

ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

Vol. XXII

N.º 81

Maio-Junho 1997



ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA



Só para lhe lembrar
como é fácil
reconstruir um osso.

salcat

Calcitonina sintética de salmão.

	P. V. P.	REGIME GERAL		REGIME ESPECIAL	
		ESTADO	UTENTE	ESTADO	UTENTE
SALCAT 50 UI 14 neb.	3.877\$00	2.714\$00	1.163\$00	3.295\$00	582\$00
SALCAT 100 UI 14 neb.	5.769\$00	4.038\$00	1.731\$00	4.904\$00	865\$00



Salcat. Fixe o nome. Fixe o cálcio.

Índice

IX Congresso Português de Reumatologia

Agenda Nacional	4
Agenda Internacional	4
Editorial	7
Conferências Plenárias	9
Mesas Redondas	15
Simpósios	33
Encontros com Especialistas	45
Comunicações Livres	51
Posters	63
Normas de Publicação	88

Acta Reumatológica Portuguesa

Conselho Editorial

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

Sociedade Portuguesa de Reumatologia Direcção

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

Mesa da Assembleia Geral

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

Conselho Fiscal

Presidente	Dr. Rui André Santos
Vogal	Dr ^a Maria José Santos
Vogal	Dr ^a Maria do Céu Maia

Presidente Eleito

Dr. Mário Rodrigues

Conselho Científico

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

Edição e Propriedade: Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Redacção: Sociedade Portuguesa de Reumatologia - R. D. Estefânia, 177, 1^o D - 1000 LISBOA

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

Depósito Legal: 86 955/95

Tiragem: 6 000 Exemplares

Preço de n^o Avulso: 500\$00 (\$10 USD); Anual (4 números): 2000\$00 (\$30 USD)

Impressão e Acabamento: SIG - Soc. Industrial Gráfica, Lda.

Editado por:



FARMAPRESS
EDIÇÕES, LDA.

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). - Hipercalcémia. - 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. **Hipercalcémia:** 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 arfiláctico, incluindo taquicárdia, 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 toxicod 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 osteolíticas 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 DESTES TEXTOS:** 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.

 NOVARTIS

NOVARTIS FARMA - Produtos Farmacéuticos, S.A.
Estrada dos Casais, Alto do Forte - 2735 Rio de Mouro
cont. nº 500 063 524
Sociedade Anónima - Capital Social 300 000 000\$00

Agenda Nacional

XVIII CURSO DE REUMATOLOGIA

Data: 24-25 de Outubro de 1997

Local: Auditório dos Hospitais da Universidade de Coimbra

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

Programa: **Mesas Redondas**

- Artrites da infância
- Espondilartropatias
- Artrites reactivas
- Curso prático do diagnóstico em reumatologia

XII CURSO DE REUMATOLOGIA PARA CLÍNICOS GERAIS

Data: 30 e 31 de Outubro de 1997

Local: Hotel Penta - Lisboa

Organização: Nucleo de Reumatologia do Hósp. Santa Maria

Secretariado: Merck, Sharp e Dohme

2º CONGRESSO PORTUGUÊS DE OSTEOPOROSE E OUTRAS DOENÇAS ÓSSEAS METABÓLICAS

Data: 15-16 de Janeiro de 1998

Local: Hotel Solverde - Espinho

Organização: SPODOM - Sociedade Portuguesa de Doenças Ósseas Metabólicas

Patrocínio: EFFO

Secretariado: Merck, Sharp e Dohme

XVII JORNADAS INTERNACIONAIS DE REUMATOLOGIA

Data: 5 e 6 de Fevereiro de 1998

Local: Hotel Alfa - Lisboa

Organização: S. Reumatologia do Hósp. Garcia de Orta

Unidade de Reumatologia do Hósp. Militar

Unidade de Reumatologia do Hósp. Egas Moniz

Agenda Internacional

INTERNATIONAL CONFERENCE ON FIBROMYALGIA SYNDROME

Data: 23-25 de Outubro de 1997

Local: Bad Nauheim - Alemanha

Organização: Centro de Psicologia e Medicina Comportamental da Universidade de Giessen

AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY NATIONAL MEETING

Data: 9-13 de Novembro de 1997

Local: Washington, DC - EUA

Secretariado: +1 404 633 1870

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

Data: 19-22 de Novembro de 1997

Local: Viena, Austria

Secretariado: EULAR Secretariat

Fax: +411 383 9810

RHEUMADESM'97

Data: 3-7 de Dezembro de 1997

Local: Vileta, Malta

Secretariado: +356 241 205

SOCIAL AND ECONOMIA ASPECTS OF OSTEOPOROSIS AND BONE DISEASES

Data: 4-6 de Dezembro de 1997

Local: Liège - Belgica

Secretariado: +324 221 3334

Contents

IX Portuguese Congress of Rheumatology

International Agenda	4
Instructions to Authors	4
Editorial	7
Plenary Lectures	9
Workshops	15
Sponsored Symposia	33
Meet the Expert	45
Free Papers	51
Posters	63
National Agenda	88

NA OSTEOPOROSE pós-menopáusia

1 vez dia

adronat[®]

alendronato de sódio

Repõe a Massa
ÓSSEA

Medicamento sujeito a prescrição médica obrigatória

Apresentação	P.V.P. c/IVA	R. Geral			R. Especial		
		Comp.	Estado	Utente	Comp.	Estado	Utente
14 comp. 10 mg	4.496\$00	70%	3.147\$00	1.349\$00	85%	3.822\$00	674\$00
28 comp. 10 mg	8.092\$00	70%	5.664\$00	2.428\$00	85%	6.878\$00	1.214\$00

Antes de prescrever por favor consulte o Resumo das Características do Medicamento
Sob licença Merck Sharp & Dohme, Lda

5-98-FSM-97-P-(TC)-003-JA

O IX Congresso Português de Reumatologia

O "IX Congresso Português de Reumatologia" efectua-se no ano em que a Sociedade Portuguesa de Reumatologia completa o seu 25º Aniversário, tendo por isso características particulares, quando comparado com os Congressos de Reumatologia até agora efectuados.

Trata-se de um Congresso mais longo (três dias e meio, em vez dos habituais 2 dias e meio), com mais temas tratados, com maior participação de Reumatologistas estrangeiros (11, dos quais salientamos os 4 representantes do Brasil), com vários aspectos dedicados à organização, ensino e desenvolvimento da Reumatologia, mas em que foram também particularmente privilegiados os Clínicos Gerais/Médicos de Família, e no qual os doentes reumáticos, representados por membros das suas associações nacionais, têm uma participação condigna.

Dum modo geral, a estrutura deste Congresso reflete a filosofia básica da actual Direcção da S.P.R., face à doença, em geral, e à especialidade de Reumatologia, em particular.

Preocupámo-nos em ver debatidos os temas mais importantes da Reumatologia actual e em ter a participação de todas as Unidades e Serviços de Reumatologia do País. Tivemos uma participação entusiástica dos Internos e Especialistas de quase todo o País, através da submissão de numerosos trabalhos para apresentação como Comunicação Livre ou Poster, dos quais apenas recusámos cerca de 9%.

Alem de várias **Mesas Redondas** e **Simposios Terapêuticos** em que são debatidos os avanços mais recentes da especialidade, sublinham-se os "*Encontros com o Especialista*", que pela primeira vez têm lugar no nosso

Congresso, e cujas finalidades principais são as de estreitar a relação e facilitar a comunicação dos Reumatologistas com os Clínicos Gerais/Médicos de Família.

Este é o segundo Congresso consecutivo em que as **Associações de Doentes** têm um lugar privilegiado, mas inteiramente merecido pelo importante papel que têm vindo a desempenhar na luta pela melhoria da qualidade de vida dos doentes com reumatismos crónicos.

Aproveitando a comemoração dos 25 anos da S.P.R. são homenageados os Presidentes passados, sem os quais a vida da Sociedade não teria sido possível ou, no mínimo, teria sido bem menos brilhante. Pedese o apoio e calor humano de todos para essa sessão, simples mas sentida, que terá lugar no decurso da Sessão de Abertura do Congresso.

Chamo também a atenção, e é óbvio que peço a participação, para a "**1ª Marcha/Corrida contra os Reumatismos**" que terá lugar no dia 24/5/97 (Sábado) pelas 8 horas da manhã, no Estádio Universitário em Lisboa. Esta manifestação está aberta a todos os participantes activos no Congresso e também aos doentes das associações de doentes participantes, sendo necessária a inscrição prévia de todos os interessados. Com efeito, passamos muito tempo a dizer aos nossos doentes que o exercício físico regular é importante para a sua saúde, julgo que é chegada a hora de lhes dar o exemplo e lhes mostrar que, também para nós, isso é verdade.

O apoio da Indústria Farmacêutica foi, como é habitual, de capital importância para a realização e dimensão adequada deste Congresso. Como prova do nosso reconhecimento pedese a todos os participantes que não deixem de

visitar os vários Stands presentes, nos intervalos livres para tal existentes.

A organização está de pé, o Secretariado é de qualidade, os apoios são os necessários: *Os dados estão lançados*, só se pode desejar que este Congresso confirme as suas potencialidades, sendo um ponto de encontro agradável e útil e que, sempre que qualquer congressista julgue apropriado, não se iniba de participar nas discussões que estão programadas para depois das apresentações, nem de aproveitar os tempos livres para contactar directamente com os participantes activos, nacionais e estrangeiros.

A presença de um elevado número de Congressistas será mais uma prova da importância e vitalidade da Reumatologia Portuguesa e, em nome da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e dos doentes reumáticos portugueses, a todos agradecemos a disponibilidade e interesse.

J. A. Melo Gomes
Presidente da S.P.R.

Conferências Plenárias

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 dihidratado 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 devido 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 da colagénica 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 cão), foi sempre superior a 400 UI/kg. O BIONOCALCIN em nebulizador revelou uma ótima 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, ligeira rubor facial), típicas das calcitoninas administradas por via injectável, são extremamente raras. Observaram-se raramente manifestações locais, como: irritação, rinorreia, crises estenotórácicas, secura ou hiperemia da mucosa nasal. De um modo geral, estas manifestações não requerem a interrupção do tratamento, já que tendem a desaparecer espontaneamente. **Precauções Particulares de Emprego:** Os doentes com rinite crónica ou intervenções cirúrgicas progressivas às fossas nasais, e em tratamento com BIONOCALCIN em nebulizador nasal, devem ser monitorizados 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 atópica. 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 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 UI. 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 UI (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 UI (4 nebulizações) por dia, isto é, 2 nebulizações de manhã e 2 ao deitar. Em casos excepcionais, podem administrar-se no início do tratamento 400 UI (8 nebulizações) por dia, isto é, 4 nebulizações de manhã e 4 ao deitar. **Hipercalcémia:** Devem administrar-se 200 a 400 UI (4 a 8 nebulizações) por dia, divididas por várias aplicações ao longo do dia. **Dores Ósseas Associadas a Osteólise:** Recomenda-se 200 a 400 UI (4 a 8 nebulizações) por dia, em doses repetidas. **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. **Informação adicional ao dispor da Classe Médica.**

Na prevenção
e terapêutica
da osteoporose...

Bionocalcin
Spray Nasal.

Um par de nebulizações
para uma terapêutica ímpar.



BIONOCALCIN	NPP C. IVA	Regime Geral			Regime Especial		
		Estado	Monte	Comp.	Estado	Monte	Comp.
Med. liquid. 2 ml x 1 dose	4.500.000	3.450.000	4.295.000	70%	4.195.000	7395.000	85%
Kit 2 x 2 ml x 5 doses	21.250.000	16.395.000	20.265.000	78%	20.095.000	26.750.000	85%
Kit 2 x 2 ml x 3 doses	12.250.000	9.495.000	11.772.000	78%	11.440.000	15.250.000	85%

DELTA
LABORATÓRIOS
DIVISÃO OSTEO-ARTICULAR

BIONOCALCIN®
Salcatonina
SPRAY NASAL

Contribuinte N.º 500.802.360 • Sociedade por Quotas • Capital Social 100.000.000,00 • Matric. na Conserv. do Registo Comercial de Lisboa sob o N.º 2317, fls. 192, L.º 6

Artrite Crónica Juvenil: O Valor da Classificação

J. A. Melo Gomes

Os reumatismos crónicos idiopáticos juvenis, e a sua adequada classificação, têm constituído assunto de bastante controvérsia nos últimos anos, que tem levado Reumatologistas e Pediatras de todo o Mundo a tentarem soluções de consenso que permitam uma avaliação adequada de terapêuticas (novas e antigas) numa base multicêntrica, que permita colectarem grupos homogêneos de doentes, em número elevado e sofrendo de doença idêntica.

Efectivamente, têm-se vindo a reconhecer com acuidade crescente que aquilo que nos Estados Unidos da América, e no Continente Americano em geral, se designa por **Artrite Reumatóide Juvenil (ARJ)** e o que na Europa se designa por **Artrite Crónica Juvenil (ACJ)**, não constitui um grupo nosológico (leia-se uma doença) bem definido, sendo seguramente um grupo de doenças, distintas nas suas manifestações clínicas, tratamento e prognóstico, que têm como denominador comum o início de artrite de uma ou mais articulações num determinado grupo etário (antes do 16º aniversário), e com duração superior a 6 semanas.

A compreensão deste facto levou a duas reuniões, a primeira em Santiago do Chile (24-26/09/94) e a Segunda em Durban - África do Sul (17-20/03/97), dum grupo de trabalho ("TASK Force") da International League Against Rheumatism (ILAR) destinado a elaborar e propor novos Critérios de Classificação dos Reumatismos Juvenis.

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

Em nosso entender, uma classificação adequada destas doenças juvenis deve obedecer

aos seguintes pressupostos:

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

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

Estas necessidades estiveram na origem da realização da "International Consensus Conference on Defining Improvement in Juvenile Arthritis" e "An International Trials Group in Pediatric Rheumatology: Moving from Wishing to Working", que tiveram lugar em Pavia/Itália, a 18-19/05/96, e cujo núcleo coordenador tem continuado a desenvolver trabalho profícuo.

A TASK Force de Durban propõe, com o alto patrocínio da ILAR, e tendo como objectivo principal o de criar grupos homogêneos de doentes, a seguinte classificação dos **Reumatismos Idiopáticos da Infância (ICA = "Idiopathic Childhood Arthritis")**, a validar em futuros estudos a realizar pela comunidade internacional:

1. Artrite Sistémica

Artrite acompanhada ou precedida de **Febre** com pelo menos duas semanas de duração, e documentada como sendo quotidiana (alta e intermitente) durante o mínimo de 3 dias, acompanhada por um ou mais dos seguintes critérios:

- a. Exantema eritematoso, fugaz, não fixo.
- b. Adenomegalias generalizadas.
- c. Hepatomegalia ou esplenomegalia.
- d. Serosite.

2. Poliartrite com Factores Reumatóides Negativos

Artrite afectando 5 ou mais articulações nos primeiros 6 meses de doença, com Factores Reumatóides IgM persistentemente negativos.

3. Poliartrite com Factores Reumatóides Positivos

Artrite afectando 5 ou mais articulações durante os primeiros 6 meses de doença, associada a pelo menos duas determinações positivas para Factores Reumatóides IgM efectuadas com um mínimo de 3 meses de intervalo.

4. Oligoartrite

Artrite afectando 1 a 4 articulações durante os primeiros 6 meses de doença.

4 - A. Oligoartrite persistente

4 - B. Oligoartrite alargada ("extended")

Oligoartrite durante os primeiros 6 meses de doença que progride para um total cumulativo de 5 ou mais articulações após os primeiros 6 meses de doença.

