

Among the rheumatic manifestations of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection, spondylarthropathies such as psoriatic arthritis and Reiter's syndrome are outstanding⁽¹⁻⁵⁾.

Incomplete forms of these HIV-spondylarthropathies have been described^(2,3,6) as well as the extensive clinical overlap between psoriatic arthritis, psoriasis, and Reiter's syndrome⁽⁷⁾.

Because of such an overlap these authors suggest that the psoriasis found in AIDS patients may represent in itself another Spondylarthropathy closely related to Reiter's syndrome⁽⁷⁾. In addition, they

also suggest that AIDS-associated psoriatic lesions could be better understood if psoriasis, psoriatic arthritis and Reiter's syndrome were seen as a "diseases continuum" in these patients⁽⁸⁾.

CASE REPORT

A 29-year-old homosexual man was found to be HIV₁ positive in February 1992 when he developed a serious herpes zoster infection on his right trigeminal area. Since then, his current medications included zidovudine and trimethoprim-sulfamethoxazole.

During the following seven months he developed two acute diarrhoea episodes and, in October 1992, after the second episode, asthenia, anorexia and weight loss (more than 20 kg) began. On this date, he noted the appearance of smooth whitish macules of the glans clinically suggestive of genital candidiasis which gradually spread despite persistent therapy with self-prescribed topical and systemic antifungal drugs.

The patient's general condition further deteriorated and he successively developed oral candidiasis and hairy leukoplakia, fever, vision loss and gait unsteadiness. During this period he complained of intermittent lumbar and sacroiliac pain which was severe and debilitating. In March 1993 he was admitted to the Hospital.

¹ Unit of Infectious and Parasitic Diseases, Egas Moniz Hospital / Clinic of Tropical Diseases, Section of Dermatology, Institute of Hygiene and Tropical Medicine, Lisboa, Portugal.

² Unit of Infectious and Parasitic Diseases, Egas Moniz Hospital / Clinic of Tropical Diseases, Section of Dermatology, Institute of Hygiene and Tropical Medicine, Lisboa, Portugal.

³ Unit of Infectious and Parasitic Diseases, Egas Moniz Hospital / Clinic of Tropical Diseases, Section of Dermatology, Institute of Hygiene and Tropical Medicine, Lisboa, Portugal.

⁴ Clinic of Dermatology and Venereology, University Hospitals of Coimbra, Coimbra, Portugal.

⁵ Unit of Infectious and Parasitic Diseases, Egas Moniz Hospital / Clinic of Tropical Diseases, Section of Dermatology, Institute of Hygiene and Tropical Medicine, Lisboa, Portugal.

His past medical history included previous episodes of debilitating low back pain recurrent dysuria and frequent urination and chicken-pox three years before.

In the family history his older sister was diagnosed with chronic uveitis and both personal and family history revealed no psoriasis antecedents.

On admission, the patient presented with skin lesions limited to his penis which was not circumcised. They consisted of multiple coalescent whitish plaques extending over the glans, the coronal sulcus and the inner aspect of the prepuce. They had a smooth dry cleft surface and the underlying epithelium was glossy erythematous with small bleeding points (Fig. 1). The lesions were painless and foul-smelling. The meatus and perimeatal mucosa showed slight oedema (fig. 2) although there was no urethral discharge. The patient had oral lesions consistent with candidiasis and hairy leukoplakia. Nail changes or other skin changes were not observed.

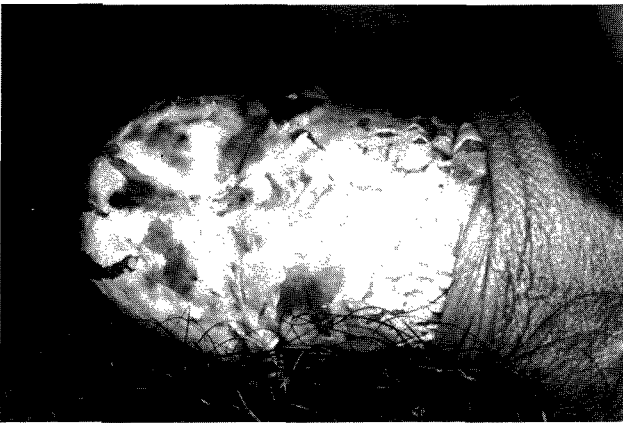


Figure 1 - Whitish plaques with bleeding points on the underlying surface.



Figure 2 - Slight oedema of the meatus and perimeatal mucosa.

His full-body examination revealed a temperature of 38°C; normal heart, lungs and abdomen, and no adenopathies, articular effusions or deformities.

Neurological examination revealed psychomotor slowing, ataxia and bilateral visual acuity loss more pronounced in the right eye which presented optic nerve atrophy. Specific clinical signs of CMV retinitis were seen in the left eye.

Abnormal laboratory findings included: a macrocytic anemia, leukopenia with lymphocyte depletion and an elevated erythrocyte sedimentation rate; platelet count, C-reactive protein, γ -globulin and urinalysis were normal; rheumatoid factor, syphilis, chlamydia and hepatitis serologies were all negative.

Examination of the urethral secretion by smear and culture, including for chlamydia trachomatis, was negative, as were cultures of blood, urine and stool samples. Cultures from penile scrapes were also negative for candida organisms.

The patient was HLA-B27 negative.

Electrocardiogram, chest and sacroiliac radiographs were normal.

Cerebrospinal fluid was negative for CMV.

The retinal angiography showed images consistent with CMV retinitis only in his left eye. In the right eye optic nerve atrophy probably caused by posterior uveitis was seen.

The CT scan of the brain showed a diffuse cerebral atrophy. The thoracic and abdominal CT scan revealed an ileon-coecal thickening which suggested an infectious etiology.

Histological aspects of the glans' biopsy (Fig. 3) showed hyper/parakeratosis with an outlined micro-abscess in one extremity. There were no microorganisms. The underlying mucosa was slightly acantotic and in the dermis, vasodilatation without inflammatory infiltrate was seen.

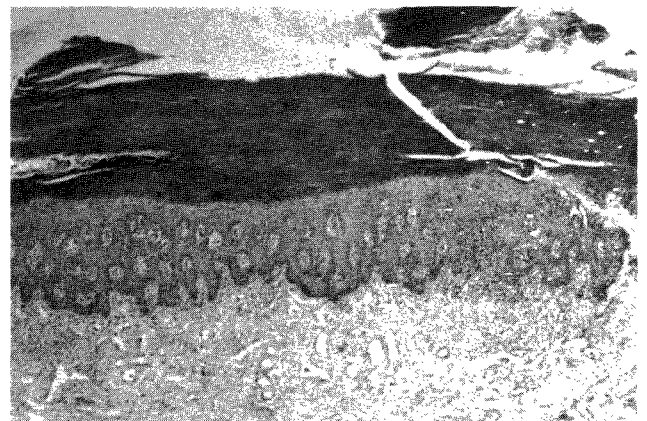


Figure 3 - Glans biopsy: microabscess in the hyper-parakeratotic epithelium (left).

The patient was undergoing anti-viral therapy with zidovudine and didanosine to which ganciclovir was added after the diagnosis of CMV retinitis. Because of prolonged fever, antibiotics along with antituberculous treatment were started as well as fluconazol and topical nystatin for his oral candidiasis.

Nevertheless, fever persisted and progressive bilateral vision loss provoked blindness in the following months, while genital lesions partly regressed.

Encephalopathy developed and the patient died. His family declined postmortem examination.