5. Artrite relacionada com entesite

Artrite e Entesite

ou

Artrite ou Entesite, com pelo menos 2 dos seguintes:

- a. Dor à palpação das sacro-ilíacas ou espondilalgia inflamatória.
- b. HLA B₂₇.
- c. História familiar (em 1º ou 2º grau) de doença associada ao HLA B₂₇, confirmada medicamente.
- d. Uveíte anterior aguda (olho vermelho, com dor e fotofobia).
- e. Sexo masculino e idade superior a 8 anos quando do início da artrite.

6. Artrite Psoriásica

Artrite e Psoríase

ou

Artrite e História Familiar de psoríase em pais ou irmãos (1º grau), confirmada por Médico, em doente com dactilite ou anomalias ungueais (pictado ou onicólise).

7. Outras

Crianças com artrite com mais de 6 semanas de duração e que são:

A. Inclassificáveis.

B. Classificáveis em mais de uma das categorias acima mencionadas.

Como fácil se tornará apreciar, está longe de se atingir um consenso sobre este importante problema da classificação dos reumatismos crónicos juvenis, mas a comunidade científica internacional, após alguns anos de imobilismo, reconheceu de forma clara que algo é necessário fazer (e está em vias de o ser) para alterar este panorama.

Fibromialgia

Jaime C. Branco

A Fibromialgia (FM) é uma afecção músculo-esquelética não articular caracterizada pela presença de dores generalizadas, referidas primordialmente nos tecidos moles não articulares, com, pelo menos, 3 meses de duração e de pontos dolorosos (PD) à pressão digital em áreas anatómicas bem definidas. Além das dores difusas os Critérios Classificativos do Colégio Americano de Reumatologia (CAR) de 1990, incluem como critério necessário a presença de dor desencadeada pela pressão em, pelo menos 11 dos 18 PD aí definidos.

Embora a dor músculo-esquelética difusa já tivesse sido descrita por Hipócrates, o seu estudo, só a partir da década de 70 conheceu maior

incremento, nomeadamente com os primeiros e fundamentais trabalhos de Smythe (1972), Moldofsky (1975) e Hench (1976) a quem se deve o termo FM.

A denominação síndrome fibromiálgica é preferida por muitos autores, considerando o desconhecimento que existe à cerca da sua etiopatogenia.

Embora não existam estudos epidemiológicos realizados em Portugal, a análise das várias publicações existentes sobre esta matéria aponta para uma prevalência global de 2% da população em geral com mais de 18 anos, sendo muito mais frequente no sexo feminino (relação entre 7 a 9 mulheres com FM para cada caso verificado em homens). Os diversos estudos sobre o impacto sócio-económico da FM revelam resultados díspares de país para país, mas estão uniformemente de acordo com a elevada percentagem de incapacidade laboral e doméstica e com os avultados "custos" inerentes.

A FM encerra uma alteração do sistema de controlo da dor. São os achados clínicos típicos e os próprios critérios classificativos do CAR de 1990 que definem um estado crónico de dor e hiperalgesia (PD). Não existe uma causa única para a FM. A sua patogenia é uma cadeia de acontecimentos em que alguns elos são mal definidos ou mesmo desconhecidos. A generalidade das hipóteses postulam que a fisiopatologia da FM resulta da combinação entre alguns factores periféricos (p.ex. musculares) e uma alteração da modulação dolorosa (p.ex. redução da inibição da dor) de origem central. A investigação mais relevante sobre a patogenia da FM tem-se orientado em áreas fundamentais como o músculo, o sistema nervoso central, o sistema nervoso autónomo, o sono e o estado psíquico dos doentes.

Além das manifestações definidoras da FM incluídas nos critérios do CAR de 1990, existem queixas que são características da síndrome (afectam mais de 75% dos doentes) - fadiga, sono não retemperador, alterações do sono e rigidez - e ainda outras que são comuns (atingem mais de 25% dos doentes) - colon irritável, fenómeno de Raynaud, cefaleias, edema subjectivo, parestesias, impotência fun-

cional, alterações psicológicas e sensibilidade sintomática.

A heterogeneidade do espectro sintomático leva alguns autores a pôr em causa a própria existência da FM mas, como de resto acontece com a maioria das entidades clínicas, a FM deve ser interpretada mais como um percurso contínuo do que como uma afecção simples em que as manifestações com outras alterações psicobiológicas justificam a variabilidade das queixas.

Não existem estudos prospectivos à cerca do início dos sintomas fibromiálgicos mas a sua ocorrência mais comum parece ser gradual e na idade adulta.

Vários factores têm sido reconhecidos como "causadores" ou associados ao início da FM e são também variadas as formas de apresentação desta entidade clínica.

A FM pode ocorrer isolada ou concomitantemente com outras afecções mas raramente se pode considerar secundária, dado que a relação causal entre a FM e outras entidades, ou é muito rara ou, na grande maioria dos casos não pode ser comprovada.

Apesar de a FM não condicionar alterações nos exames auxiliares de diagnóstico habitualmente utilizados, a constatação da sua normalidade perante um doente concreto é importante em termos de diagnóstico diferencial.

Como a etiopatogenia da FM é um amplo e algo controverso campo de investigação é natural que existam poucas certezas à cerca do seu tratamento. Não existe qualquer terapêutica específica que "sirva" a todos os doentes. O que parece ser mais eficaz são várias combinações terapêuticas a que se chega de forma empírica e pragmática. A multifactoriedade e a diversidade das manifestações, a variedade das necessidades e a complexidade das preocupações dos doentes com FM, justifica plenamente que a sua abordagem terapêutica seja realizada por uma equipa pluridisciplinar, em que os profissionais intervenientes, coordenados pelo reumatologista, devem conhecer todas as modalidades potencialmente úteis para o controlo da FM. Mas, se a terapêutica da FM deve ser multifacetada, a abordagem dos doentes

deverá ser individualizada. Apesar da maioria dos doentes continuar a referir dor crónica, uma abordagem correcta e responsabilizadora do próprio doente pode melhorar muito a função e a qualidade de vida de muitos deles. O envolvimento activo dos doentes, quer na escolha quer na realização das diversas modalidades terapêuticas utilizadas para o controlo da sua doença, torna-o mais aderente e colaborante, aumentando assim a eficácia do tratamento.

Existem poucas informações disponíveis à cerca da evolução e prognóstico da FM mas, da leitura e interpretação de toda a literatura consultada, parece que para a maioria (mais de 80%) dos doentes a FM é "para sempre", pelo que se torna necessário planejar e realizar "mais e melhor" investigação com o objectivo de otimizar a abordagem do doente fibromiálgico e de planejar, racional e economicamente, os cuidados de saúde necessários.

Mesas Redondas



AULIN®

nimesulide

PATOLOGIA INFLAMATÓRIA CRÓNICA

Osteoartrose e outras artropatias



"AULIN inibe a formação e libertação dos RLO e actua selectivamente, inibindo a COX-2"

Rabasseda, X.: Nimesulide: A selective cyclooxygenase 2 inhibitor anti-inflammatory drug; *Drugs of Today*, Vol 32, Suppl. D, 1996

DENOMINAÇÃO DA ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA: AULIN **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada comprimido contém: **Princípio Activo:** Nimesulide 100 mg. Excipientes: Dioxyl Sulfato de Sódio 1,50 mg; Hidropropilcelulose 0,80 mg; Lactose 153,70 mg; Amido glicolado de sódio 35,00 mg; Celulose microcristalina 100,00 mg; Óleo vegetal hidrogenado 8,00 mg; Estearato de magnésio 1,00 mg. **FORMA FARMACÉUTICA E VIA DE ADMINISTRAÇÃO:** Comprimidos doseados a 100 mg de Nimesulide, para administração oral. **Propriedades farmacológicas:** O AULIN é uma nova molécula não esteróide com uma acção anti-inflamatória, analgésica e antipirética. O seu princípio activo (Nimesulide) integra um grupo funcional sulfonamídico que o diferencia da maior parte dos fármacos anti-inflamatórios actuais dotados de grupos carboxílico ou enólico. O AULIN actua sobre os mecanismos-chave do processo inflamatório ao inibir parcialmente a ciclooxigenase (sem efeito sobre a síntese das prostaglandinas gástricas PGI₂ e PGE₂, com significado citoprotector). A estrutura química de AULIN indica um mecanismo de tipo "scavenger", através do qual o fármaco neutraliza a formação de radicais livres de Oxigénio produzidos ao nível da cascata do ácido araquidónico e libertados em grande quantidade na origem do processo inflamatório por numerosos tipos de células (granulócitos, neutrófilos, macrófagos). O mecanismo de acção de AULIN confere a molécula um melhor perfil terapêutico em comparação com fármacos anti-inflamatórios conhecidos unicamente como inibidores da síntese das prostaglandinas. O princípio activo de AULIN é absorvido quase completamente através do tracto gastrointestinal em curto espaço de tempo. Após a administração oral de AULIN as concentrações plasmáticas máximas são atingidas ao fim de 1/2 hora e a sua acção mantém-se durante cerca de 6 a 8 horas. Depois de uma dose oral única de 100, 200 e 300 mg, as concentrações plasmáticas máximas oscilam por 1,7 a 2,3 mcg/ml, 3 a 9 mcg/ml e 5 a 10 mcg/ml respectivamente. O volume médio aparente de distribuição é de 312,2 a 328,2 ml/kg. A semi-vida plasmática de eliminação oscila entre 3,41 e 3,61 horas. A percentagem de ligação às proteínas plasmáticas é elevada (> 96%) e directamente proporcional à concentração plasmática. AULIN é metabolizado no fígado sendo o 4-hidroxi-nimesulide o principal e único metabolito. AULIN é eliminado em maiores quantidades pela urina como fármaco biotransformado e o restante pelas fezes: 98% da dose é eliminada e eliminada nas 24 horas sem dar lugar a fenómenos de acumulação, mesmo em tratamento prolongado. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS:** Indicações terapêuticas: ORL: Rinite, Sinusite, Otite, Faringite, Laringite, Amigdalite. Urologia: Cistite, Uretrite, Prostatite, Orquite, Epididite. Ginecologia: Endometrite, Anexite, Salpingite. Inflamação pélvica. Fibelogia: Fibelita, Tromboflebite, Úlcera varicosa, Síndrome varicosa, Síndrome hemorroidal. Cirurgia/Traumatologia: Feridas cirúrgicas e contusas, sub-taxação, Luxação.

Estomatologia: Extração dentária, Estomatite, Fleimão, Abscesso dentário. **Contra Indicações:** Não deve ser utilizado em situações de hipersensibilidade individual ao produto AULIN, e não deve ser administrado a indivíduos com hemorragia gastrointestinal em actividade ou úlcera gastroduodenal em fase activa. **Efeitos Indesejáveis:** Normalmente nas doses recomendadas o AULIN é bem tolerado. Ocasionalmente podem observar-se efeitos secundários de carácter transitório como proise, náusea e gastralgia, embora de fraca intensidade, sendo rara a necessidade de suspender o tratamento. A semelhança de outros anti-inflamatórios não esteróides, AULIN raramente pode provocar reacções cutâneas de tipo alérgico, vertigens, sonolência, ulceração péptica e/ou hemorragia gastrointestinal. **Precauções Particulares de Emprego:** Como todos os medicamentos muito activos, AULIN deve ser utilizado com precaução em doentes com anamnese de doença hemorrágica, em doentes com afecções do tracto gastrointestinal superior e em indivíduos sujeitos a tratamentos com anticoagulantes ou inibidores de agregação plaquetária. Devem igualmente permanecer sob controlo doentes a quem estejam a ser administradas substâncias de baixa tolerabilidade gástrica. Nos doentes com insuficiência renal é necessário reduzir a posologia em relação aos valores do filtrado glomerular pois o fármaco é eliminado em maior quantidade pela via renal. Após sinais de alteração ocular com outros anti-inflamatórios não esteróides e ao verificarem-se distúrbios da visão deverá ser interrompido o tratamento e praticar um exame oftalmológico. **Utilização em caso de gravidez e de aleitamento:** Embora AULIN não tenha evidenciado toxicidade embrionária como para todos os fármacos não se aconselha o seu uso durante a gravidez. De momento, não se poderá afirmar se o fármaco é excretado no leite materno, pelo que não é recomendado o seu uso durante a lactação. **Interações Medicamentosas:** Não descritas. **Posologia e modo de administração:** Posologia: A posologia recomendada é de 50-100 mg de AULIN 2 vezes ao dia, podendo esta dosagem ser aumentada para 200 mg 2 vezes ao dia, consoante a gravidade dos sintomas e a resposta do doente. **Sobredosagem:** Não descritas. **Cuidados especiais:** Não descritos. Efeitos na capacidade de conduzir: Não descritos. **INFORMAÇÕES FARMACÉUTICAS:** Incompatibilidades: Não descritas. Estabilidade: 5 anos se for conservado à temperatura normal, e ao abrigo da luz e da humidade. Acondicionamento: Deve ser acondicionado em blisters de PVC250 + PVDC48 Ambre, ALU20 Duro Bilh + PVDC20. Titular da autorização de lançamento no mercado: Helsinn Produtos Farmacéuticos, SA - Quinta dos Palhas - Rua João Chagas, 53 Piso 3 - 1485 ALGÉS.



AULIN	REGIME GERAL			REGIME ESPECIAL		C.M.T.D.:
	P.V.P.:	P. Estado:	P. Utente:	P. Estado:	P. Utente:	
20 comp. x 100 mg:	2 456\$00	1 719\$00	737\$00	2 088\$00	368\$00	246\$00
60 comp. x 100 mg:	6 166\$00	4 316\$00	1 850\$00	5 241\$00	925\$00	205\$00
20 cart. x 100 mg:	2 084\$00	1 459\$00	625\$00	1 771\$00	313\$00	208\$00
10 sup. x 200 mg:	1 601\$00	1 121\$00	480\$00	1 361\$00	240\$00	320\$00



Avaliação da Artrite Reumatóide

Augusto Faustino, Paulo Reis

No seguimento e na abordagem terapêutica de uma doença como a artrite reumatóide (AR), é evidente a necessidade de avaliar e quantificar tão objectivamente quanto possível a intensidade dos fenómenos inflamatórios, a dor, a integridade morfológica (ou inversamente a destruição) das articulações e estruturas peri-articulares, a função articular e, globalmente, a qualidade de vida do doente. Esta avaliação quantificada é importante não só na definição inicial e na adaptação contínua de uma estratégia terapêutica adequada a cada doente, mas também pelo valor prognóstico que alguns destes indicadores possuem. Globalmente, os instrumentos que têm vindo a ser usados podem classificar-se conforme avaliam predominantemente "o processo", (aqueles que reflectem em cada momento a actividade dos fenómenos inflamatórios) ou "a lesão" (aqueles que reflectem não só a actividade da doença num dado momento mas também o resultado acumulado de toda a evolução clínica). Actualmente utilizam-se como instrumentos de avaliação do doente com AR: 1) escalas visuais analógicas (EVA) para avaliação da dor, 2) índices articulares, 3) índices para avaliação de capacidade funcional, 4) parâmetros bioquímicos, 5) avaliação radiológica sistematizada e 6) questionários de avaliação de qualidade de vida. Cada um dos parâmetros referidos, por si só, fornece apenas uma visão parcial da complexidade clínica e psico-social do doente com AR, pelo que uma avaliação correcta deve incluir vários instrumentos de medida: uns predominantemente de avaliação morfo-funcional, outros sobretudo avaliando a intensidade do processo inflamatório e outros avaliando a repercussão sobre a qualidade de vida do doente. No sentido de tentar simplificar e padronizar a forma como o doente com AR deve ser avaliado, têm vindo a ser propostos conjuntos de instrumentos de medida a ser usa-

dos (como por exemplo o "EULAR core data set") concebidos para serem simples e utilizáveis na prática clínica diária. A inclusão deste tipo de técnica de avaliação na normal prática clínica do reumatologista deve ser sistemática e substituir formas puramente subjectivas e não reprodutíveis de avaliar o doente com AR. O objectivo deve ser o de incluir um dos conjuntos de instrumentos de medida já existentes na prática clínica diária, de forma a poderem utilizar-se os resultados eles fornecem na definição de prognóstico e na tomada das decisões terapêuticas referentes a esse doente. Os autores concluem apresentando alguns dos instrumentos de avaliação da AR actualmente preconizados e referindo algumas das propriedades metrológicas que os caracterizam.