DISCUSSION

The main difficulty we experienced in discussing this case was distinguishing whether the clinical manifestations — such as weight loss, fever, elevated erythrocyte sedimentation rate — were related to AIDS or to Reiter's syndrome. A further dilemma was in establishing the role of Reiter's syndrome, CMV, HIV or even Herpes Zoster virus infection in the patient's right eye blindness.

As to the histological aspect of the glans, on the whole it corresponded to leukoplakia, but the presence of a microabscess suggested a psoriasis' diagnosis. The hypothesis of candidiasis was excluded because of the absence of candida organism in cultures of penile scrapes or yeast forms in the skin biopsy.

In relation to the circumstances surrounding the appearance of psoriatic lesions in HIV patients, it has been noted that the onset or flaring-up of the lesions characteristically signifies a poor prognosis, because it is usually associated with severe immunosuppression and concomitant development of opportunistic infections and AIDS^(9,10,11).

In our patient's case — a young HIV positive homosexual man without a personal or family history of psoriasis — a rapid deterioration in his general condition was observed with fever, profound weight loss and several opportunistic infections, simultaneously with the onset of a psoriatic genital lesion. There was severe helper T-cell depletion.

An additional point is that, in HIV patients, an extensive clinical overlap between psoriasis, psoriatic arthritis, and Reiter's syndrome has also been noted^(7,8). Because of such an overlap some authors suggest that psoriasis "per se" may represent in these patients another spondylarthropathy closely related to Reiter's syndrome⁽⁷⁾.

In fact, our patient, in addition to his psoriasis-form balanitis, also presented other symptoms considered criteria for a spondylarthropathy diagnosis (Amor's criteria⁽¹²⁾), such as intense and disabling episodic lumbar and sacroiliac pain concomitant with diarrhoea and urethritis episodes, and a family history of uveitis.

Furthermore, along with this undifferentiated spondylarthropathy, he developed several diagnostic problems whose severity led us to question, then, the hypothesis of Reiter's syndrome, namely: optic nerve atrophy and vision loss, probably caused by posterior uveitis, in the eye with no signs of CMV retinitis; persistence of high fever despite multiple antibiotic, anti-tuberculous and antiviral medications; the appearance of CT scan showing an ileon-coecal thickening which suggested an infectious origin despite no etiological agent having been found in cultures of stool samples.

Hence, we stress that the hypothesis of an intestinal infection could also explain the negative urine cultures during urethritis episodes, which, as is well known, can merely constitute an enterocolitis' reflex in the course of Reiter's syndrome.

Thus, taken together, all of these clinical signs could be finally understood in an HIV-spondylarthropathy context related to a Reiter's syndrome, either as an isolated incomplete form, or one overlapping with another spondylarthropathy such as a psoriatic arthritis or an enterocolopathy.

Non-HLA-B₂₇-related Reiter's syndrome has also been described in HIV infection⁽⁶⁾. This fact strengthens the idea that Reiter's syndrome and Acquired Immunodeficiency co-occur beyond the merely coincidental^(13,14), leading one to question the role of HIV and opportunistic agents, as well as those of sexually transmitted diseases, among many other etiopathogenic hypotheses^(1,3,4). Thus, behavioral patterns in some high-risk groups, namely homosexual men, could expose them to the triggering agents, including intestinal agents^(1,3,4,15-17). Our patient, although having no venereal antecedents, was an homosexual man with a personal medical history of diarrhoea episodes.

Even if we are solely considering the significance of our patient's balanitis, this one could be better understood if, in an AIDS context, psoriatic lesions were conceptualized as being part of a disease spectrum which includes seborrheic dermatitis, psoriasis, and Reiter's syndrome as its different expression forms, as was suggested by Madeleine Duvic and colleagues⁽⁸⁾ and later stressed by Reveille *et al*⁽⁷⁾.

On the other hand, we also know that in the wider sphere of Reiter's syndrome, isolated circinate balanitis has been observed, either preceding the appearance of the Reiter's triad by several years, or as the sole manifestation of a recurrency⁽¹⁶⁾. Once again the similarities between Reiter's syndrome and psoriasis are well-recognized, this time out of the HIV-infection context. This is in fact one of the main dilemmas of Reiter's syndrome: it poses a difficult diagnosis because it is frequently incomplete.

As we said in the background, in AIDS patients isolated keratoderma of the palms and soles has been observed which may be associated with AIDS-related psoriasis or Reiter's type syndrome⁽¹⁰⁾. So, taking into account the specific clinico-pathologic context of this case, it is possible to raise the question whether this isolated form of keratoderma of the glans could be associated with a Reiter's syndrome.

Atypical hyperkeratotic aspect of genital lesions has already been referred to in a previous paper about Reiter's syndrome of the vulva⁽¹⁹⁾. In this case, white, hyperkeratotic lesions are located on vaginal vault,

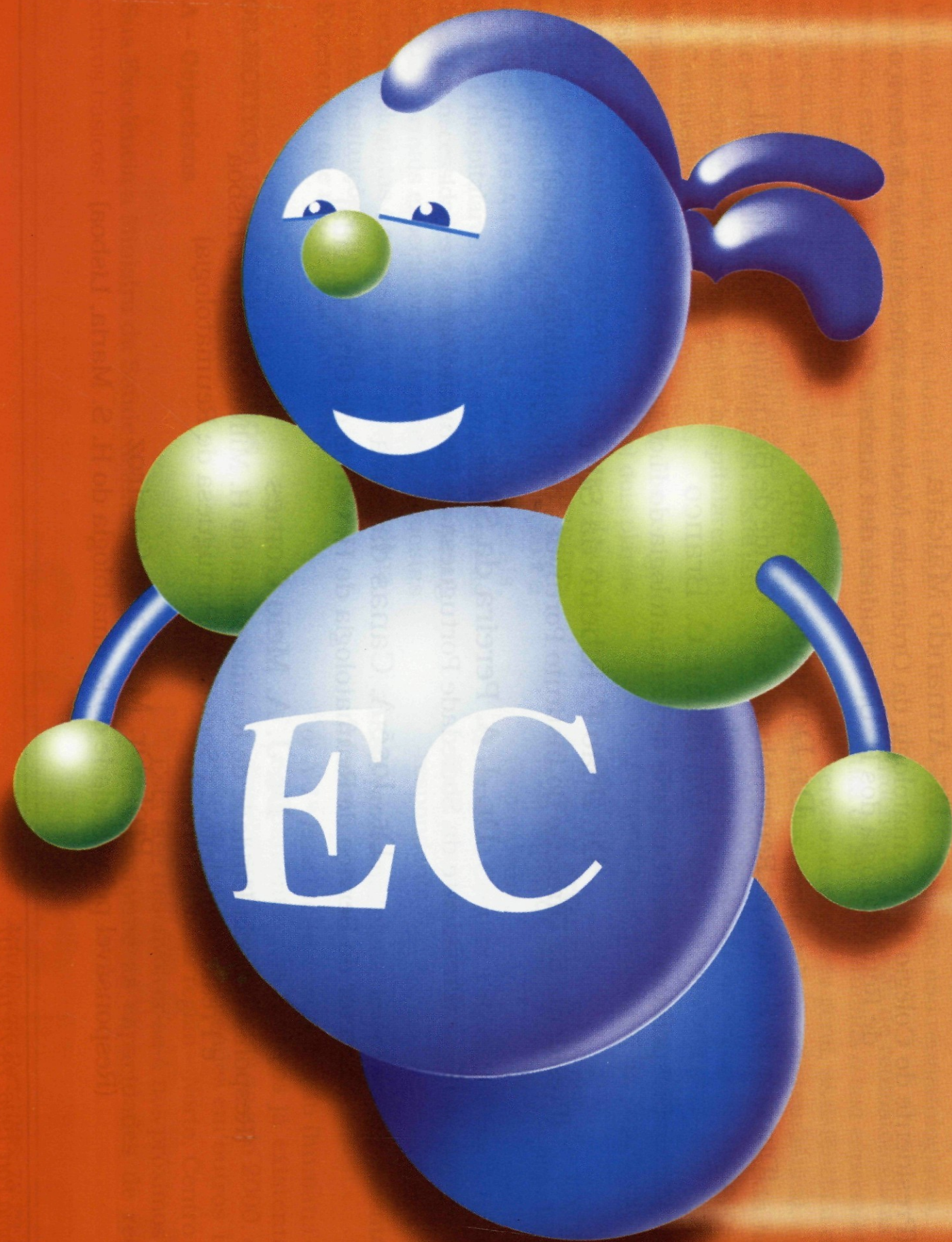
including cervix, and also raise a differential diagnosis with genital candidiasis. However, cultures were intermittently positive both in lesions and vaginal exudate like in other similar cases⁽²⁰⁾, leading to the question of an increased susceptibility to yeast⁽¹⁹⁾.