Artrite Reumatóide: Perspectivas Terapêuticas Actuais

Domingos Araújo

A artrite reumatóide (AR) é uma doença crónica, de etiologia desconhecida, que afecta cerca de 1-2% da população. Caracteriza-se por uma sinovite proliferativa crónica, com um curso variável em diferentes doentes, e ao longo do tempo no mesmo doente, sendo a sua história natural caracterizada por agudizações e remissões espontâneas.

Inicialmente encarada como uma doença benigna é hoje vista como comportando uma morbidade e uma mortalidade significativas. A esperança de vida está encurtada em média 7 anos no total e nos doentes que apresentam as formas mais agressivas e que não respondem ao tratamento, a sua evolução final pode ser mais grave do que a de algumas doenças do foro cardíaco ou neoplásico.

Os objectivos fundamentais do tratamento

da AR são o de evitar a morbidade da doença e diminuir a mortalidade que lhe está associada. Desde a introdução dos salicilados no tratamento dos sintomas da AR há 120 anos e o presente, tem-se observado um progresso considerável na terapêutica desta doença. Forrestier, em 1935, apresentou os primeiros resultados da utilização dos sais de ouro e, em 1949, foi a vez da introdução da cortisona e da constatação da sua elevada eficácia. Nos anos 50 e 60 os sais de ouro, os salicilados, a cortisona, os anti-palúdicos e, posteriormente, a d-penicilamina dominaram o arsenal terapêutico, constituindo a tradicional pirâmide que governava o tratamento da AR. Nenhum tratamento foi, até ao momento, capaz de produzir a remissão sustentada da doença num número elevado de doentes.

Na última década, indubitavelmente, os maiores avanços no tratamento da AR foram a utilização do metotrexato (MTX) e o reconhecimento de que a terapêutica deve ser precoce e eficaz, uma vez que as lesões estruturais (radiológicas) ocorrem principalmente nos dois primeiros anos da doença.

A visão conservadora, assente na pirâmide terapêutica, deixava os fármacos imunossuppressores para serem utilizados somente quando os tradicionais fármacos de acção lenta (anti-palúdicos, sais de ouro, salazopirina, etc.) se revelavam ineficazes. Actualmente, este esquema de actuação foi ultrapassado, e a maioria dos reumatologistas utiliza o MTX como fármaco de 1ª linha. Assim, qualquer medicamento que se introduza, de novo, para tratar a AR deverá, forçosamente, ser comparado com o MTX. O MTX obteve esta posição dominante por se ter revelado eficaz e com uma boa tolerância, mesmo quando utilizado por períodos alargados.

No tratamento da AR a resposta clínica a curto prazo não é equivalente ao controlo da doença a longo prazo. Com excepção dos corticosteróides e do MTX, menos de 20% dos doentes permanece a fazer o mesmo medicamento ao fim de 2-3 anos, devido a ineficácia e/ou toxicidade. A remissão clínica da AR agressiva é rara, assim como o é, também, o

controlo sustentado da actividade anti-inflamatória.

Estes factos, levaram progressivamente à associação de fármacos anti-reumáticos com o objectivo de alcançar uma melhoria clínica significativa e de adiar a progressão das lesões articulares. Esta prática teve como base a experiência dos oncologistas no tratamento das doenças neoplásicas.

Na década de 90 foi introduzida a ciclosporina A (CyA) no tratamento da AR e os dados clínicos publicados confirmaram a sua eficácia no tratamento desta doença. Por outro lado, a associação da CyA com o MTX foi considerada a combinação mais aceitável quanto ao binómio eficácia/toxicidade. Esta associação combinaria as acções da CyA sobre as células T com as acções do MTX que incidem fundamentalmente sobre os monócitos.

Outra associação terapêutica que se tem revelado superior ao uso dos fármacos isolados é a combinação tripla de MTX, sulfasalazina e hidroxycloquina. Neste caso o MTX actuaria principalmente nos monócitos, a hidroxycloquina teria uma acção sobre as células apresentadoras de antigénio, e a sulfasalazina que possui uma variedade de acções exibiria efeitos sobre o quimiotactismo, a flora intestinal e o reforço imunológico.

As novas orientações terapêuticas baseiam-se no melhor conhecimento da patogenia da AR e dirigem-se, sobretudo, às citocinas e aos linfócitos T.

Nos últimos anos assistiu-se a um crescente conhecimento sobre o papel das citocinas e dos seus inibidores naturais na promoção e na modulação das doenças inflamatórias reumáticas. Na AR este conhecimento tem sido transportado para a clínica e estão em curso estudos de avaliação da eficácia de inibidores específicos das citocinas, nomeadamente, os que têm como alvo o factor de necrose tumoral (TNF-alfa), a interleucina-1 (IL-1) e a interleucina-6 (IL-6). No caso do TNF-alfa parece confirmar-se a sua eficácia clínica a curto prazo, bem como, a sua boa tolerância. Os resultados do bloqueio da IL-1 parecem, também, ser promissores.

Existe evidência significativa para se implicarem os linfócitos T na patogénese da AR. Eles iniciam e mantêm a inflamação articular e são, também, alvos para a imunoterapia. A utilização de anticorpos monoclonais para depletar as células T foi tentada, mas com reduzido sucesso. Pelo contrário, o uso de um anticorpo anti-CD4, não depletante, demonstrou resultados positivos em modelos experimentais de artrite e está actualmente a ser objecto de ensaios clínicos na AR. Outras estratégias de tratamento da AR incluem a vacinação de células T e a tolerância oral.

Apesar da elaboração, por um grupo de especialistas do "Plano Reumatológico Nacional" - documento que planeava a cobertura faseada de todo o território Nacional em estruturas hospitalares de Reumatologia - as sucessivas autoridades do Ministério da Saúde que dele tomaram conhecimento têm ignorado em termos práticos a sua existência apesar de algumas delas o terem elogiado.

Ensino e Organização da Reumatologia em Portugal

A. Lopes Vaz

Após a criação em 1954 do Instituto Português de Reumatologia - instituição pioneira da luta anti-reumatisal em Portugal - algumas Unidades hospitalares começaram a ser criadas a partir de 1973. É, no entanto, a partir dos últimos dez anos que as estruturas hospitalares de Reumatologia têm vindo, sobretudo na área de Lisboa, a conhecer um maior desenvolvimento.

Apesar desta recente proliferação, as estruturas hospitalares existentes são, na sua maior parte Secções de Serviços de Medicina Interna, com camas atribuídas apenas preferencialmente (em alguns casos exclusivamente) a doentes reumáticos. O equipamento é insuficiente em muitas Unidades e os Internos (em algumas mesmo os especialistas) são obrigados a prestar Serviço de Urgência não especializado.

O ensino pré-graduado, iniciado de modo regular em 1972 tem vindo a ser implementado em algumas outras Unidades, mas é sobretudo na pós-graduação, que se tem verificado maior actividade.

Patogenia do Lúpus Eritematoso Sistémico (LES)

João Carlos Tavares Brenol

A heterogenicidade das manifestações clínicas, fisiopatológicas e de prognóstico do LES pode não ser apenas o reflexo de variações individuais, mas também de diferentes estímulos etiológicos. O LES permanece uma doença caracterizada como de etiologia desconhecida, porque restam ainda muitas dúvidas sobre o estímulo para o desencadeamento das reações imunológicas. É necessário um melhor conhecimento das relações entre os distúrbios da imunidade - humorais e celulares - com a inflamação e a injúria tecidual. Ainda não foram determinados os fatores que interferem na evolução intermitente da enfermidade, caracterizada por períodos de exacerbação e remissão. Não se conhece como os fatores genéticos interagem com as variáveis ambientais, para participarem da expressão da doença.

Um grande número de teorias tenta explicar os fenómenos relacionados à etiologia do LES. São destacados fatores relacionados ao sexo, aspectos genéticos, radiação ultravioleta, drogas e produtos químicos, anormalidades imunológicas e infecção. A marcante preponderância da doença nas mulheres sugere maior participação hormonal do que genética, mas em certos modelos animais como no camundongo

BXSD há uma predileção por machos. Neste modelo murino do LES, a influência do cromossoma Y é claramente independente do estado hormonal. Existem poucas pesquisas sobre o perfil hormonal do paciente lúpico. A possível ação dos estrógenos na etiopatogenia do LES pode ser referendada, em parte, pelos achados da coexistência do lúpus com a síndrome de Klinefelter (XXY).

A participação genética na etiologia do LES fica bem caracterizada pelos inúmeros estudos familiares, a significativa relação com os marcadores HLA, estudos em gêmeos, estudos em diferentes grupos étnicos e os resultados dos cruzamentos experimentais entre os camundongos NZB e NZW que mimetizam a expressão do LES humano. Os relatos da associação do LES com defeitos hereditários da imunidade é outro argumento em favor da participação genética na etiopatogenia da doença.

Em trabalho realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), evidenciou-se uma nítida e importante associação do HLA-DR3 com o LES do adulto caucasóide ($p=0,0002$ - risco relativo 18,86), sugerindo que o HLA-DR3 possa participar de modo significativo no mecanismo de suscetibilidade à doença. Deve ser considerada também a possibilidade de outros genes e/ou seus subprodutos terem igual ou superior participação.

É evidente a participação da radiação ultravioleta no desencadeamento da expressão clínica e imunopatológica do LES. O mecanismo permanece desconhecido, embora alguns experimentos tenham evidenciado foto-desnaturação do DNA, alterações da microvasculatura, ativação de infecção viral latente e alterações no sistema imunorregulador.

O lúpus droga-relacionado (LDR) foi descrito pela primeira vez em 1945, associado com a sulfadiazina. Hoje, inúmeras drogas estão implicadas com esta síndrome. O LDR é significativamente diferente da doença espontânea, em seus aspectos clínicos e imunológicos, mas é suficientemente similar para enfatizar a hipótese de que elementos químicos do meio ambi-

ente exercem um papel semelhante ao das drogas na indução do LES.

O papel das infecções virais crônicas na etiopatogenia das doenças auto-imunes, em modelos animais, tem merecido especial destaque na literatura. Nesse sentido, muitos estudos têm se dirigido ao grupo de vírus tipo C que possui a enzima transcriptase reversa, capaz de transferir seu código genético ao genoma da célula infectada. Os vírus poderiam induzir ao LES em hospedeiros geneticamente suscetíveis. Embora haja evidências da participação viral na etiologia do LES, não se conseguiu isolar vírus nos pacientes lúpicos.

O LES é uma doença multissistêmica caracterizada por inumeráveis auto-anticorpos com diferentes especificidades. A produção de anticorpos decorre de distúrbios imunológicos, com a participação de fatores genéticos e ambientais. Entre eles devem ser destacados a hiperatividade das células T, defeitos intrínsecos das células B, bem como anormalidades nas células *natural killer* e macrófagos. Provavelmente, participam da patogênese da doença uma variedade de mediadores solúveis da imunidade, incluindo citocinas e prostaglandinas. Mais recentemente, investigação avaliando possíveis alterações na apoptose de linfócitos em pacientes lúpicos foi descrita, a exemplo do relato em modelos animais de lúpus. Um melhor entendimento de todos esses mecanismos são necessários para adoção de tratamentos específicos visando a modulação do sistema imune e controle da inflamação.

Infecção no Lupus Eritematoso Sistêmico

J. A. Canas da Silva, J. C. Romeu

A infecção é uma causa comum de morbidade e mortalidade em doentes com lupus

eritematoso sistémico (LES), pelo que o conhecimento dos microrganismos mais frequentemente responsáveis bem como de eventuais factores de risco predisponentes assume grande importância.

A maior susceptibilidade para as infecções, e sua gravidade, pode associar-se a défices da imunidade observados no LES, tais como alterações da migração leucocitária, da opsonização, da fagocitose, da depuração pelo sistema fagocitário mononuclear (SRE), da síntese de imunoglobulinas, da produção de citocinas e da actividade citotóxica mediada pelas células T. A estas alterações da imunidade humoral e celular, que não têm uma expressão universal e que contribuirão de forma variável para a susceptibilidade para os diferentes agentes infecciosos, há que acrescentar as alterações dependentes da presença de insuficiência renal e, sobretudo, da utilização de corticosteróides e imunossuppressores.

A actividade da doença lúpica, a actividade da nefrite, a administração e a dose dos corticosteróides, assim como a utilização de imunossuppressores têm sido os factores mais consistentemente identificados como de risco de infecção, embora com resultados conflituais entre diversos estudos. Os resultados destes estudos devem ser interpretados cuidadosamente dada a dificuldade em determinar a contribuição independente e relativa de cada variável.

A frequência, os agentes infecciosos, a mortalidade consequente e eventuais factores de risco de infecção no LES foram por nós estudados retrospectivamente (1) e os seus resultados comparados com os de outros autores. A taxa de infecção (n° infecções/100 dias de internamento) nos doentes com LES foi cerca de 3 vezes superior à verificada na artrite reumatóide, os agentes oportunistas contribuíram para 25% do total das infecções e a infecção constituiu a causa de morte mais frequente. Verificámos uma correlação significativa entre a presença de hipocomplementemia e a ocorrência de infecção ($p=0,03$) e entre a utilização de imunossuppressores e o diagnóstico de infecção oportunista ($p=0,04$), sendo, igualmente mais

elevada a dose média de corticosteróides administrada nos períodos de hospitalização com infecção oportunista, ainda que sem significado estatístico ($p=0,55$).

A infecção é pois um problema importante no decurso do LES, causa de elevada morbidade e mortalidade, de onde a relevância de um alto índice de suspeita. Pela importância das infecções por bactérias Gram - e Gram +, nomeadamente as sepsis que são frequentes e por vezes fatais, os doentes com quadros clínicos de sepsis devem ser medicados com antibióticos eficazes contra aqueles microrganismos. Dada a relevância das infecções oportunistas, pela sua frequência e gravidade, a impossibilidade de implicar uma bactéria comum como agente etiológico no doente lúpico febril deve levar a uma investigação sistematizada e agressiva de infecção oportunista.

A tendência para uma utilização criteriosa dos corticosteróides e dos imunossuppressores, nomeadamente das mega-doses, deve ser reforçada.

Igualmente importante é uma prática clínica que atenda aos riscos de infecção decorrentes dos mesmos mais simples gestos técnicos, com optimização das medidas de higiene e de assépsia no meio hospitalar.

Neurolupus

Maria José Santos

O envolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC) no Lupus Eritematoso Sistémico (LES) é uma complicação frequente, atingindo mais de metade dos doentes. Por vezes as manifestações neuropsiquiátricas não estão directamente relacionadas com a actividade de doença, mas são secundárias a infecções, drogas, hipertensão arterial ou alterações metabólicas.

O diagnóstico de neurolupus nem sempre é fácil uma vez que não há critérios de diagnóstico ou de classificação aceites e a doença pode assumir variadíssimas apresentações clínicas com um espectro de gravidade que vai desde sintomas ligeiros, crónicos até situações que põem em risco a vida.