Nevertheless, the predominant difference and unique character of our case is the rare hyperplasticity of the lesions associated with their dry surface which enable us to compare them with keratoderma blennorrhagicum. Although lesions were smooth and leukoplasic this morphology may be due to the presence of foreskin. Otherwise, if the patient had been circumcised, a typical keratoderma blennorrhagicum may have been observe.

Finally, we would like to stress the didactic interest of the obtained images (Figs. 1, 2).

REFERENCES

1. Winchester R, Berstein DH, Fisher HD, Enlow R, Solomon G. The co-occurrence of Reiter's syndrome and Acquired Immunodeficiency. *Ann Inter Med* 1987; 106: 19-26.
2. Berman A, Espinoza LR, Diaz JD, Aguilar JL, Rolando T, Vasey FB, Germain BF, Lockey RF. Rheumatic manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Am J Med* 1988; 85:59-64.
3. Espinoza LR, Aguilar JL, Berman A, Gutierrez F, Vasey FB, Germain B. Rheumatic manifestations associated with human immunodeficiency virus infection. *Arthritis Rheum* 1989; 32(12):1615-1622.
4. Fernandez M, Cardenal A, Balsa A, Quiralte J, Del Arco A, Peña MM, Barbado FD, Vásquez JJ, Gijón J. Rheumatic manifestations in 556 patients with Human Immunodeficiency Virus Infection. *Semin Arthritis Rheum* 1991; 21(1):30-39.
5. Espinoza LR, Jara LJ, Espinoza CG, Silveira LH et al. There is an association between human immunodeficiency virus infection and spondylarthropathies. *Rheum Dis Clin Nort Am* 1992; 18:257-266.
6. Davis P, Stein M. Human immunodeficiency virus — related connective tissue diseases: a Zimbabwean perspective. *Rheum Dis Clin North Am* 1991; 17(1):89-97.
7. Reveille JD, Conant MA, Duvic M. Human immunodeficiency virus — associated psoriasis, psoriatic arthritis, and Reiter's syndrome: a disease continuum? *Arthritis Rheum* 1990; 33(10):1574-1578.
8. Duvic M, Johnson T, Rapini R, Freese T, Brewton G, Rios A. Acquired immunodeficiency syndrome — associated psoriasis and Reiter's syndrome. *Arch Dermatol* 1987; 123:1622-1632.
9. Lazar AP, Roenigk HH. AIDS and psoriasis. *Cutis* 1987; 39:347-351.
10. Sadick NS, McNutt NS, Kaplan MH. Papulosquamous Dermatoses of AIDS. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22:1270-1277.
11. Johnson AM, Duvic M, Rapini RP. AIDS exacerbates psoriasis (Letter). *N Engl J Med* 1985; 313:1415.
12. De Bandt M. Manifestations Rhumatologiques (Manifestations musculaires exclues). In: Kernbaum, S. ed. *Le Praticien Face au SIDA*, Paris, Flammarion, 1992, 139-142.
13. Fisher BK, Warner LC. Cutaneous Manifestations of the Acquired Immunodeficiency Syndrome (Update 1987). *Int J Dermatol* 1987; 26:615-630.
14. Dover JS, Johnson RA. Cutaneous Manifestations of Human Immunodeficiency Virus Infection (Part II). *Arch Dermatol* 1991; 127:1549-1558.
15. Quinn TC, Stamm WE, Goudell S. The polymicrobial origin of intestinal infections in homosexual men. *N Engl J Med* 1983; 309:576-582.
16. Foster SM, Seifert MH, Keat AC et al. Inflammatory joint disease and Human Immunodeficiency virus infection. *Br Med J* 1988; 296:1625-1627.
17. Buskila D, Gladman DD, Langevitz P et al. Rheumatologic manifestations of infection with the human immunodeficiency virus (HIV). *Clin Exp Rheumatol* 1990; 8:567-573.
18. Calin A. Reiter's Syndrome. In: Kelly WN, Harris E, Ruddy S, Sleddge C eds. *Textbook of Rheumatology*, II vol., third edition, Philadelphia WB Saunders Company, 1989, 1038-1052.
19. Edwards L, Hansen RC. Reiter's Syndrome of the Vulva. *Arch Dermatol* 1992; 128:811-814.
20. Thambar IV, Dunlop R, Thin RN, Huskisson EC. Circinate vulvitis in Reiter's syndrome. *Br J Venereol Dis* 1977; 53:260-262.



Naprosyn[®] EC

(naproxen)

O Desafio

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



JANSSEN-CILAG

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

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

PROPOSTA DE PLANO / PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA REUMATOLÓGICA HOSPITALAR EM PORTUGAL

APRESENTADA AO EXMO. SENHOR DIRECTOR GERAL DE SAÚDE
EM 19 DE JULHO DE 1996

ASSINATURAS

Prof. Dr. António Lopes Vaz

(Responsável pela Unidade de Reumatologia do H. S. João, Porto)

Dr. Armando Malcata

(Presidente do Colégio de Reumatologia da Ordem dos Médicos e representante do Serviço de Reumatologia dos H. Universidade de Coimbra, Coimbra)

Dr. Domingos Araújo

(Director do Serviço de Reumatologia do H. Conde de Breiandos, Ponte de Lima)

Dr. Jaime C. Branco

(Responsável pela Unidade de Reumatologia do H. Egas Moniz, Lisboa)

Dr. João F. Ribeiro da Silva

(Presidente da Direcção do Instituto Português de Reumatologia, Lisboa)

Dr. J. A. Pereira da Silva

(Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia)

Dr. José A. Canas da Silva

(Director do Serviço de Reumatologia do H. Garcia de Orta, Almada)

Dr. J. A. Melo Gomes

(Responsável pela Unidade de Reumatologia do H. Militar Principal, Lisboa e Presidente Eleito da Sociedade Portuguesa de Reumatologia)

Prof. Dr. M. Viana Queiroz

(Responsável pela Unidade de Reumatologia do H. S. Maria, Lisboa)

1. INTRODUÇÃO

As doenças reumáticas (DR) constituem em todos os países desenvolvidos e no nosso País em particular o grupo nosológico mais frequente, aquele que causa maior número de incapacidade provisória («baixas») e definitiva («reformas antecipadas») para o trabalho e é responsável pelos mais avultados gastos com medicamentos e reabilitação.