A maioria dos autores aceita que as manifestações clínicas do neurolupus podem traduzir um envolvimento difuso do SNC, ou representar um processo focal ou mais localizado. A sua etiopatogénese é desconhecida, mas a heterogeneidade das apresentações clínicas faz pressupor a existência de mais do que um mecanismo responsável pelas alterações neuropsíquicas. Se por um lado existem evidências de disfunção causada por anticorpos directamente contra componentes celulares ou por deposição de imunocomplexos com um processo inflamatório subsequente, um outro mecanismo, o de lesão das estruturas vasculares conduzindo à isquémia também está documentado.

A conjugação de estudos imunológicos, neurofisiológicos, do líquido cefalo-raquidiano e imagiológicos é indispensável na abordagem diagnóstica do neurolupus.

A melhor compreensão dos mecanismos subjacentes à disfunção do SNC deve-se aos recentes avanços nos estudos imunológicos e à utilização de técnicas de imagem funcionais. A tomografia de emissão de positrões (PET), a espectroscopia por ressonância magnética (MRS) e a tomografia computadorizada de emissão de fotões (SPECT) são métodos não invasivos que fornecem dados sobre o metabolismo dos tecidos. São mais sensíveis na detecção de zonas de hipoperfusão do que as técnicas de imagem apenas morfológicas. A sua utilização em doentes com manifestações neuropsíquicas veio mostrar as profundas alterações metabólicas do neurolupus que se traduzem por diminuição da perfusão sanguínea, isquémia, diminuição do metabolismo aeróbico e perda progressiva de neurónios.

Várias tentativas têm sido feitas para correlacionar as alterações imunológicas com as manifestações neuropsíquicas. Dos autoanticorpos implicados no envolvimento do sistema ner-

voso, os antifosfolípidos definem um subgrupo de doentes com maior incidência de AVC's, coreia, demência multienfartes, amaurose fugaz, enxaquecas e mielite transversa. Os anticorpos anti-proteína P ribosómica e anti-neuronais também são mais frequentes no neurolupus, particularmente nos doentes com envolvimento difuso do SNC.

O tratamento do neurolupus continua a ser empírico e obviamente a depender da gravidade da situação clínica. No subgrupo de doentes com anticorpos antifosfolípidos a terapêutica de eleição são os antiagregantes plaquetários e os anticoagulantes. Os corticosteróides em doses elevadas mostraram-se eficazes em situações mais severas de envolvimento difuso do SNC. A utilização de ciclofosfamida ev e de imunossuppressores intratecais tem-se mostrado uma alternativa promissora em doentes refractários a outras terapêuticas.

A Ecografia em Reumatologia

Fernando Saraiva

A ecografia é um meio imagiológico incruento, destituído de efeitos adversos ou de contra-indicações, acessível e de baixo custo e que, se necessário, pode ser levado à cabeceira do doente.

As sondas mais adequadas à Ecografia do Aparelho Locomotor (EAL) são as sondas lineares electrónicas de alta frequência - 5 a 10 Mhz - sendo fundamental que o feixe de ultrasounds incida o mais ortogonalmente possível à superfície a examinar, por forma a evitar artefactos enganadores. A combinação de cortes transversais e de cortes longitudinais permite uma caracterização mais precisa da estrutura examinada e a localização tridimensional das

lesões. O exame da região contra-lateral serve de referência da anatomia normal, embora se deva ter presente a possibilidade de a patologia ser bilateral.

A EAL é útil no estudo da patologia tendinosa, muscular e das bolsas serosas, na identificação e caracterização de quistos sinoviais, no estudo da patologia articular e também em determinadas patologias dos ossos, nervos e da pele e tecido celular subcutâneo. Tem ainda interesse na identificação e caracterização de lesões ocupando espaço e na realização de infiltrações, punções e biópsias guiadas.

No que diz respeito à patologia tendinosa, a ecografia tem interesse no diagnóstico de tendinites, tenossinovites, lesões intra-tendinosas ocupando espaço como calcificações, tumores e xantomias, bem como na identificação de rupturas e luxações dos tendões.

Quanto aos músculos a ecografia é útil na identificação de patologia pós-traumática como sejam as contusões e rupturas musculares, os síndromas compartimentais e as desinserções musculó-aponevróticas. É também útil na caracterização de áreas de rhabdomiólise e de miosite ossificante, traumáticas ou não. Finalmente, tem aplicação no diagnóstico de tumores intra-musculares e na documentação das miosites e miopatias hereditárias.

A EAL permite o diagnóstico e caracterização espacial das bursites e dos quistos sinoviais.

A ecografia das articulações permite delimitar a cápsula articular, caracterizar a cartilagem hialina quanto à sua regularidade e espessura, detectar lesões periféricas dos meniscos (fracturas/degenerescências, quistos, desinserções menisco-capsulares) e caracterizar o estado dos ligamentos e da sinovial. Quanto a esta última, permite designadamente a identificação de situações de sinovite ou de hidrartrose (a nível do joelho é possível inclusive distingui-las), plicas da sinovial e tumores.

Embora a EAL possa identificar osteofitos, erosões, géodos, fracturas, osteocondroses e tumores, a nível ósseo o seu maior interesse é na identificação precoce da osteomielite e das fracturas de stress.

A ecografia dos nervos pode informar quan-

to à presença de tumores e ser sugestiva em casos de neuropatias, de compressão ou infecciosas.

A ecografia do tecido celular subcutâneo pode identificar situações de celulite, patologia pós-traumática como hematomas e corpos estranhos e ainda adenopatias e tumores. Ao medir a espessura da pele, a ecografia pode ser utilizada para seguir a evolução da esclerose sistémica a esse nível.

A EAL quando aplicada ao estudo de lesões ocupando espaço, pode ser útil na identificação de calcificações, nódulos (geralmente permite a distinção entre nódulos reumatóides e tofos gotosos), corpos estranhos, corpos livres intra-articulares, abscessos, adenopatias e tumores.

Finalmente, a ecografia tem interesse quando se pretendem fazer infiltrações, punções ou biópsias guiadas.

Biópsia Sinovial

Rui Leitão, Margarida M. Silva

De entre 8 tipos de biópsias habitualmente efectuadas por reumatologistas - glândulas salivares minor do lábio inferior, pele para lupus band teste, pele para histologia, gordura abdominal para pesquisa de amilóide, membrana sinovial, nódulos subcutâneos, músculo e osso - a biópsia sinovial é a 5ª em frequência, segundo a experiência actual dos autores; corresponde, de facto, a 11,5% das últimas 200 biópsias efectuadas na sala de técnicas do Instituto Português de Reumatologia.

A biópsia sinovial percutânea com agulha é um método simples de executar e com raras complicações. A rentabilidade da biópsia, em termos de diagnóstico, depende da correcta colocação da sua indicação e da experiência do anatomopatologista que observa as amostras.

A biópsia está indicada em: I) doentes com mono ou oligoartrite não explicada pela análise do líquido sinovial; II) doentes com poliartrite aparentemente não inflamatória, sugestiva de doença infiltrativa ou de deposição; III) doentes com poliartrite inexplicada.

O grupo III, dos doentes com poliartrite, é o que oferece menos rentabilidade diagnóstica. De facto, a maioria das biópsias mostrará alterações inespecíficas. Os autores iniciaram, em colaboração com o Serviço de Anatomia Patológica do Instituto Português de Oncologia (Directora: Prof^a Odete Almeida), um estudo que inclui o exame exaustivo de amostras de membrana sinovial, em doentes com diagnóstico reumatológico conhecido. O objectivo é seleccionar, de entre os achados histológicos habitualmente considerados inespecíficos, os que por si só ou em combinação mais favorecem um determinado diagnóstico.

O estudo da membrana sinovial, além da sua utilidade diagnóstica na prática clínica, também é feito actualmente com fins de investigação da patogénese de várias doenças e dos efeitos das terapêuticas.

Artroclise do Joelho

Álvaro Barros Rosa

A lavagem articular pode ser feita com artrotomia ou por métodos fechados. Estes englobam os que utilizam duas vias para a entrada e saída do líquido de lavagem (artroclise e lavagem durante a artroscopia) e aquele que utiliza apenas uma via (mini-lavagem - "tidal irrigation"). Assim artroclise pode-se definir como a lavagem articular feita sem artrotomia utilizando duas vias não concomitante com a execução de uma artroscopia (do grego *árrhizon* - articulação - e *klysis* - dar lavagem).

As suas indicações principais são: a) Artrite Séptica; b) Artrite Inflamatória com partículas sólidas na sinovial (farrapos de fibrina, corpos riziformes, cristais); c) Osteoartrose.

É feita no joelho utilizando rigorosos cuidados de assépsia (desinfecção e utilização de panos, luvas e batas esterilizados) sendo o líquido de lavagem soro fisiológico não excessivamente frio na quantidade de 1 a 4 litros. Nas artrites sépticas ou inflamatórias a via de entrada consiste numa agulha G14 (2,1 mm de diâmetro) e a via de saída num trocard com 3,2 mm de diâmetro, ambos introduzidos com anestesia local dos planos cutâneo, celular subcutâneo, capsular e intra-articular. Na osteoartrose a via de saída é idêntica à de entrada (agulha G14). O líquido pode sair livremente pela via de saída ou então pode-se coaptar esta a um tubo ligado a um saco colector. Para tornar a artroclise do joelho mais efectiva pode-se recorrer a diversas manobras: a) Bloqueio intermitente da saída (distende a cápsula); b) Movimentos de lateralização da rótula; c) Pequenas flexões do joelho (dá acesso do líquido ao compartimento posterior); d) Introdução da pinça de Watanabe pela via de saída na direcção do fundo de saco quadrípital para libertar a fibrina mais agarrada à sinovial.

Na artrite séptica, a artroclise é um dos pilares do tratamento juntamente com a antibioterapia e o repouso. Permite evacuar bactérias, fibrina e enzimas lisossómicos, potencia a acção dos antibióticos e diminui a pressão intra-articular. Na artrite reumatóide e outras artrites inflamatórias, permite remover as partículas de fibrina, possibilitando ulteriormente uma sinoviortese mais eficaz.

Na osteoartrose vários mecanismos foram evocados para justificar a sua acção: evacuação de fragmentos de cartilagem e microcristais, diluição dos enzimas degradantes e das diferentes citoquinas implicadas na condrólise, esfriamento intra-articular, distensão da cápsula e ruptura das aderências intra-articulares.

Embora não numerosos, vários estudos demonstraram a eficácia da artroclise nas diversas patologias. A sua utilização na osteoartrose deverá ser implementada.

Sinovectomia Química e Radio-Isotópica

Paulo Reis

A utilização de fármacos por via intra-articular ocupa um papel importante na abordagem compreensiva do doente com patologia reumática. A lista de patologias em que este tipo de intervenção tem vindo a ser utilizada, bem como a indicação para a realização destas técnicas varia com as Escolas Reumatológicas e com o país a que nos referimos, mas existem trabalhos em praticamente todas as principais doenças reumáticas: 1) artrite reumatóide; 2) espondiloartropatias; 3) artrose; 4) gota úrica; 5) pseudo-gota; 6) sinovites pós-traumáticas. Apesar de existir alguma controvérsia quanto às indicações, as contra-indicações estão relativamente bem definidas de forma consensual: 1) **contra-indicações absolutas**: a) diagnóstico não esclarecido, b) diagnóstico de artrite infecciosa, c) sépsis, d) coagulopatia, e) infecção cutânea no local de punção, f) prótese articular, g) fractura articular osteo-condral, h) gravidez (para os radio-isótopos); 2) **contra-indicações relativas**: a) anti-coagulação, b) diabetes insulino-dependente, c) tuberculose antiga, d) instabilidade articular, e) hemartrose, f) idade fértil se não for realizada contracepção eficaz (para os radio-isótopos). Como efeitos secundários das infiltrações têm vindo a ser descritas: 1) artropatia dos esteróides; 2) artropatia a microcristais; 3) granulomas dos tecidos moles; 4) atrofia e despigmentação cutânea; 5) infecção articular; 6) rupturas tendinosas. Os produtos actualmente utilizados são sobretudo os corticosteróides, o ácido ósmico e os radio-isótopos, com ou sem administração concomitante de anestésico local por via intra-articular. Seguidamente são referidas quais as características químicas e farmacocinéticas dos principais produtos utilizados na prática clínica da reumatologia em Portugal (acetato de metilprednisolona, hexacetonido de triancinolona, ácido ósmico e radio-isótopos) correlacionando-as com os diferentes tipos de articulações e de

situações clínicas em que estão indicados, e justificando os critérios de escolha de cada tipo de produto. Descrevem-se também as indispensáveis normas de assépsia na realização deste tipo de intervenção e discute-se as vantagens da imobilização articular após a infiltração. Conclui-se com a ilustração sumária dos passos para realização da técnica em algumas das articulações mais frequentemente tratadas, de acordo com as normas seguidas no Laboratório de Técnicas Reumatológicas da Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital de Santa Maria.

Densitometria Óssea

Rui André Santos

Foi só na última década que a osteoporose passou a ser encarada como um importante problema de saúde pública, tendo-se vindo a assistir desde então a um interesse crescente por parte dos médicos - sobretudo especialistas, das autoridades sanitárias e talvez até principalmente do público em geral.

Numerosos factores contribuíram para este facto. Para além do aumento da duração da vida das populações associada à melhoria geral das condições e cuidados de saúde - ao ponto das mulheres viverem cerca de um terço da sua vida depois da menopausa - o que acarreta uma maior prevalência de todas as situações ligadas à idade avançada como a osteoporose e da existência de modalidades de prevenção e tratamento mais eficazes - como a estrogenterapia de substituição, as calcitoninas e os bisfosfonatos - e de todos os interesses económicos associados à sua comercialização, passaram a estar disponíveis e em contínuo aperfeiçoamento métodos específicos e sensíveis que vieram permitir a quantificação da massa óssea de um indivíduo em diversas localizações, com uma precisão e fiabilidade notáveis. Esses métodos

deixaram definitivamente para trás formas de avaliação qualitativa da massa óssea como a apreciação da maior ou menor opacidade aos Rx de segmentos do esqueleto normalmente avaliados por outros motivos.

Embora uma massa óssea baixa seja apenas um dos determinantes da fragilidade óssea aumentada característica da osteoporose, enquanto não surgem métodos que inequivocamente avaliem a qualidade óssea, a quantificação de massa óssea continua a ser um dado fundamental para o rastreio, diagnóstico e seguimento de evolução da osteoporose.

Entre as técnicas de medição da massa óssea destacam-se a absorciometria de duplo fóton (DPA), a densitometria radiológica de energia única (SXA) que tem a sua aplicação limitada ao antebraço e a densitometria radiológica de dupla energia (DEXA) que permite de uma forma fácil, cómoda, fiável e bastante precisa a avaliação da massa óssea por unidade de superfície em localizações diversas, sendo comumente aplicada à coluna lombar, antebraço e colo do fémur que são os locais de maior importância clínica. Os equipamentos que utilizaram estes métodos têm vindo a sofrer melhorias que optimizam sobretudo a operacionalidade, a rapidez de execução e a qualidade da imagem.

Outros métodos de medição da densidade mineral óssea merecem referência, nomeadamente a tomografia computadorizada quantitativa (QCT) e a análise por activação neutrónica (NAA), este último utilizável praticamente apenas em investigação. A avaliação do osso por ultrassons, com estudo da atenuação ultrassónica e da velocidade e reflexão dos ultrassons continua a ser um método em desenvolvimento que promete fornecer dados adicionais de natureza qualitativa sobre a estrutura óssea.