A experiência adquirida em outros países comprova que o diagnóstico correcto e o tratamento adequado das DR reduz significativamente os custos referentes quer à incapacidade quer à intervenção terapêutica.

Apesar disso em Portugal a Reumatologia é a especialidade clínica com menor expressão hospitalar. Apenas 25 reumatologistas pertencem aos quadros hospitalares no Continente português.

E todos se encontram em apenas 6 hospitais (Conde de Breiandos, em Ponte de Lima, São João, no Porto, Universidade de Coimbra, em Coimbra, Santa Maria e Egas Moniz, em Lisboa, e Garcia de Orta, em Almada).

A prova maior da extrema necessidade que a população e os hospitais têm em alterar esta situação encontra-se quer nas enormes e prolongadas listas de espera quer na prática da «reumatologia» (Consultas e Serviços com este nome) sem o concurso de qualquer reumatologista. Isto em hospitais e outras Unidades de Saúde dependentes do Estado. Anacronicamente jovens reumatologistas recém-formados vão sucessivamente conhecendo o desemprego.

Utilizando a relação (aquém da ideal) de 1 reumatologista hospitalar para 75 000 habitantes, seriam necessários entre 130 e 140 especialistas. A distribuição destes médicos apenas até ao nível de alguns hospitais distritais levaria numa 1ª fase (5-10 anos) esta valência até mais 12 unidades hospitalares e na fase seguinte seriam incluídos mais 8 hospitais. Estariam então colocados 130 reumatologistas hospitalares em todo o Continente.

Depois de terem sido apresentados (pelos reumatologistas) e esquecidos (pelas Autoridades) dois planos reumatológicos anteriores (1989 e 1991) os subscritores desta proposta renovam solidária e unanimemente neste plano/programa a sua determinação e a esperança que as Autoridades de Saúde (Centrais, Regionais e Hospitalares) atendam equitativamente as verdadeiras necessidades e legítimos direitos das populações, as normais expectativas e sensatas propostas dos reumatologistas e o prestígio e correcto funcionamento das insituições que servem.

Esperemos que não seja de novo em vão.

2. OBJECTIVOS BÁSICOS E MÉTODOS

A – Objectivos

Sua Excelência a Ministra da Saúde definiu como objectivos básicos:

1. Estudar a situação actual (p. ex. número de reumatologistas existentes e seu vínculo, valências existentes e em que hospitais, locais de assistência dos doentes reumáticos) para se poder tomar medidas adaptadas às necessidades reais das populações e ao legítimo cumprimento do direito à realização e satisfação dos profissionais.
2. Escolha das acções transitórias mais adequadas a curto e longo prazo.
3. Desenvolvimento de acções de monitorização dos cuidados prestados nesta área.

B – Metodologia

1. Transformação (imediate) das Unidades já existentes em *Serviços autónomos* e revisão dos seus quadros médicos.
2. Criação de *novos serviços/unidades* de acordo com os planos regionais apresentados.
3. Dotação dos Serviços/Unidades com os *meios humanos, físicos e materiais* necessários para a boa prática clínica da reumatologia e adequados ao cumprimento das regras e objectivos definidos pela UE para o treino dos internos de reumatologia.
4. a) Extinção (imediate) da *prática da especialidade de reumatologia por não reumatologistas* nos hospitais e outras unidades de Saúde dependentes do Ministério da Saúde.
b) Inclusão (progressiva) de *reumatologistas* nos locais onde existe prática da especialidade de reumatologia por não reumatologistas.
5. Abandono da utilização de reumatologistas para a prática de *tarefas estranhas à sua especialidade* (p. ex. serviço de urgência geral, assistência a doentes internados com patologia não reumática).
6. *O número de reumatologistas por cada hospital* deverá ter em conta as seguintes relações com a população que lhes está adstrita:
 - a) Hospital Distrital (D): 1 Reumatologista (R)/75 000 habitantes (H) da população correspondente.
 - b) Hospital Regional: 1 R/75 000 H + 1 R/200 000 H da região de referência – H da população correspondente.
 - c) Hospital Central: 1 R/75 000 H + 1 R/300 000 H da zona de referência – H da população correspondente.
7. Este programa/plano deverá ser implementado em 2 fases:
 - a) A 1ª fase inclui a valorização (humana-física-equipamento) dos serviços já existentes que deverá estar concluída até ao ano 2000, e a criação de Serviços/Unidades em outros 12 hospitais (4 por cada região – Norte, Centro e Sul). Esta fase desenvolver-se-á nos próximos 5 a 10 anos conforme as capacidades de recursos humanos.

b) A 2ª fase seguir-se-á à anterior e avançará conforme as disponibilidades regionais de recursos. São já definidas algumas necessidades para esta fase mas estas poderão ser revistas atempadamente.

c) O número mínimo de Reumatologistas Hospitalares para o Continente é de 140 distribuídos por cerca de uma vintena de Serviços/Unidades. Para que estes objectivos sejam atingidos em 10 anos será necessário que se forneça anualmente 10 internos de reumatologia.

8. Nomeação (imediate) pela DGS de uma Comissão de acompanhamento (reumatologistas + técnicos da DGS) da implementação do programa.

a) Os 10 reumatologistas propostos são 7 por inêrência (Profs. A. Lopes Vaz e M. Viana Queiroz e os Drs. Domingos Araújo, Armando Malcata, J. Canas da Silva, J. A. Melo Gomes e Jaime C. Branco) e 3 por representação (Presidentes da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, do Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos) e o Presidente da Direcção do Instituto Português de Reumatologia).

3. SERVIÇOS / UNIDADES HOSPITALARES JÁ EXISTENTES E RECURSOS HUMANOS ACTUAIS

Hospital	Estrutura	Quadro (Ch+Ass. H.)	Vagas do quadro preenchidas	Assistentes fora do quadro do quadro (Eventuais)	Dispensados	Internos
C. Bretilandos	Serviço	1 + 4	0 + 3	0	0	0
S. João	Unidade	2 + 9	2 + 8	2	1	3
U. Coimbra	Serviço misto (Med. Int. + Reum.)	2 + 4	0 + 3	0	0	3
Sª Maria	Unidade	1 + 5 (2 + 11)	1 + 4	4 + 6 em serviço no IPR	4	6
G. Orta	Serviço	1 + 2	0 + 2	0	0	3
Egas Moniz	Unidade	1 + 2	0 + 2	0	0	1

O Instituto Português de Reumatologia, instituição particular de solidariedade social, não sendo um serviço ou hospital, conta entre os seus quadros com 6 assistentes eventuais de reumatologia, adstritos ao HSM, 7 internos complementares e 5 dispensados.

No Hospital Militar Principal em Lisboa existe uma Unidade de Reumatologia onde estão colocados 2 especialistas, um outro reumatologista está colocado em outra Unidade Militar de Lisboa. Apesar destes 3 especialistas terem sido totalmente formados em Unidades hospitalares dependentes do Ministério da Saúde (HSM), são frequentemente utilizados em Serviços da área de Clínica Geral e de Saúde Pública.

Existe em treino no HSM um interno de reumatologia e adstrito ao Hospital da Marinha.

4. PROPOSTA PARA SERVIÇOS JÁ EXISTENTES

A - Definição das áreas e funções dos Serviços/Unidades tipo

Conforme define o documento de Divisão de Planeamento e normalização do DEPS referente a «Unidades de Saúde, Ajustamentos da rede ao Estatuto do Serviço Nacional de Saúde» de 1994, as funções genéricas dos Serviços/Unidades diferem conforme o tipo de hospital em que se inserem. Assim e ainda segundo aquele documento os Serviços/Unidades de Reumatologia devem possuir, conforme os hospitais em que se inserem, as seguintes áreas:

	A	B	C	D	E	F	G
Hospital Central	✓	✓	✓	✓	✓	✓	±
Hospital Regional	✓	✓	✓	✓	✓	±	
Hospital Distrital	✓	✓	✓	✓	±		

Legenda: **A:** Ambulatório; **B:** Internamento; **C:** Hospital de Dia; **D:** Técnicas; **E:** Laboratório; **F:** Docência; **G:** Instituto de Investigação.
✓: necessário; ±: conforme os casos.

B - Rápida valorização dos Serviços

Deverá ser dada prioridade ao apetrechamento das Unidades, Serviços ou Núcleos de Reumatologia já existentes, com vista a permitir-lhes desempenhar com qualidade as funções assistenciais, de investigação e de ensino pós-graduado (e para algumas também pré-graduado) que por lei lhe estão cometidas.

Só desta forma poderão desempenhar com eficácia as suas funções com respeito pelos doentes e com a realização dos profissionais e o prestígio das instituições.

Assim, os Serviços de Reumatologia deverão ter autonomia de funcionamento, estar integrados ou não em Departamentos e possuir Unidades de ambulatório, internamento, hospital de dia, reabilitação reumatológica, técnicas complementares de diagnóstico e tratamento (p. ex. densitometria óssea, ecografia das partes moles, artroscopia diagnóstica, sinoviorteses, lavagem articular) e laboratório (p. ex. microscopia de luz polarizada para observação de cristais, estudo da biopsia sinovial).

Além do pessoal administrativo e auxiliar necessário a equipa que trata o doente reumático deve, pela sua especificidade integrar, além do médico, vários outros profissionais de saúde especializados (enfermeira, assistente social, psicólogo, terapeuta, etc.), requisitos fundamentais para o tratamento global do doente reumático.

C - Proposta de Quadros Médicos

Cidade	Hospital	População	1/75 000	Nível*	Q. existente (Vagas preenchidas)	Q. proposto	Δ
ALMADA	Garcia Orta	317 200	4	+2 (R/453 000)	1+2 (2)	2 + 5**	+1
COIMBRA	Universidade Coimbra	218 402	3	+4 (C/1 210 111)	2 + 4 (3)	2 + 6	+1
LISBOA	Egas Moniz	446 863	6	+2 (C/660 086)	1 + 2 (2)	2 + 6**	0
	Santa Maria	452 991	6	+3 (C/1 023 438)	1 + 5 (5)	3 + 8	+2
PORTO	S. João	403 239	5	+8 (C/2 407 690)	2 + 9 (10)	3 + 10	0
VIANA DO CASTELO	C. Breiandos	250 059	3	+0 (D)	1 + 4 (3)	1 + 4	+2

* C = Central (1/300 000)
D = Regional (1/200 000)
D = Distrital (1/75 000)

** Ver IV: D (Propostas específicas dos respectivos hospitais)

*** Quadro referido em VII. VÁRIA

D - Propostas específicas

Os hospitais Garcia de Orta e Egas Moniz, por serem os que mais se afastam das necessidades (meios humanos, físicos e materiais) apresentam planos graduais de aumento dos respectivos quadros médicos:

a) Hospital Garcia de Orta

	QUADRO EXISTENTE		LUGARES PROVIDOS	
	Chefe Serviço	Ass. Hospital.	Chefe Serviço	Ass. Hospital.
1996	1	2	-	2
1996/1997	2	5	Criação Novo Quadro	
1997	2	5	1	3
1998	2	5	2	3
1999	2	5	2	4
2000	2	5	2	5

b) Hospital de Egas Moniz

	QUADRO EXISTENTE		LUGARES PROVIDOS	
	Chefe Serviço	Ass. Hospital.	Chefe Serviço	Ass. Hospital.
1996	1	2	-	2
1996/1997	2	6	Criação Novo Quadro	
1997	2	6	2	3
1998	2	6	2	3
1999	2	6	2	4
2000	2	6	2	5
2001	2	6	2	6

5. PROPOSTA DE NOVOS SERVIÇOS/UNIDADES E RESPECTIVOS QUADROS MÉDICOS

Para ultrapassar a absoluta ausência de cuidados especializados aos doentes reumáticos de vastas regiões

A. ARS NORTE

1.ª Fase

CIDADE	HOSPITAL	POPULAÇÃO	1/75 000	QUADRO	Δ		
BRAGA	SÃO MARCOS	761 560	10	1 + 4	-5	(Serviço)	
PORTO	S. ANTÓNIO	116 583	2	1 + 2	+1	(Serviço)	
V. N. GAIA	C. H. V. N. GAIA	283 521	4	1 + 3	0	(Serviço)	
VILA REAL	SÃO PEDRO (inc. Chaves)	129 604 (86 926)	2 (1)	1 + 2 (0)	} 0	(Unidade)	
					4 + 11	-4	

2.ª Fase

GUIMARÃES	SENHORA OLIVEIRA	342 406	4 +	1 + 2	-1	(Unidade)	
MATOSINHOS	PEDRO HISPANO	364 417	5	1 + 2	-2	(Unidade)	
VALE DO SOUSA	PADRE AMÉRICO	378 305	5	1 + 2	-2	(Unidade)	
					3 + 6	-5	

do território nacional é fundamental a criação de novos Serviços/Unidades em vários hospitais que, devido à sua localização e às populações que assistem, podem

gradualmente obviar este problema.

Estes novos Serviços/Unidades deverão também ser dotados com os meios definidos no capítulo 4.

B. ARS CENTRO

1.ª Fase

CIDADE	HOSPITAL	POPULAÇÃO	1/75 000	QUADRO	Δ	
AVEIRO	DISTRITAL AVEIRO (inc. Águeda, Anadia, O. Bairro, Sever Vouga)	177 053 (105 430)	2 (+) (2-)	1 + 3 (0)	} 0	(Serviço)
CASTELO BRANCO	DISTRITAL C. BRANCO (inc. Fundão)	118 069 (31 687)	2 (-) (0 +)	1 + 2 (0)	} +1	(Unidade)
LEIRIA	DISTRITAL LEIRIA (inc. C. Rainha, Bombarral, Óbidos e Peniche)	291 077 (93 000)	4 (1)	1 + 3 (0)	} -1	(Serviço)
UISEU	GRÃO VASCO (inc. Lamego, etc.)	423 744 (105 328)	6 (1)	1 + 4 (0)	} -2	(Serviço)
				4 + 12	-3	

2.ª Fase

COIMBRA	CENTRO HOSP. COIMBRA (H. Central / 350 111)	123 753	2 - (1)	1 + 3 (0)	} +1	(Serviço)
GUARDA	SOUSA MARTINS (inc. Covilhã, Belmonte)	181 430 (93 097)	2 (+) (2-)	1 + 3 (0)	} 0	(Serviço)
				2 + 5	-1	