Constituem requisitos importantes para a utilização de um método de quantificação da massa óssea a sua capacidade em prever a ocorrência de fracturas, a rapidez de execução, a fiabilidade, a precisão, a baixa dose de radiação e um custo o mais baixo possível. O balanço entre os diversos métodos disponíveis é favorável às técnicas SXA e DXA em relação à DPA e à QCT.

Em 1994 um grupo de trabalho da OMS adoptou uma definição de osteoporose em mulheres pós-menopáusicas baseada nos resultados da densitometria óssea. Embora criticável, esta abordagem tem constituído desde então uma base de trabalho para o diagnóstico da condição:

- **Normal:** densidade mineral óssea (BMD) dentro de 1 desvio-padrão da média de referência para adultos jovens;
- **Osteopenia:** BMD mais que 1 desvio-padrão mas menos que 2,5 desvios-padrão abaixo da média de referência para adultos jovens;
- **Osteoporose:** BMD 2,5 desvios-padrão ou mais abaixo da média de referência para adultos jovens;
- **Osteoporose grave (ou estabelecida):** BMD 2,5 desvios-padrão ou mais abaixo da média em adultos jovens e uma ou mais fracturas ósseas.

As indicações para o rastreio por densitometria óssea ainda podem gerar controvérsias, mas as mais uniformemente aceites são as seguintes:

- Em mulheres em estados de carência estrogénica (relacionados ou não com a menopausa) para diagnosticar uma massa óssea diminuída quando tal puder implicar uma decisão acerca da terapêutica hormonal de substituição;
- Em indivíduos com deformidades vertebrais ou osteopenia radiológica para decisão acerca do diagnóstico e terapêutica;
- Em indivíduos submetidos a corticoterapia prolongada, imobilização por longos períodos ou com outros conhecidos factores de risco para a osteoporose;
- Em doentes com hiperparatiroidismo

primário assintomático para identificar uma massa óssea baixa e decidir sobre a necessidade de intervenção cirúrgica;

- Para monitorizar a resposta à terapêutica anti-osteoporótica.

A utilização indiscriminada da densitometria para o rastreio de todas as mulheres perimenopáusicas não será recomendável, sobretudo se não se perspectivar que o resultado passa a influenciar uma decisão terapêutica. Por outro lado, uma preocupação da mulher em relação à possibilidade de ter a doença poderá constituir indicação para realizar uma densitometria óssea, independentemente de eventuais factores de risco e do seu estado hormonal.

Continua a ser necessário um maior rigor na indicação para a utilização da osteodensitometria, na selecção dos locais a avaliar e no intervalo de tempo entre a repetição dos exames. São ainda comuns diversos erros relacionados com a interpretação dos resultados.

Para o futuro, perspectivam-se avanços relacionados com a melhoria da precisão da técnica (sobretudo no colo do fémur e no perfil da coluna lombar), uma evolução favorável do ponto de vista tecnológico que aumente a rentabilidade do equipamento e estudos que permitam avaliar a qualidade e a pertinência da informação fornecida pelos ultrassons acerca da micro-arquitectura do osso.

Indicadores de Actividade da Doença

E. Silva

O impacto das doenças reumáticas a nível nacional é significativo.

As artropatias inflamatórias abrangem um número considerável de doentes que recorrem às consultas de Medicina Familiar.

O Médico de Família desempenha um papel

chave no diagnóstico e seguimento destes doentes. Pode ser o primeiro a observar estes pacientes. Possui uma visão mais globalizante do problema e das suas repercussões na qualidade de vida do indivíduo. O Médico de Família representa a base de intercomunicação com os reumatologistas, os cirurgiões, os fisiatras, os assistentes sociais e todos os elementos envolvidos no processo de controlo das doenças reumáticas. O Médico de Família ao prestar cuidados continuados e integrados pode auxiliar o doente a reconhecer as suas capacidades físico-mentais e a responsabilidade que tem no sucesso do programa de tratamento e reabilitação.

Em Medicina Familiar trabalham-se os problemas com os doentes, construindo a história clínica de forma progressiva, regular e com o apoio dos familiares. Gere-se a vulnerabilidade e a inconstância de atitudes, a procura de medicina alternativas, a diferença de mentalidades.

O diagnóstico das doenças reumáticas depende essencialmente de critérios e observações clínicas que podem ser complementadas por exames laboratoriais ou imagiológicos.

É necessário distinguir as patologias inflamatórias das não inflamatórias; as monoartrites das poliartrites; os problemas locais dos sistémicos.

A autora apresenta uma revisão temática sobre os indicadores de actividade das artropatias inflamatórias, as características da história clínica, a evolução e os testes mais comuns usados em ambulatório com referência a diferenças de sensibilidade, especificidade e valores preditivos.

Controle da Toxicidade Medicamentosa e Adaptação da Terapêutica

Paulo Reis

O doente reumático com doença articular

inflamatória crónica tem frequentemente necessidade de terapêuticas com fármacos específicos que, por serem pouco conhecidos e pelas particularidades dos esquemas posológicos que requerem, levantam problemas quanto à monitorização da eficácia terapêutica, dos efeitos acessórios esperados e da toxicidade dos mesmos. Alguns fármacos devem ser exclusivamente utilizados em regime de internamento hospitalar ou em Unidades de Saúde de referência (gamaglobulina por via endovenosa ou citostáticos, por exemplo) pelo que a vigilância e monitorização dos mesmos devem igualmente concentrar-se nas Unidades de Saúde responsáveis pela sua utilização. Contudo, a maior parte dos doentes com artropatias inflamatórias faz terapêutica com fármacos de utilização mais comum, e o seu seguimento deve centrar-se no Médico de Família, aquele que contacta com o doente durante mais tempo e com maior regularidade. Por outro lado, o inevitável aparecimento de outras patologias agudas (doenças infecciosas, por exemplo) ou crónicas (resultantes do natural envelhecimento do doente ou relacionadas com a doença reumática) obriga frequentemente a associar vários fármacos. Tudo o que acima foi referido torna evidente a necessidade de conhecer quais os efeitos acessórios mais frequentes de cada fármaco, quais as interações medicamentosas com os fármacos de utilização em outras doenças muito prevalentes. Do mesmo modo, devem ser conhecidos os esquemas de vigilância e os sinais de toxicidade dos fármacos de utilização mais comum em doenças articulares inflamatórias e o que fazer quando surge essa toxicidade. O autor apresenta propostas de esquemas de vigilância clínica e laboratorial para os fármacos mais comumente utilizados na terapêutica dos doentes acima referenciados: 1) anti-inflamatórios não esteróides; 2) corticosteróides; 3) sais de ouro; 4) metotrexato; 5) azatioprina; 6) antipalúdicos de síntese; 7) salazopirina; 8) ciclofosfamida e 9) ciclosporina A. São também descritas propostas de actuação a nível do Médico de Família face às situações mais frequentemente encontradas no seguimento destes doentes, bem como quais as cir-

cunstâncias que devem condicionar a referência rápida a Unidades de Saúde mais diferenciadas quanto aos cuidados de saúde que proporcionam. Em seguida referem-se algumas situações em que o Médico de Família deve obrigatoriamente modificar a terapêutica em curso (por exemplo a introdução de um novo fármaco para tratamento de uma doença intercorrente ou concomitante) no sentido de minimizar a toxicidade das associações de fármacos. Conclui-se com uma breve referência a um grupo de doentes cada vez mais numeroso, os da terceira idade, pela especificidade própria resultante das modificações fisiológicas próprias do envelhecimento, salientando algumas das particularidades da terapêutica das doenças reumáticas nesta população.

Prevenção e Diagnóstico Precoce das Complicações Sistémicas

Rui Nogueira

A prevenção e diagnóstico precoce de complicações sistémicas em doentes com artropatias inflamatórias deve ser uma preocupação permanente do médico de família e não apenas do reumatologista.

A cronicidade das doenças reumáticas inflamatórias e o tipo de abordagem clínica que caracteriza a actividade quotidiana do médico de família, obrigam a uma particular atenção no acompanhamento destes doentes. As exacerbações das suas doenças e as complicações iatrogénicas, justificam com frequência o reenvio ao reumatologista, mas, antes de mais, é necessário identificar sinais de alerta de manifestações clínicas relacionadas com a doença de base ou com o uso prolongado de fármacos, assim como o uso de meios auxiliares, permitindo seguimento criterioso destes doentes.

As complicações renais, hepáticas, neuropáticas, hemáticas, psíquicas, oculares, ginecológicas ou vasculares e não apenas as articulares ou musculoesqueléticas, precisam ser sistematizadas e equacionadas quando se faz a abordagem e o acompanhamento destes doentes crónicos.

A crescente necessidade de adopção de uma atitude de real partilha de cuidados exige a discussão desta matéria, se desejarmos melhorar a assistência clínica a estes doentes sem condicionar a acessibilidade aos serviços especializados do reumatologista. Havendo vias de comunicação funcionantes entre o médico de família e o reumatologista, as complicações sistémicas diagnosticadas no doente com artropatia inflamatória poderão e deverão ser esclarecidas e resolvidas junto do reumatologista que acompanha o doente sem que este o consulte regularmente. Caso contrário multiplicam-se as consultas de diferentes especialistas, apesar da doença de base.

Cuidados Partilhados em Reumatologia. Vias de Cooperação

José António P. Silva

A patologia reumática apresenta um conjunto de características próprias que colocam uma exigência particular à necessidade de estreita colaboração entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Especializados.

Associada à sua elevada prevalência na população em geral, impõe-se considerar a sua cronicidade e marcado impacto sobre a qualidade de vida dos doentes. Muitas das afecções deste grupo exigem um diagnóstico e tratamento precoces, se pretendermos evitar a instalação de alterações irreversíveis das estruturas mus-

culo-esqueléticas e outras têm um rebate sistémico multifacetado, com considerável risco de vida e exigindo uma abordagem especializada e multidisciplinar. A Reumatologia faz recurso frequente a técnicas sofisticadas de diagnóstico e aplica medidas terapêuticas de índole muito variada a que se associa considerável morbidade, exigindo controlo regular.

De todos estes factores resulta a impossibilidade absoluta de que todos os doentes reumáticos sejam seguidos em exclusividade por serviços de Reumatologia, antes exigindo forte cooperação com a Medicina Geral e Familiar. O número de doentes e a necessidade de acompanhamento prolongado e frequente, resultam numa saturação rápida dos recursos humanos nesta área, aspecto particularmente sensível em Portugal dada a escassez de recursos humanos em Reumatologia.

A solução destas dificuldades passará, em boa medida, pelo alargamento destes recursos. Contudo será sempre, e desde já, necessário e possível promover a optimização do uso dos recursos existentes, mediante uma estreita cooperação entre os Médicos de Família e os Reumatologistas.

Os objectivos desta cooperação são de várias ordens:

1. Maior facilidade de acesso dos doentes reumáticos às consultas da especialidade, dando, se possível, prioridade aos casos mais urgentes;
2. Maior disponibilidade dos Reumatologistas para observação urgente e atendimento de intercorrências;
3. Apoio aos Médicos de Família na identificação dos casos que mais têm a beneficiar da Reumatologia e no seguimento dos casos que partilham com esta especialidade.

Para atingir tais objectivos é indispensável promover vias de cooperação bilateral. Do Médico de Família poderá esperar-se uma selecção mais criteriosa dos casos que envia e

um desenvolvimento do apoio que possa dar ao acompanhamento ambulatorio dos doentes observados na consulta de Reumatologia. Desta forma será possível uma redução do número de segundas consultas na especialidade e aumentar a sua capacidade de resposta às primeiras.

O Reumatologista, por sua vez, terá de empenhar-se na oferta de uma informação regular e pormenorizada ao Médico de Família sobre os doentes que partilham. Esta informação é não só indispensável para que o acompanhamento possa ser partilhado mas pode também desempenhar um importante papel na formação contínua em Reumatologia dos Médicos de Família, desde que a informação dada veicule as bases fundamentais do diagnóstico e da orientação terapêutica. Num inquérito recente que realizámos, esta era a forma preferida de formação contínua por estes Médicos. Aos serviços de Reumatologia deverá também pedir-se que, não sendo possível evitar listas de espera para a Consulta, se proceda a uma hierarquização do grau de urgência, por forma a garantir acesso privilegiado aos doentes mais necessitados. Tal só será possível, contudo, se o pedido de consulta for acompanhado da informação indispensável a este julgamento.

Estes princípios não constituem novidade e a sua necessidade não carece de fundamentação adicional. Estão, contudo, infelizmente, bastante arredados da nossa prática habitual.

Transpondo para a nossa realidade exemplos há muito vigentes em outros países, sugerimos a implementação de um sistema simples de cooperação baseado em dois aspectos fundamentais:

1. Inquérito circunstanciado sobre as manifestações da doença reumática e exames complementares relevantes, que deve acompanhar o pedido de consulta de Reumatologia;
2. Hierarquização das listas de espera, com base nestes dados;
3. Envio regular de uma carta explícita e explicativa de cada vez que o doente se

apresenta à Consulta de Reumatologia. Esta carta poderá ser informatizada, de forma a ser legível e a facilitar a organização da consulta;

4. Organização em cada Serviço de Reumatologia, de uma via de acesso urgente, perante exposição do caso por telefone ou Fax.

Trata-se de um sistema pouco oneroso e que julgamos poder dar um contributo importante à optimização dos cuidados reumatológicos e à indispensável cooperação dos que lidam com estes pacientes.

A Filosofia dos Grupos de Trabalho da S.P.R.

Jaime C. Branco

Com a intenção de criar uma estrutura capaz de gerar ideias e de delinear um programa de actuação para promover e orientar a prática da reumatologia no nosso País, propus em 1990 a criação dos grupos de trabalho (GT) da SPR.

Sugeri ainda dez áreas de interesse, que ocupariam outros tantos GT, e formulações diversas para estruturar o seu trabalho e apresentar os respectivos resultados.

O funcionamento dos GT seria enquadrado por uma estrutura simples dependente da Direcção da SPR.

O resultado do trabalho produzido pelos GT propiciaria a edição de um livro sobre "Consensos e Recomendações da Reumatologia Portuguesa" que se deveria rever periodicamente.

Por motivos vários, que não importa agora abordar profundamente, esta proposta não foi executada.

Sete anos depois foram, porém dados alguns

passos que facilitam a criação e operacionalidade dos GT. Por exemplo a revisão dos Estatutos da SPR, realizada em 1993, contemplou a inclusão dos GT como órgão de facto da nossa Sociedade e existem já dois GT embora abordem áreas diferentes das inicialmente propostas.

Hoje, conhecidos os resultados de diversos inquéritos, realizados por iniciativa e sob a égide da SPR, que alimentarão a edição do "Livro Branco da Reumatologia Portuguesa" importaria activar, pelo menos, um GT alargado não só para elaborar a redacção daquela publicação mas também para se manter posteriormente como órgão gerador da "filosofia" e da "política" necessárias ao desenvolvimento da reumatologia em Portugal.

Revistas Portuguesas de Reumatologia. Análise Crítica

Licínio Poças

Em Portugal são publicadas 3 Revistas de índole científica vocacionadas para a Reumatologia, 2 de periodicidade trimestral, *Acta Reumatológica Portuguesa* e *Cadernos de Reumatologia*, e 1 de distribuição mensal, *Revista Portuguesa de Reumatologia*. O número de reumatologistas é de 75, encontrando-se em fase de especialização 15 médicos internos. Existem 10 Departamentos de Reumatologia, reconhecidos pelo Colégio de Especialidade, em Serviços hospitalares, 3 dos quais com ensino universitário e 4 professores em valência reumatológica.