C. ARS LISBOA E VALE DO TEJO

1.ª Fase

CIDADE	HOSPITAL	POPULAÇÃO	1/75 000	QUADRO	Δ	
LISBOA	CIVIS LISBOA (H. Central/1 219 857)	581 486	8 (4)	2+6 ou 2x(1+3) (0)	} -4	(Serviço(s))
	FERNANDES FONSECA	505 696	7	Gestão Privada?	-7	(Serviço)
SANTARÉM	DIST. SANTARÉM (inc. Abrantes, Tomar e T. Novas)	192 137 (250 530)	3 (3)	1 + 3 (0)	} +2	(Serviço)
				3 + 9	-13	

2.ª Fase

LISBOA	FERNANDES FONSECA	505 696	7	2 + 4	-1	(Serviço)
SETÚBAL	SÃO BERNARDO	239 104	3	1 + 2	0	(Unidade)
				3 + 6	-1	

D. ARS ALENTEJO

1.ª Fase

CIDADE	HOSPITAL	POPULAÇÃO	1/75 000	QUADRO	Δ	
ÉVORA	ESPÍRITO SANTO (inc. Portalegre e Elvas)	175 797 (110 447)	2 (+) (2-)	1 + 2 (0)	} -1	(Serviço)

2.ª Fase

BEJA	DISTRITAL BEJA	169 438	2	1	-1	(Unidade)
------	----------------	---------	---	---	----	-----------

E. ARS ALGARVE

FARO	DISTRITAL FARO (inc. Portimão, etc.)	213 264 (128 140)	3 (2)	1 + 3 (0)	} -1	(Serviço)
------	---	----------------------	----------	--------------	------	-----------

6. MEIOS HUMANOS NECESSÁRIOS (1.ª FASE) E EXISTENTES ACTUALMENTE

UNIDADE/SERVIÇO JÁ EXISTENTES	NECESSÁRIOS (QUADROS)	EXISTENTES Ch. Serv.+Ass. H (internos)
H. G. ORTA	7	2 (3)
H. U. COIMBRA	8	3 (3)
H. EGAS MONIZ	8	2 (1)
H. S. MARIA	11	12 (6)
H. S. JOÃO	13	13 (3)
H. C. BRETIANDOS	5	3 (0)
Inst. Port. Reumatol.		16 (7)
H. Militar Principal		3 (0)

NOVAS UNIDADES/SERVIÇOS (1.ª FASE)

H. S. Marcos (Braga)	5	15
H. S. António (Porto)	3	
C. H. V. N. Gaia (V. N. Gaia)	4	
H. S. Pedro (V. Real)	3	
H. D. Aveiro (Aveiro)	4	16
H. D. C. Branco (C. Branco)	3	
H. D. Leiria (Leiria)	4	
H. Grão Vasco (Viseu)	5	
H. Civis Lisboa (Lisboa)	8	19
H. D. Santarém (Santarém)	4	
H. Espírito Santo (Évora)	3	
D. D. Faro (Faro)	4	

7. VÁRIA

A revisão, relativamente recente, do quadro médico de reumatologia do Hospital de St.ª Maria (HSM, Lisboa) de 1+5 para 2+11 teve por objectivo «resolver» a integração hospitalar plena dos assistentes hospitalares de reumatologia do Instituto Português de Reumatologia (IPR).

Assim ficaria impossibilitado o Serviço de Reumatologia deste hospital de ter um Quadro Médico capaz de cumprir os seus objectivos.

Para resolver esta situação propõe-se:

- Os médicos do IPR dependentes administrativamente do HSM devem ser colocados num quadro suplementar e distinto do quadro de reumatologistas do HSM, a extinguir à medida que forem vagando os lugares preenchidos.
- Alternativamente, estes médicos poderiam ser colocados nos Hospitais Cívicos de Lisboa, onde não há reumatologistas, mesmo sendo hospitais centrais.

PROGRAMA DE ACÇÃO DA DIRECÇÃO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA Biénio de 1996/98

Com **objectivos e filosofia subjacentes** que vêm na linha dos da Direcção do biénio anterior e que se podem sumarizar na **luta pela melhoria das condições de trabalho dos Reumatologistas, da qualidade e quantidade da produção científica Reumatológica nacional, da qualidade das publicações da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, da prestação de serviço dos Reumatologistas e das condições de vida dos doentes reumáticos**, a Direcção Eleita da S.P.R. para o biénio de 1996/98 quer dar a conhecer aos seus sócios as bases do seu Programa de Acção, para seu conhecimento e discussão futura.

1) Identificação dos Principais Problemas da Reumatologia portuguesa

Na nossa opinião, os principais problemas enfrentados actualmente pela Reumatologia portuguesa são:

a - Deficiente cobertura Nacional pela Especialidade de Reumatologia.

b - Obtenção do reconhecimento devido da necessidade da especialidade junto de:

- Doentes e população em geral;
- Restante comunidade médica;
- Poder político.

c - Necessidade de que a especialidade seja exercida apenas por médicos devidamente qualificados (Reumatologistas).

d - Necessidade urgente de aumento dos recursos humanos na área da Reumatologia.

2) Propostas de resolução dos problemas identificados no número anterior

Os problemas atrás identificados poderão ser solucionados, no todo ou em parte, através das medidas que adiante se indicam:

a - Implementação do **Plano Reumatológico Hospitalar Nacional**, na sua última versão (1996), que foi elaborada com a participação de todos os centros reumatológicos nacionais, do Colégio de Especialidade de Reumatologia e da Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, a pedido da actual Ministra da Saúde e do Director Geral da Saúde. Esta proposta, e sua fundamentação, serão publicados oportunamente na Acta Reumatológica Portuguesa, para melhor conhecimento

por todos os Reumatologistas e Internos de Reumatologia portugueses.

b - Para obtenção fundamentada do reconhecimento da necessidade da Reumatologia a Direcção anterior da S. P. R. iniciou já uma **abordagem diagnóstica** da situação através da promoção de **Inquéritos Epidemiológicos** (junto de Clínicos Gerais/Médicos de Família) e **Inquéritos de Opinião** (Clínicos Gerais/Médicos de Família e População em Geral/Doentes Reumáticos) relativos à necessidade da existência da Reumatologia. Estes Inquéritos, patrocinados pela Indústria Farmacêutica, estarão concluídos no último trimestre de 1996 e os seus resultados serão divulgados no "IX Congresso Português de Reumatologia" e através da Acta Reumatológica Portuguesa e de outros órgãos da Comunicação Social.

Propomo-nos, ainda com os mesmos objectivos, implementar programas organizados de promoção da Reumatologia junto de:

• **Clínicos Gerais/Médicos de Família** - Criação de *Grupo de Trabalho de Reumatologia em Medicina Familiar* (em curso); Acções de formação dos Médicos de Família, promovidas pela S.P.R.; outras acções de iniciativa própria ou solicitadas pelos Médicos de Família.

• **Doentes Reumáticos** - Apoio e implementação da formação de *Grupos de Doentes* com patologia reumática; criação de publicações de apoio ao doente, quer pelo sistema clássico, quer pela Internet; outras formas de apoio que eventualmente nos venham a ser solicitadas por grupos de doentes.

• **População em Geral** - Divulgação alargada da existência da especialidade e da sua incapacidade actual de responder de forma eficiente e eficaz às solicitações presentes e futuras; divulgação de aspectos práticos de prevenção das doenças reumáticas; divulgação dos principais aspectos clínicos que devem levar um doente a procurar o Reumatologista; divulgação, para a população em geral, da definição de Médico Reumatologista.

c - É por demais evidente que a Reumatologia, como qualquer outra especialidade médica, só pode ser exercida por profissionais médicos com reconhecida competência para tal.

Para que tal aconteça, propomo-nos, em íntima cooperação com a Direcção do Colégio de Especialidade de Reumatologia / Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos e o Director Geral da Saúde / Ministério da Saúde, a identificar as "*consultas de reumatologia*", hospitalares e privadas, feitas por médicos sem a necessária diferenciação técnica.

A resolução deste problema passará pelo encerramento destas consultas, quando em Clínica Privada, e pela abertura de Vagas Hospitalares de Reumatologia, de acordo com o Plano Reumatológico Hospitalar Nacional, a serem preenchidas por Concurso de Provas Públicas, constituindo a existência dessas consultas hospitalares ilegais evidência mais que suficiente para a necessidade da existência da Especialidade de Reumatologia nessas instituições hospitalares.

d - Necessidade urgente de aumento de Recursos Humanos na área da Reumatologia.

Várias medidas serão implementadas com esta finalidade, nomeadamente:

- **Diagnóstico / Identificação do problema** - Elaboração de *Carta de Recursos Humanos* actualizada da especialidade de Reumatologia (incluindo idade, grau da Carreira Médica Hospitalar, vínculo actual à Função Pública, situação profissional actual).

- **Previsão de necessidades imediatas e Promoção da formação de novos Reumatologistas**, tendo como objectivo a duplicação do número actual de especialistas a um prazo de 15 anos.

- Implementação de **Grupo de Trabalho** que defina as áreas previsíveis/possíveis de expansão da especialidade, nomeadamente no que diz respeito a **Técnicas Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e Listagem de Actos Médicos em Reumatologia**.

- Implementação de **Grupo de Trabalho para definição de áreas paramédicas afins à especialidade de Reumatologia** (Enfermagem Reumatológica, Serviço Social; Fisioterapia; Terapia Ocupacional, entre outras possíveis) cujos profissionais poderão futuramente vir a ser integrados na S. P. R. com estatuto próprio, à semelhança do que já acontece noutros países.

3) Estimulação / reforço da actividade científica da Reumatologia portuguesa

A produção científica melhorada da especialidade é uma actividade que, por si só, poderá ajudar a fortalecer e reforçar vários dos aspectos atrás enunciados.

Acresce que a Sociedade Portuguesa de Reumatologia, como Sociedade Científica representativa de todos os Reumatologistas portugueses e profissionais médicos e paramédicos que têm a seu cargo o diagnóstico e tratamento dos doentes reumáticos, tem como um dos seus objectivos o estímulo

e reforço da actividade científica dos seus associados.

Propomo-nos a consegui-lo das seguintes formas:

- Reforço da actuação dos actuais Grupos de Trabalho da S. P. R. e eventual implementação de outros G.T., dependentes da iniciativa dos sócios.

- Patrocínio das actividades de investigação dos sócios da S.P.R., que possam contribuir para o desenvolvimento e notoriedade da Reumatologia, através da atribuição de Bolsas e Apoios a estudos multicêntricos nacionais e/ou internacionais com importante participação portuguesa.

- Manutenção dos actuais prémios da S.P.R.

- Estudo de outras possibilidades de apoio à investigação reumatológica em Portugal.

Estes são alguns dos aspectos principais que irão nortear a nossa actuação ao longo dos próximos dois anos de trabalho. Contudo, a acção da actual Direcção terá seguramente que contemplar muitos outros aspectos, não integráveis num documento deste tipo.

Queremos deixar bem claro que **qualquer sócio da SPR no pleno gozo dos seus direitos estatutários** poderá sempre dirigir-se à sua Direcção para auxiliar a completar ou corrigir algum aspecto que lhe pareça mal definido ou insuficientemente contemplado.

Estas ajudas serão sempre consideradas e analisadas, sendo nosso desejo que os Corpos Gerentes da SPR sejam encarados pelos sócios como órgãos executivos, cuja intenção primordial é a **melhoria das condições de trabalho dos Reumatologistas portugueses** e, em última análise, a **melhoria da qualidade de vida dos doentes reumáticos**.

AGENDA NACIONAL

II Jornadas Temáticas de Reumatologia

Data: 3-4 de Abril de 1997

Local: Hotel Alfa, Lisboa

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

Secretariado: Boehringer Ingelheim

Programa: Mesas Redondas

A Reumatologia e a Clínica Geral
Reumatismos abarticulares: patologia comum e tratável
Doenças Reumáticas e envelhecimento
As dietas e o exercício nas doenças reumáticas
Erros comuns em Reumatologia
Aspectos psicológicos nas doenças reumáticas

V Ciclo de Estudos Avançados em Reumatologia

Data: 4 de Abril de 1997

Local: Hotel Alfa, Lisboa

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

Secretariado: Boehringer Ingelheim

IX Congresso Português de Reumatologia

Data: 21-24 de Maio de 1997

Local: Hotel Ritz, Lisboa

Organização: SPR - Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Secretariado: Merck, Sharp e Dohme

Programa: Mesas Redondas

Artrite Reumatóide
Ensino e Organização da Reumatologia no Mundo
Lupus Eritematoso Sistémico
Técnicas em Reumatologia
Reumatologia e Clínica Geral
II Simpósio Luso-Brasileiro de Reumatologia
Conferências Plenárias
Imunogenética das Espondiloartropatias
Fibromialgia
Simpósios Satélites
Encontro com o Especialista
Discussão de Posters
Actividades da SPR
Encontro de Associações de Doentes Reumáticos

2º Congresso Português de Osteoporose e outras Doenças Óseas

Data: 22-24 de Janeiro de 1998

Local: Porto

Organização: SPODOM - Sociedade Portuguesa de Doenças Ósseas Metabólicas

Patrocínio: EFFO

Secretariado: Merck, Sharp e Dohme

AGENDA INTERNACIONAL

British Society for Rheumatology Annual General Meeting

Data: 23-25 de Abril de 1997

Local: Harrogate, UK

Secretariado: BSR, London

Fax: +44 171 242 32 77

19th ILAR Congress Singapore

Data: 8-13 de Junho de 1997

Local: Singapura

Secretariado: Prof. PH Feng

Fax: +65 227 02 57

Tel. +65 227 98 11

9th ERASS Congress

Data: 3-6 de Setembro de 1997

Local: Praga, República Checa

American College of Rheumatology 61st AGM

Data: 9-13 de Novembro de 1997

Local: Washington DC, EUA

Secretariado: ACR, Atlanta

Fax: +1 404 633 1870

Quanto tempo
 não dança o tango?



REUMATISMO



Aprecie a vida...
 Com Voltaren®!

ESCOLHA

**Voltaren
 Retard 100**

Geigy

Anti-reumatisal
 Anti-inflamatório

30 drageias de 100 mg

SITUAÇÕES MAIS GRAVES

Voltaren 50 Geigy

Anti-inflamatório

60 drageias resistentes
 ao suco gástrico 50 mg

VOLTAREN

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

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

Contra-indicações: Úlcera péptica, hipersensibilidade conhecida à substância activa, ao ácido acetilsalicílico, -sintetase.

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

Efeitos secundários: Ocasionalmente: perturbações gastrintestinais, cefaleias, tonturas ou vertigens, erupção, ele-gastrintestinal, hepatite, reacções de hipersensibilidade. Em casos isolados: perturbações sensitivas, eritema multiforme, púrpura, anomalias da função renal, discrasias sanguíneas.

Informação adicional a pedido da classe médica.