A análise das Revistas foi feita abrangendo um período de 5 anos, 1992 a 1996, na expectativa de colher informação quanto a artigos de reumatologistas portugueses, quais os temas, o número de referências bibliográficas estrangeiras e nacionais.

Durante 5 anos publicaram-se 128 artigos de autoria de reumatologistas, membros da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, e escreveram-se 51 editoriais, sendo 23 temáticos e 28 artigos de opinião. Dos 128 artigos, 31 apresentam referências bibliográficas de outros reumatologistas nacionais e 24 com referências dos próprios autores.

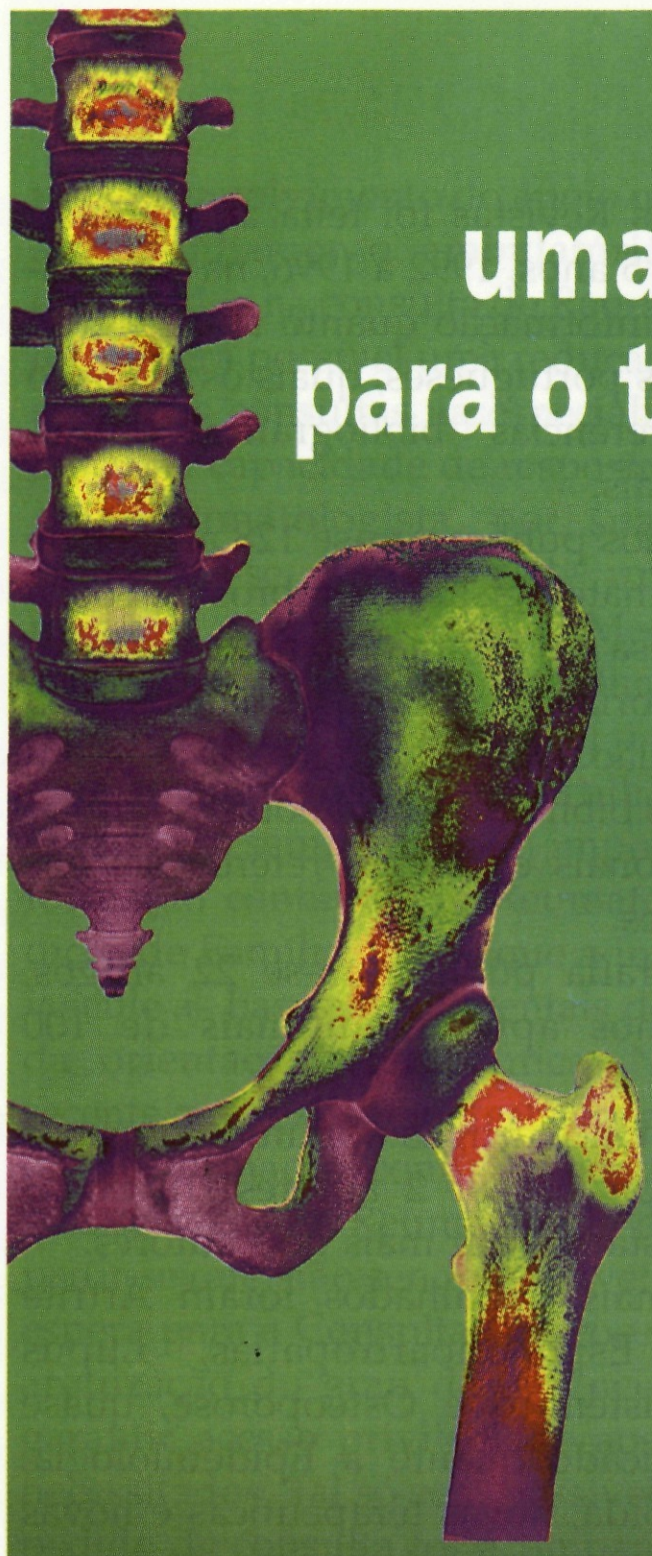
Sem bibliografia publicaram-se 22 artigos, mas 3 trabalhos apresentam mais de 100 citações.

Cinquenta e cinco artigos foram escritos por um único autor, 16 por 2 autores, 10 por 3 autores e os restantes por mais de 4 autores.

Os temas mais trabalhados foram Artrite Reumatóide, Espondiloartropatias, Lupus Eritematoso Sistémico e Osteoporose, quase nada foi publicado quanto a Epidemiologia, Fibromialgia, Sida, novas terapêuticas e novas técnicas de diagnóstico ou investigação.

Meditando neste estudo analítico sobre as revistas portuguesas de Reumatologia, fica a impressão que os reumatologistas escrevem pouco, contrariamente ao muito que falam nas imensas Jornadas que se realizam, fazem pouca investigação assumida em artigos escritos, não publicam a sua experiência em temas de actualidade e estão mal informados entre si. A ausência de um índice bibliográfico de autores reumatologistas portugueses explica porque seja mais fácil o acesso à bibliografia estrangeira. A publicação anual do Índice Bibliográfico da Reumatologia Portuguesa estaria no âmbito das actividades da *Acta Reumatológica Portuguesa*.

Finalmente uma inovação terapêutica para o tratamento da osteoporose



**F
O
S
A
M
A
X**[®]

alendronato
de sódio

**REVERTA
A PROGRESSÃO
DA
OSTEOPOROSE**

 **MERCK SHARP & DOHME**

Simpósios

Osteoporose “Ladrão Silencioso”. Impacto na Qualidade de Vida

Jaime C. Branco

A osteoporose (OP) caracteriza-se por redução da massa óssea e aumento da susceptibilidade para fracturas. Os métodos de medição da massa óssea e a radiologia convencional são meios objectivos de diagnóstico e de avaliação da terapêutica mas são inadequados para a análise do impacto da OP na qualidade de vida (QDV).

Este assunto, insuficientemente estudado, interessa várias diferentes vertentes - física, funcional, nutricional, psicológica e social - deste tema.

A dor aguda, que resulta de uma fractura osteoporótica, é limitada no tempo, pelo que o doente “lida” razoavelmente com ela, mas a dor crónica motivada por múltiplas fracturas é causa de ansiedade e depressão.

Nos estadios mais avançados a OP provoca alterações não camufláveis de aparência física (p.ex. cifose) e do normal alinhamento segmentar do corpo que lembram, ao doente, constantemente o seu padecimento.

Além das óbvias perturbações da morbidade, as alterações físicas associadas à OP afectam a auto-imagem dos doentes e a sua relação com terceiros e causam restrições mais ou menos importantes da actividade física que ainda agravam mais a doença de base.

As mulheres com osteoporose raramente conseguem ingerir diária e regularmente a quantidade necessária de cálcio. O aumento da sua ingestão é muitas vezes difícil e problemático, quer com alimentos naturais quer com suplementos.

Em relação directa com a gravidade da OP existem várias perturbações psíquicas - ansiedade, depressão, redução da auto-estima e frustração - que, em conjunto com as alterações físicas, condicionam consequências funcionais (p.ex. AVD, tarefas domésticas, tempos livres) e sociais.

A limitação das actividades sociais inicia-se pelo isolamento social motivado pelas fracturas, dores, perturbações funcionais e depressão. Progressivamente ocorrem perda e/ou alteração do papel social do doente (p.ex. mãe, avó, esposa, doméstica, profissional) com a natural repercussão sobre as “recompensas”, abandono de desempenhos sociais básicos, necessidades de suporte social e, por fim, diversos graus de dependência.

Dada a sua importância e o reduzido interesse que tem motivado é importante que, com objectivos clínicos e terapêuticos, se identifiquem, avaliem e resolvam adequadamente os problemas que afectam as diversas áreas da qualidade de vida do doente osteoporótico.

Para conseguir este objectivo os profissionais de saúde devem ser educados e treinados nesta perspectiva e devem ser utilizados instrumentos de medição da QDV (IMQDV). O pequeno número de estudos publicados sobre este tema utilizou sobretudo IMQDV genéricos.

A European Foundation for Osteoporosis criou um grupo de trabalho para desenvolver um IMQDV específico para a OP. O QUALEFFO é o instrumento que esse grupo de trabalho elaborou e está a validar.

Osteoporose - Reconhecimento do Doente

Viviana Tavares

A evolução da definição de osteoporose, a possibilidade de diagnóstico precoce, a existência de terapêuticas eficazes e um crescente conhecimento e preocupação da população com os problemas relacionados com a doença fazem com que, cada vez mais, os clínicos sejam confrontados com a necessidade de avaliar se estão perante um doente osteoporótico.

Na maior parte dos casos, e dado não estar definida uma metodologia de diagnóstico precoce universalmente aceite, o reconhecimento dos doentes surge com o episódio de fractura osteoporótica. No entanto o desafio que se coloca aos clínicos é o reconhecimento dos indivíduos com osteoporose, antes do aparecimento das fracturas, através duma utilização racional dos meios de diagnóstico disponíveis.

Na actual definição de osteoporose a diminuição da massa óssea é o mais importante componente para o risco de fractura, pelo que, sendo hoje possível a sua determinação com métodos precisos, a medição da massa óssea é a base do diagnóstico de osteoporose.

A medição da massa óssea, particularmente através da densitometria radiológica de dupla energia, se bem que inócua, não-invasiva e sem contra-indicações absolutas, não pode no entanto ser ainda considerada um meio de rastreio universal.

A identificação de factores de risco clínicos fortemente relacionados com osteoporose, principalmente os que se associam a um risco aumentado de fractura, independente da massa óssea, deverá melhorar a especificidade da avaliação, dando indicações mais precisas para a necessidade de uma determinação da massa óssea.

O déficite de estrogéneos, principalmente quando relacionado com uma menopausa precoce, a utilização prolongada de terapêutica corticosteróide, a existência de doenças que reconhecidamente se associam a osteoporose (como o hipertireoidismo, o hiperparatireoidismo, a insuficiência renal crónica ou a anorexia nervosa, por exemplo), uma história familiar materna de fractura da anca e um índice de massa corporal muito baixo, são factores de risco com peso indiscutível cuja presença obriga à realização de uma densitometria óssea.

A abordagem diagnóstica básica de qualquer doente com suspeita de osteoporose deve constar de: 1) história clínica e exame objectivo focando os principais factores de risco e causas de osteoporose; 2) avaliação laboratorial de

“rotina” com hemograma, velocidade de sedimentação, electroforese de proteínas, fosfatase alcalina, transaminases e doseamento do cálcio e fósforo séricos; 3) radiografia da coluna lombar e dorsal; 4) medição da massa óssea por DEXA; 5) doseamento da testosterona e gonadotrofinas, no caso do sexo masculino.

A execução de outros exames auxiliares pode ser necessária de acordo com as circunstâncias específicas do doente que tenham sido apuradas na história clínica e no exame objectivo. De um modo geral, e porque sabemos que a osteoporose é uma situação predominantemente ligada ao envelhecimento e à menopausa, podemos dizer que quanto mais o doente se afastar deste padrão, maior terá de ser o cuidado posto na sua abordagem.

Uma vez excluídas as doenças que podem simular osteoporose (como por exemplo, a osteomalacea, o mieloma múltiplo e as metástases ósseas, situações frequentes no grupo etário em que a osteoporose é mais prevalente) e apuradas as causas e factores de risco para a osteoporose, importa avaliar qual a gravidade da situação de modo a determinar qual o prognóstico da doença, isto é, o risco subsequente de fractura.

A avaliação do risco de fractura deverá ter em conta não só a quantificação da massa óssea mas também a existência de fracturas anteriores, a identificação de factores de risco independentes da massa óssea, como por exemplo factores clínicos e ambientais que favoreçam as quedas ou factores de fragilidade óssea não relacionados com a massa óssea e, por último, a determinação da perda de massa óssea que pode ser avaliada através dos marcadores de remodelação óssea.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de osteoporose e avaliado o risco de fractura será então possível planear o esquema de intervenção terapêutica, que deverá ter também em conta a idade do doente, a eficácia e custos do tratamento e os seus efeitos acessórios.

Correlação Clínico Histopatológica no Diagnóstico da Nefropatia Lúpica

João Carlos Tavares Brenol

Em estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Brasil - foram registradas alterações renais em 60% dos pacientes lúpicos incluídos na amostra, percentual que se encontra no limite superior das diversas séries da literatura. A variação do registro de envolvimento renal, nos diversos centros de pesquisa, pode ser atribuída à metodologia dos estudos e às características das populações de pacientes. Os pacientes com alteração renal apresentaram maior presença do anticorpo anti-DNAn, diferença que se mostrou estatisticamente significativa quando comparados com os lúpicos sem alteração renal. Os auto-anticorpos anti-Ro/SS-A, anti-La/SS-B e anti-Sm foram mais frequentes no grupo de pacientes com alteração renal, enquanto o anti-U1 RNP foi mais frequente no grupo sem alteração renal, embora estes achados não tenham obtido significância estatística. Quando comparados os pacientes com nefrite tipo IV da classificação da OMS, com o grupo sem nefrite, foi identificada uma mais marcante presença do anticorpo anti-DNAn nos pacientes com nefrite IV. Verificou-se também neste estudo que a presença isolada do anti-U1 RNP poderia ser um fator de melhor prognóstico no que se refere ao comprometimento renal. Os achados sugeriram que o registro da presença do anticorpo anti-Ro/SS-A, na ausência de anti-La/SS-B, estaria associada a elevada frequência de grave comprometimento renal. O estudo do complemento, no grupo de pacientes com nefrite tipo IV, evidenciou importante consumo de C3 e C4. Estes resultados destacam a importância da presença do anti-DNAn e baixos níveis de complemento como fatores de risco para nefrite.

Em outra amostra de pacientes lúpicos cau-

casóides estudada no HCPA-UFRGS, foi registrada uma importante associação do HLA-DR3 com nefrite (risco relativo 18,33 - $p=0,002$). Os pacientes com anti-DNAn positivo registraram a mais marcante associação com a positividade do HLA-DR3 (risco relativo 73,33 - $p=0,0001$).

Quando se estudou 65 biópsias renais, verificou-se que os pacientes com padrões histológicos de glomerulonefrite proliferativa difusa (tipo IV-OMS), apresentavam os mais altos índices de cronicidade (IC) e atividade (IA), comparados com os demais padrões histológicos, com significância estatística, respectivamente $p=0,00003$ (IC) e $p=0,01$ (IA). Os pacientes com padrão histológico tipo IV registraram os mais elevados índices de cilindrúria ($p=0,02$), hematúria ($p=0,03$), creatinina sérica ($p=0,001$) e hipocomplementemia ($p=0,02$). Os pacientes com glomerulonefrite membranosa (tipo V-OMS) foram os que mostraram as mais elevadas proteinúrias de 24 horas. Os pacientes com nefrite apresentaram uma frequência aumentada de anemia, leucopenia e trombocitopenia. Os mais altos níveis de pressão arterial diastólica foram verificados nos pacientes com nefrite tipo III e tipo IV, embora apenas a tipo IV tenha obtido significância estatística ($p=0,0002$). O fenômeno de Raynaud e a síndrome *sicca* foram menos frequentes nos pacientes com nefrite, mostrando-se neste estudo como possíveis fatores protetores de envolvimento renal no LES.

A biópsia renal pode revelar anormalidades não glomerulares e orientar um manejo diferente. Quando o padrão evolutivo da nefropatia não obedece o esperado, a biópsia deve ser considerada para afastar outras patologias. A biópsia renal em todos os pacientes não se justifica devido aos custos e riscos de procedimento. Mesmo nos doentes com semelhantes marcadores clínicos e/ou histológicos o curso da doença e a resposta terapêutica podem ser diferentes.