	P.V.P.	EST		UTN.	
VOLTAREN 50 20 drag.	932\$	652\$	792\$	280\$	140\$
60 drag.	2.280\$	1.596\$	1.938\$	684\$	342\$
VOLTAREN RETARD 100 30 drag.	2.293\$	1.605\$	1.949\$	688\$	344\$

Os preços incluem 5% de IVA.



Chegou o novo Campeão



Terapêutica de 1ª linha nos doentes reumáticos

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

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

MEDICAMENTO SUJEITO A PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

IVA 5% INCLuíDO



FARMORCORE

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

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 revisados pelos consultores.

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

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

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

O manuscrito deve ser organizado da seguinte forma:

- a) *Página título* (pag. 1)

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

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

- b) *Resumo* (pag. 2)

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

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

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

- d) *Texto* (pág. 3 e seguintes)

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

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

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

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

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

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

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

Revista

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

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

Capítulo de livro

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

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

Livro

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

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

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

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

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

Figuras: As figuras a inserir devem ser 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

Os autor(es) certificam que o manuscrito intitulado:

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

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

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

Todos os autores devem assinar

Data _____

Nome (maiúsculas) _____

Assinatura _____

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

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

The articles can be written in portuguese or in english.

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

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

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

All manuscripts must be sent to:

Editor

Acta Reumatológica Portuguesa

R. D. Estefânia, 177 - 1º D

1000 Lisboa - Portugal

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

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

Manuscripts should be organized as explained below:

a) Title page (page 1)

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

b) Abstract (page 2)

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

c) Keywords (page 2)

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

d) Text (page 3 and following pages)

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

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

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

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

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

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

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

Authors are responsible for the accuracy of the references.

Examples:

Journal article

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

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

Chapter in Book

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

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

Book

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



viartril-S[®]

sulfato de glucosamina

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

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

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



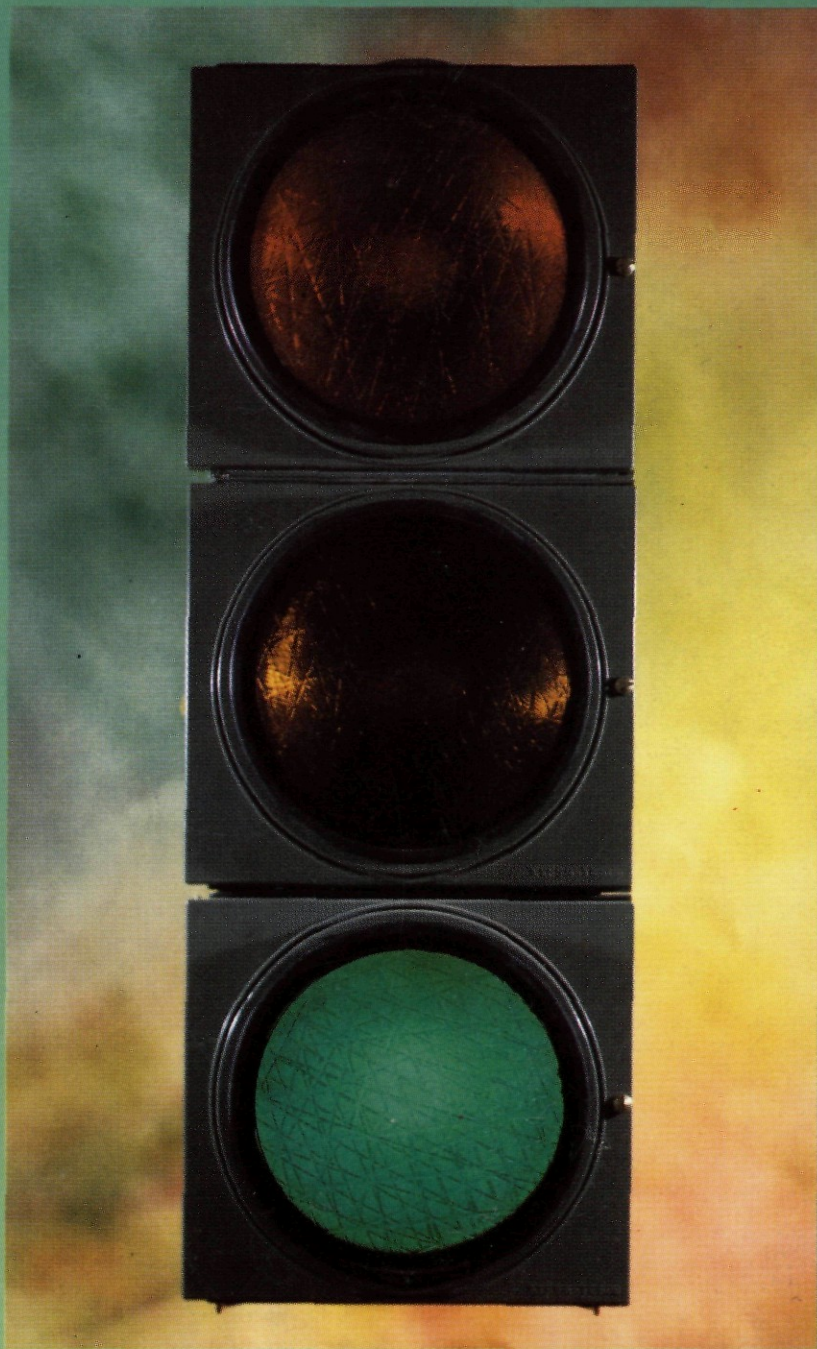
DELTA Osteo-articular

Grupo Rotta Research

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 enteiro e misoprostol 200 µg. Propriedades: O ARTHROTEC® é uma combinação de um fármaco anti-inflamatório não esteróide (diclofenac de sódio) com actividade anti-reumática, analgésico e anti-piético e um agente protector da mucosa gastrododenal (misoprostol), um análogo sintético da prostaglandina E₁. 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, contribuindo para uma melhoria funcional. Devido à acção protectora da mucosa gastrododenal do misoprostol, o ARTHROTEC® está associado a uma menor incidência de lesões clinicamente significativas da mucosa gastrododenal quando comparado com o uso isolado do diclofenac. O misoprostol estimula múltiplos factores implicados na manutenção da integridade da mucosa gastrododenal, 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 gastrododenal foi demonstrada em estudos com voluntários saudáveis e doentes com patologia reumática. O exame endoscópico e a medição das perdas hemáticas locais 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 demonstrou minimizar os efeitos lesivos da mucosa gastrododenal pelos AINEs. Apesar disso, a ulcera 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 algumas situações ser necessário um ajuste de dosagem, devendo, pois, o doente ser devidamente vigiado. Estão descritas alterações das provas de função hepática, e alguns casos raros de icterícia e mesmo hepatites graves com o uso continuado 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 fluidos 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, inchaço ou outras manifestações alérgicas precipitadas pelo ácido acetilsalicílico ou outros AINEs. O ARTHROTEC® está contra-indicado em doentes com ulcera 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 frequentes: 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 ulcera 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 de 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 electrolito, 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®. Sabredosagem: Não existem antídoto para o diclofenac, pelo que se deve evitar a absorção, o mais precocamente possível, pela indução do vômito, lavagem gástrica ou terapêutica com carvão activo. O tratamento de suporte e sintomático para minorar 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 lactose.

SEARLE

Monsanto Portugal - Produtos Químicos e Farmacêuticos, Lda. R. Sanches Coelho, 3º - 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 (inclu.)	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