Novos Conhecimentos na Etiopatologia e Diagnóstico da Febre Reumática

Antonio Carlos Ximenes

A febre reumática aguda é uma consequência não supurativa, de resposta imune, a uma infecção de orofaringe pelo estreptococo Beta hemolítico do grupo A. Geralmente, há um período latente de 2 semanas entre a infecção pelo estreptococo e o início das manifestações clínicas.

Houve um grande declínio tanto em incidência como prevalência, havendo por exemplo uma diminuição de 250 a 100 pacientes / 100.000 habitantes entre 1862 a 1962 na Dinamarca. A explicação para este declínio foi a descoberta da penicilina em 1950, sendo que nos anos 80 a incidência variou de 0,23 a 1,88 pacientes na faixa populacional de crianças e adolescentes.

Há exceções, como nas regiões dos nativos do Havai e Maori.

A febre reumática, na atualidade tem despertado um grande interesse, por vários motivos:

- 1) aumento da sua incidência nos países em desenvolvimento, com estimativas que alcançaram cifras de 10 a 20 milhões de casos novos por ano, esta importância aumenta, em bases epidemiológicas e de saúde pública pois nestes países moram 2/3 da população mundial.
- 2) O ressurgimento da doença em países desenvolvidos como EEUU, e algumas nações da Europa.
- 3) A sua relação multidisciplinar.

Estes fatos, motivaram a estudar e entender melhor os seus aspectos etiopatogênicos e diagnósticos. No Brasil, há muito interesse em pesquisar a Febre Reumática, principalmente, pela sua grande incidência e prevalência.

As dúvidas não são quanto ao seu agente

etiológico. O que causa dificuldade é a complexidade dos mecanismos patogênicos na relação entre o estreptococo e o hospedeiro. O porquê de somente 3% das crianças com infecção de orofaringe, desenvolverem a doença? A esta resposta, abre a possibilidade de um fator genético.

O conhecimento da morfologia de estreptococo, bem como de sua pouca ação direta nas lesões teciduais, nos evidencia a teoria imunológica na sua patogênese.

A presença de imunocomplexos circulantes e a diminuição do complemento no líquido sinovial reforçam a teoria de alterações da imunidade humoral. Recentemente, tem sido descritos no Chile e Rússia, a presença de anticorpos antifosfolípidos. Este tema ainda é controverso.

A resposta imune que leva às lesões teciduais está relacionada aos antígenos da bactéria. Atualmente, os conhecimentos estão relacionados aos mecanismos de reação cruzada, entre os componentes do estreptococo e o hospedeiro. Vários processos de similaridade entre ambos, poderiam ocasionar esta reação.

A cápsula, constituída principalmente de ácido hialurônico induziria a produção de anticorpos cruzado com o tecido articular.

A parede celular também tem um papel importante, na patogênese da febre reumática, pela presença de seus componentes, como as proteínas M, T, R.

A proteína M tem uma importante função neste entendimento. É a responsável pela subdivisão do estreptococo em mais de 80 tipos sorológicos. Na patogênese da F.R. tem importância os sorotipos 1, 3, 5, 6, 18, 19 e 24. O interessante é o fato de que certos sorotipos provocam imunidade, enquanto outros induzem ao aparecimento da Febre Reumática.

A persistência da imunidade é explicada por uma reação entre anticorpos opsonizadores e capacidade antifagocítica da proteína M. Recentes estudos mostram a importância do sorotipo 18M como fator de resistência da bactéria.

Os anticorpos anti M dão reação cruzada com diferentes proteínas humanas, como coração,

articulações, núcleo caudado e rim.

Os avanços na patogênese na Febre Reumática tiveram maiores conhecimentos no mecanismo da coreia. Kingston e Glynn foram os primeiros a demonstrar que animais imunizados com antígenos estreptocócicos desenvolveram anticorpos em seu soro que cruzavam com astrócitos. No Brasil, Diniz demonstrou novos mecanismos patogênicos na coreia de Sydeham.

Numerosas outras reações cruzadas, tem sido demonstradas entre os componentes da membrana do estreptococo e outros órgãos como membrana basal do rim, proteoglicans da pele, particularmente, queratina.

Outro fato intrigante no entendimento da patogênese da Febre Reumática, refere-se a esta resposta anormal cruzada, ocorrer em somente 3% das crianças infectadas pelo estreptococo. Há algumas explicações, todas baseadas na teoria genética. O trabalho de Patarroyo com o antígeno 883 sugeria uma maior susceptibilidade destes pacientes, onde estaria tal antígeno presente nos linfócitos B, em 75% dos casos.

Ultimamente, vários trabalhos associam a doença com antígenos HLA classe II. No Brasil, Guilherme e Calil, em 1993 demonstraram a presença de um alogeno Topo Taq 1/DR beta 13:81, correlacionado com DR2 em DR53. Estes mesmos autores, sugeriram que o gene poderia estar mais próximo do HLA - DR no genoma, em que os alelos descritos não estariam envolvidos. Esta multiplicidade de diferentes resultados, por vários autores, no estudo da genética da Febre Reumática poderia também ser explicada por diferenças antigênicas, tanto do estreptococo como do hospedeiro.

Finalmente, apesar dos novos conhecimentos da etiopatogenia, e do próprio estreptococo, a Febre Reumática ainda continua sendo mal diagnosticada e esquecida no diagnóstico diferencial com outras doenças. Os critérios de Jones foram revisados e serão discutidos.

Bibliografia:

1. Bisno A.L.: "Group A Streptococcal infections

and acute Rheumatic Fever". N. Engl. J. Med. 325:783-792, 1991.

2. Carmo H.F., Ximenes A.C., Silva N.A. et al: "Ainda a febre reumática". Rev. Bras. Reumatol. 34(2):61-64, 1994.
3. Guilherme L., Kalil J.: "Imunologia da Febre Reumática". Rev. Soc. Cardiol. Est. São Paulo 3(6):1-6, 1993.
4. Zabriskie J.B., Gibofiky A.: "Rheumatic fever: Etiology, Diagnosis and Treatment". In: Arthritis and Allied Conditions. Ed. Koopman W., 1996, 13th, 1981, 1996.

Avanços no diagnóstico Sorológico da Artrite Reumatóide

Nílzio Antonio da Silva

Em 1937, a capacidade aglutinante do soro de paciente com Artrite Reumatóide (AR), mais tarde denominado Fator Reumatóide (FR), trouxe grande contribuição à compreensão dessa doença e também inaugurou a era da imuno-reumatologia. Desde então buscou-se o aprimoramento de técnicas que facilitassem a identificação do FR. Logo sua estrutura molecular e sua específica reação com fragmentos Fc de IgG foi evidenciada, bem como os vários isótipos de Imunoglobulinas, com papel de FR. Nos últimos anos constatou-se que sua produção é controlada por fatores genéticos e ambientais.

O teste de aglutinação de FR - IgM é o mais utilizado para o diagnóstico de AR e faz parte dos critérios diagnósticos dessa enfermidade. Tem certo valor prognóstico, mas não serve como critério de atividade. Sua aplicação em clínica é dificultada pela sua ocorrência em várias outras doenças, por ativação policlonal, e por ser negativo em 1/3 dos casos de AR.

Os fatores antinucleares após sua descoberta e correlação com o lúpus, também foram demonstrados em AR. Em grande parte são os fatores reumatóides com atividade antinuclear, e quando pesquisados por imunofluorescência tem padrão homogêneo, filamentosos e nucleolar. Para alguns seriam marcadores de mau prognóstico. Em recente estudo no Japão, constatou-se que entre os fatores antinucleares padrão nucleolar, um deles, o anti-NOR 90, pode se relacionar mais com a Síndrome de Sjögren e AR.

Os Ac anti-perinuclear e anti-queratina têm por especificidade, e se usados em combinação com FRe, têm maior valor.

Além das crioglobulinas, diversos outros auto-Ac foram descritos em vasculite reumatóide, tais como: anti-extrato tímico de coelho, anti-célula endotelial, anti-C1q e ANCA (lactoferrina).

Além das várias citocinas, inespecíficas, é possível dosar a substância P, um peptídeo que poderá se constituir num marcador de atividades e gravidade da doença.

Os diferentes resultados encontrados nas pesquisas de diferentes centros podem ser devidos às diferentes técnicas empregadas, distintas populações estudadas, em épocas diferentes.

Figuras e Factos da Reumatologia de Língua Portuguesa no Último Quárto de Século

M. Viana de Queiroz

A propósito da comemoração dos 25 anos de existência da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, e inserida no 2º Simpósio Luso-Brasileiro de Reumatologia, faz-se uma revisão

histórica tão exaustiva quanto possível, dos principais acontecimentos reumatológicos ocorridos nos dois países de língua portuguesa entre Janeiro de 1972 e o 1º semestre de 1997, bem assim das principais figuras que o fizeram acontecer.

Aspectos Epidemiológicos das Doenças Reumáticas em Portugal

J. A. Melo Gomes

Com a finalidade de colher dados objectivos que lhe permitam fundamentar acções de formação, apoio e promoção no âmbito da especialidade de Reumatologia, decidiu a actual Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia promover a realização de 2 estudos de opinião e 1 estudo Epidemiológico, em que fosse possível, avaliar junto da população em geral e dos Médicos de cuidados de Saúde Primários (Clínicos Gerais / Médicos de Família = CG/MF), qual a opinião e as necessidades sentidas em relação à Reumatologia, e a prevalência das doenças reumáticas numa amostragem de 2 dias consecutivos de Consulta de Medicina Familiar.

Para o efectuar contámos com o apoio de uma firma da Indústria Farmacêutica e de uma empresa de consultadoria e estudos do mercado, que realizou a parte do inquérito dirigido à população e efectuou o tratamento estatístico dos dados brutos obtidos.

1 - O Estudo sobre a Imagem e Necessidades Sentidas em Relação à Reumatologia pela População portuguesa teve como Universo os lares de Portugal Continental, existentes em localidades com 100 ou mais habitantes. A amostra foi colhida, em entrevista directa e

pessoal por via telefónica, em **2000 lares**, estratificados por região e habitat, que podem ser considerados representativos do Universo em estudo, com um erro de amostra de +/-3%.

Dos 2000 entrevistados, 589 (29,5%) declararam sofrer de doença reumática (**DR**), que foi a patologia mais comum nesta amostra, e o número médio de doentes reumáticos por família/lar foi de 1,3.

Quanto à gravidade que os entrevistados atribuíram às doenças reumáticas, 55% consideraram-na grave e 38% muito grave.

Quanto à questão sobre quem deve tratar os doentes reumáticos em Portugal, 73% optaram pelo Reumatologista, 13% pelo **CG/MF**, 7% pelo Ortopedista, 1% pelo Fisiatra e 11% não tinham opinião definida.

Dentre os doentes que sofrem de **DR** 53% não sabiam o nome da sua doença e 47% indicavam um diagnóstico. A grande maioria dos que conheciam o diagnóstico sofria de Osteoartrose (**OA** - 71%), 7% tinham Artrite Reumatóide (**AR**) e os restantes indicaram um grupo heterogéneo de diagnósticos com frequência inferior a 7%/ diagnóstico ou grupo de diagnósticos.

Nos doentes reumáticos a co-morbilidade foi frequente, afirmando 44% dos doentes sofrerem de outra doença além da **DR**. O diagnóstico foi feito pelo **CG/MF** na maior parte dos casos (71%), pelo Reumatologista (14%), pelo Ortopedista (7%) e pelas restantes especialidades em menos de 2% dos casos. Cinquenta e seis por cento dos doentes reumáticos tiveram queixas durante mais de 3 meses antes de ir ao médico.

O grau de satisfação com o tratamento é razoável (56% referem estar Melhor - 50% ou muito melhor - 6%), embora 35% dos doentes refiram não ter melhorado, e 3% digam estar pior.

A maioria dos doentes (72%) recorre à consulta no Centro de Saúde, 12% vão a Clínica Privada e 11% a Consulta Hospitalar.

Quanto à *atenção que o Médico lhes dispensa*, apenas 6% consideram que esta é **Insuficiente**, 13% dizem ser *suficiente*, 36% consi-

deram que lhes é dispensada *Alguma Atenção*, e 42% dizem que o seu médico lhes presta *Muita Atenção*.

Dos indivíduos que sofrem de **DR** 75% fazem tratamento, estando 71% destes satisfeitos com o tratamento utilizado. Além da terapêutica prescrita, **84%** destes doentes **referiram automedicar-se**.

A maior parte dos indivíduos com **DR** afirmam que esta provocou alterações significativas na sua Vida Familiar (72%) ou Profissional (60%), tendo tido necessidade de Reforma 22%.

Quando questionados sobre as medidas a tomar para tratar melhor as **DR**, a maioria referiu a necessidade de *Mais e melhores Centros de Reumatologia* (66%) e de *Medicamentos mais baratos* (62%). Outras soluções indicadas com frequência foram: *Mais fácil acesso ao médico* (45%), *Maior atenção dos médicos* (42%), e *Mais Reumatologistas* (41%).

2 - O Estudo de Opinião dos CG/MF teve um universo de 500 médicos convidados, dos quais se receberam respostas de **100**. A entrevista foi postal, com *sobrescrito* de resposta paga, após convite pessoal e directo para colaborar, estando a totalidade do inquérito inscrita numa folha de papel, de formato A4.

Relativamente à sua *formação Pré-Graduada em Reumatologia*, 58% referiu *não ter tido* nenhuma, ela foi *Insuficiente* ou *Fraca* em 14%, *Regular* em 17%, *Boa* em 10% e *Muito Boa* em 1%. Quanto à *formação Pós-Graduada*, 17% *não teve*, para 21% foi *Insuficiente*, foi *Fraca* em 24%, *Regular* em 26% e *Boa* em 12%.

Relativamente às possíveis *Acções de formação*, a receptividade mais significativa foi assim distribuída: *Reuniões em Centros de Saúde* - 68%, *Discussão de casos com Reumatologista* - 51%, *Cursos Práticos* - 50%, e *Informação de retorno da consulta de especialidade* - 49%.

Quando inquiridos sobre a percentagem média de doentes reumáticos observados na última semana, o seu número médio foi de 29%.

Apenas 51% dos **CG/MF** têm *acesso à especialidade de Reumatologia* na área onde trabalham, e destes 98% referem *já ter enviado doentes*

a Consultas de Reumatologia: Consultas Hospitalares - 44%, Clínica Privada - 34%, IPR - 18%, Ambulatório Convencionado - 4%.

Relativamente às *áreas reumatológicas em que o CG/MF sente maior carência de apoio diferenciado*, estas foram as mais sentidas: *Orientação terapêutica* - 62%; *Diagnóstico* - 51%; *Seleção de meios complementares* - 48%; *Monitorização terapêutica* - 31%.

Outros dados foram colhidos, relativos ao grau de dificuldade com diferentes DR e às baixas e reformas antecipadas por doença, mas são de menor relevância e serão objecto de análise posterior.

Por último, questionados sobre qual a articulação mais desejável entre a Reumatologia e a CG/MF, 38% referiram ser o *maior acesso a Consultas de Reumatologia*, 32% a *Consultadoria Reumatológica em Centros de Saúde*, e 30% apontaram *ambas* as soluções em paralelo.

Quanto ao local onde considerariam *mais adequada a localização de novas Consultas de Reumatologia*, as preferências indicadas foram as seguintes: *Ambulatório convencionado* (38%); *Hospitais Distritais* (32%); *Hospitais Concelhios* (19%); *Hospitais Centrais* (7%); outros (2%).

3 - Estudo da prevalência das DR numa amostragem de dois dias consecutivos de consulta de Medicina Familiar.

Este estudo epidemiológico teve como universo os doentes observados em dois dias consecutivos de consulta de CG/MF em Portugal Continental. Foram convidados a participar 1500 Médicos, tendo colaborado 188, que forneceram informação genérica sobre 4752 consultas, das quais 1758 (37%) eram do foro reumatológico.

A entrevista foi postal, após visita e convite pessoal e directo para colaborar. A distribuição geográfica da amostra pode ser considerada representativa do universo avaliado.

As patologias que motivaram a consulta nestes 4752 doentes foram: Reumatologistas (37%), Cardiovasculares (24%), Digestivas (15%), Respiratórias (10%), Génito-urinárias (9%), Infecciosas (7%), Outras (38%); em 6% dos

casos não se encontra definida a patologia que motivou a consulta.

Dos 1758 doentes reumáticos, 1340 tinham um (ou mais) diagnóstico definitivo: 64% estavam classificados como sofrendo de Osteoartrose, 31% de Lombalgia, 28% de Osteoporose, 9% de Reumatismos inflamatórios, 6% de Gota úrica, 6% de Tendinites/Bursites e 13% de outras patologias, estando muitos doentes classificados como tendo mais que uma doença reumática.

Neste grupo de Doentes Reumáticos 73% tinham patologias concomitantes, sendo dentre estas a Hipertensão Arterial (35% dos casos) de longe a mais comum.

Noventa e seis por cento dos doentes faziam terapêutica farmacológica, 42% Medicina Física, e 7% tinham sido submetidos a algum tipo de tratamento cirúrgico da sua doença reumática.

Quanto à existência ou não de auto-medicação. Os CG/MF consideraram que os seus doentes só a faziam em 11% dos casos, com Anti-Inflamatórios Não-Esteróides (29%) ou Analgésicos (20%) na maior parte dos casos.

No que respeita à periodicidade da consulta destes doentes reumáticos, ela era mensal em 33% dos casos, trimestral em 43%, semestral em 13%, anual em 5% e irregular em 1%; não se obteve resposta a esta questão em 5% dos casos.

Os CG/MF consideravam útil o apoio de Reumatologista em 41% dos seus doentes reumáticos, tinham dúvidas em 22% ("talvez necessitassem de apoio") e não consideravam necessário o apoio da Reumatologia em 37% dos casos.

A análise aprofundada destes dados, e doutros mais que possuímos mas omitimos nesta apresentação preliminar, será objecto de um "**Livro Branco de Reumatologia Portuguesa**", a editar pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia, com o apoio do patrocinador destes estudos.

A superficial observação dos resultados torna bem evidente as enormes carências sentidas, pelos CG/MF e pela população portuguesa, no que respeita aos serviços de saúde prestados

aos doentes do foro da especialidade de Reumatologia.

Além de lamentar profundamente este estado de coisas, os Reumatologistas portugueses, através da S.P.R. e outras associações de classe, tudo farão para modificar a situação no sentido de dar aos doentes reumáticos portugueses os cuidados de saúde que eles merecem e não têm.

Anti-Inflammatory Treatment - State of the Art

Michael J. Shield

Currently, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) remain the most commonly used agents to provide symptomatic relief of arthritis-associated pain and inflammation. All these agents, including those most recently introduced, demonstrate non-selectivity of action in-vivo, producing therapeutic blood levels which inhibit constitutive-COX-1 and deplete tissue protective prostaglandins. The now class of anti-inflammatory and analgesic drugs, the highly selective COX-2 inhibitors, which promise to be devoid of NSAID-type toxicity, especially adverse GI effects, are under clinical trial but not yet available for use. Hence therapy with NSAIDs is still a balance between achieving effective anti-arthritis control and the risk of potentially life-threatening side effects.

A number of approaches have been taken to address this therapeutic dilemma. Use of simple analgesics rather than NSAIDs may reduce inappropriate prescribing, but studies supporting that approach have usually been too short to properly identify the increasing immobility that NSAID withdrawal produces over a period of weeks. Ranking of NSAIDs with respect to GI toxicity has also been assessed in epidemio-

logical studies as a way to establish a stepped care approach to NSAID usage. Whilst there is general agreement that drugs such as ibuprofen are amongst the safest, and others such as azapropazone and piroxicam have been associated with the highest incidence of GI complications, these epidemiological surveys have the problem of confounding by indication, i.e. different drugs may be used for different patient populations at different risk.

Logically, several groups have endeavoured to identify the risk factors predisposing to NSAID-induced mucosal damage. Whilst such predictors are useful at a group level and for creating guidelines for NSAID use, prediction of which individual patient will or will not encounter difficulties remains poor. Because of this situation the therapeutic strategy has evolved of giving a gastroprotective agent concomitantly with the NSAID therapy. Antacids, coating agents, H-2 antagonists, proton pump inhibitors and prostaglandin replacement using misoprostol have all been assessed. At present, based on the available evidence, treatment of existing ulcers is broadly equivalent with these agents. However, prophylaxis, which is the main goal, has only consistently been achieved with misoprostol. Apparent control of NSAID-associated gastroduodenal ulceration has been demonstrated with the potent acid-inhibitory agent omeprazole. However when the *H.pylori* status of the patients is taken into account it is clear that omeprazole is preventing more the relapse in *H.pylori* positive individuals (i.e. classical peptic ulcer) than preventing NSAID-type ulcers in the *H.pylori* negative population. Given that *H.pylori* induced ulcers can now be effectively cured with appropriate short term antibiotic + acid-suppressive therapy these results raise the interesting question as to whether such *H.pylori* positive patients (who constitute the minority of the NSAID taking population) should be identified and treated so that prophylaxis of the NSAID-induced ulcers can be managed with the most appropriate therapy and not confused with management of peptic (*H.pylori*) ulceration which may co-exist.

Using misoprostol, consistent two-three fold reductions in rates of endoscopically detected NSAID-induced ulceration have been demonstrated in controlled trials involving several thousand patients. Additionally, it is the only agent to date which has been shown, in the American MUCOSA study, to reduce, by half, the rate of NSAID-induced serious complications, GI haemorrhage and perforation.

The most interesting recent development has been the combining of this protective agent with diclofenac to provide the agent Arthrotec. The substantial cost savings made by employing such a combination product now makes protected NSAID a viable routine therapy. Combination treatment results in patients taking the protective agent with the NSAID from the start of therapy, eliminates inappropriate co-administration regimens and improves compliance (fewer tablets). This is particularly important in the elderly who are the patients most at risk and the ones in whom one wishes to ensure that the co-therapy is taken. Like misoprostol, assessment of Arthrotec has also involved endoscopic evaluation in several thousand patients. Use of the drug routinely in general practice has additionally shown that clinically significant falls of haemoglobin (>1 g/dl) are halved when compared to the outcome in patients treated with diclofenac alone - an effect attributable to the protective action of the misoprostol component of Arthrotec on the GI tract as a whole.

In conclusion, other than reducing NSAID usage, the move to use of protected NSAIDs appears to be the most viable current way of providing NSAID therapy as safely as possible until the advent of the selective COX-2 inhibitors. The misoprostol/diclofenac combination, may continue to retain a place in therapy beyond that time given the interesting immunomodulatory effects this agent possesses, a topic which will also be briefly presented.

Highly Specific Cyclo-Oxygenase-2 Inhibition: Promise of Therapeutic Efficacy Without the Gastrointestinal Side effects of NSAIDs

Ingvar Bjarnarson

NSAIDs are the most widely prescribed of the anti-rheumatic drugs, attesting to their efficacy as analgesics, anti-inflammatory and antipyretic agents. However, there is continuing concern about their gastrointestinal side effects.

NSAIDs act by inhibiting cyclo-oxygenase (COX). Recent studies show that there are two forms of COX, namely COX-1 and COX-2. COX-1 is a natural component of most cells and functions to produce prostanoids at physiological concentrations which play a part in cell-cell division, maintenance of vascular blood flow, etc. COX-2 is absent from most cells under natural conditions. It is synthesised in response to pro-inflammatory stimuli. In the synovium of patients with rheumatoid arthritis for instance COX-2 exceeds COX-1 by at least 10 fold. COX-2 produces most of the high level prostanoids found in inflammation and its inhibition accounts for most of the therapeutic effects of conventional NSAIDs. However NSAIDs are relatively nondiscriminant in their inhibition of COX-1 and 2 and hence the associated gastrointestinal toxicity. Selectivity for the two COX enzymes can be assessed in vitro with different experimental systems. One method is to measure the concentration ($\mu\text{mol/L}$) required to inhibit COX-1 and 2 by 50% (IC_{50}). The IC_{50} ratio of COX-1 / COX-2 is then proportional to the drug's affinity for the COX-2 enzyme. The higher the ratio the better the selectivity for COX-2. One such in-vitro ranking, will all NSAIDs tested in the same cell system, was reported by Churchill et al. In *Inflammopharmacology* last year. The drugs may be grouped as shown.

These groupings for currently available NSAIDs provide some paradoxes. Ibuprofen,

Quadro		
	IN-VITRO COX-1/COX-2 Ratio (or selectivity index)	COX-2 selectivity
Naproxen	0.1	Non-selective
Ibuprofen	0.1	
Aspirin	0.3	
Indomethacin	0.7	
Piroxicam	2.1	Preferential
Diclofenac	2.6	
Nimesulide	4.5	
Meloxicam	14.0	
Specifically designed COX-2 inhibitors	>300	Highly selective

for example, widely considered as one of the safer NSAIDs, is 'non-selective'. By contrast, piroxicam comes into the 'preferential' group. This underlines the fact that these are in-vitro data.

At therapeutic doses the relative selectivity will depend on dose of drug and pharmacokinetics as well as the tissue distribution of the drug. In man all of the currently available drugs are non-selective in-vivo with plasma levels exceeding the IC_{50} levels of both COX-1 and COX-2.

The highly specific inhibitors do not appear to affect COX-1 to any significant extent, and have selectivity indices of several hundred fold (as shown in the Tabulation). These new drugs, specifically designed or their COX-2 selectivity, include agents under development such as Flosulide, MK 966 and Celecoxib.

As yet there is very little data published on the gastrointestinal safety of these highly selective COX-2 inhibitors. In animal models these drugs can be given at very high doses without apparent gastrointestinal toxicity and at equivalent anti-arthritic doses to those of NSAIDs produce no GI damage, unlike their NSAID counterparts. One short term, randomised, double blind, crossover study using Flosulide and Naproxen showed Flosulide to be significantly better tolerated (Scand J Gastroenterol 1997;32:125-130). Early indications are that this new group of drugs will maintain efficacy without the unwanted gastrointestinal side effects, and may well warrant recognition as a new class of inflammatory agent to distinguish them from their NSAID predecessors.

Encontros com Especialistas

Comunicação Reumatologia / Medicina Familiar

J. A. Melo Gomes, Helena Santos

Pela primeira vez num *Congresso Português de Reumatologia* realizam-se 9 "*Encontros com o Especialista*", cuja finalidade principal é aumentar o contacto (daí o encontro) com o Reumatologista, sendo estes tempos vocacionados para o Clínico Geral/Médico de Família.

Mas, para que o encontro se dê é preciso comunicar, e para comunicar é indispensável definir a linguagem básica que deve servir para esta comunicação.

Comunicar exige linguagem comum!

Reumatologista e Médico de Família devem partilhar uma linguagem comum, cujo melhor conhecimento representará, só por si, não só uma importante facilitação da comunicação, mas também um incremento significativo dos conhecimentos reumatológicos por parte de quem, não sendo especialista, utiliza cerca de 25-30% do seu tempo a diagnosticar e tratar doentes reumáticos.

Com esta finalidade, define-se o léxico comum mínimo que deve servir de base à comunicação profícua entre o Médico de Família e o Reumatologista.

Definem-se os deveres do Reumatologista e do Médico de Família, face a doenças reumáticas concretas, quer em relação ao doente, quer dizendo respeito à sua relação mútua.

De seguida apresentam-se, para análise e discussão, alguns casos clínicos sem diagnóstico prévio.

LÉXICO

Duração do envolvimento articular

Agudo = envolvimento articular com duração inferior ou igual a 2 semanas.

Crónico = envolvimento articular com mais de 6 semanas de duração.

Subagudo = duração entre 2-6 semanas.

Ritmo da dor - resulta da conjugação do horário, duração e relação da dor com o movimento e o repouso

Ritmo Mecânico = a dor pode surgir de manhã, ao acordar, mas é sempre de curta duração, passando ao fim de alguns minutos ou com os primeiros movimentos; exacerba-se com o deambular (fim-do-dia) e com situações de sobrecarga (estadias longas em pé, transporte de objectos pesados...), diminui com o repouso, sobretudo nocturno, e não perturba o sono. Rigidez matinal de curta duração (geralmente <15 minutos).

Ritmo Inflamatório = a dor é mais intensa após imobilização prolongada, sobretudo ao acordar e à noite; diminui com a mobilização. Rigidez matinal de longa duração (>30 minutos).

Ritmo Misto = a dor é nocturna e diurna que se mantém em repouso e agrava com certos movimentos.

Ritmo Incaracterístico = difícil de caracterizar, não se adaptando a nenhum dos ritmos descritos.

Ritmo Contínuo = a dor é persistente (nocturna e diurna) por vezes de agravamento progressivo, que não alivia com o repouso.

Rigidez articular = sensação subjectiva de resistência ao movimento após um período de inactividade.

- É habitualmente de duração superior a 30 minutos nos reumatismos inflamatórios (ritmo inflamatório).
- Tem, em regra, duração inferior a 15 minutos nos reumatismos degenerativos (ritmo mecânico).

Artralgia = dor articular sem sinais inflamatórios locais.

Artrite = dor articular acompanhada de sinais inflamatórios locais (calor, tumefacção, rubor), geralmente causando impotência funcional.

Monoartrite - 1 articulação envolvida.

Oligoartrite - envolvimento de 2 a 4 articulações.

Poliartrite - 5 ou mais articulações envolvidas.

Caracterização do tipo de articulações atingidas

ARTICULAÇÕES PERIFÉRICAS

Pequenas articulações - têmporo-mandibulares, interfalângicas das mãos e pés, metacarpofalângicas e metatarsofalângicas, articulações do carpo e do tarso.

Grandes articulações - punhos, cotovelos, ombros, ancas, joelhos, tíbio-társicas.

ESQUELETO AXIAL

Coluna (Cervical, Dorsal, Lombar) - atlanto-axóideia, interapofisárias posteriores, intersomáticas **Sacro-ilíacas** - dor glútea, "falsas cialgias".

ENVOLVIMENTO EXTRA-ARTICULAR -

Quando são atingidas estruturas do aparelho locomotor localizadas fora das articulações, tais como: Ossos, Músculos, Bolsas sinoviais, Tendões, Bainhas sinoviais.

ENVOLVIMENTO SISTÊMICO - *Quando existem manifestações da doença com repercussão sobre o estado geral (febre, astenia, anorexia, emagrecimento, mal estar geral, entre outros).*

TIPO DE ENVOLVIMENTO ARTICULAR

Migratório - envolvimento que muda de uma articulação para outra, sem que a articulação anteriormente envolvida fique lesada.

Aditivo - novas articulações são envolvidas, mas as prévias permanecem afectadas.

Contínuo - evolução sem períodos livres de queixas.

Intermitente - períodos de remissão e agravamento.

RADICULALGIA

• **O que é:** dor no território de um tronco ou raiz nervosa por sofrimento do(a) mesmo(a).

• **Qual o trajecto?** do tronco ou raiz atingidos (metamérico).

• **Cialgia não é a única radiculalgia** - cruralgias, nevrites intercostais, cervicobraquialgias.

Estas são as bases mínimas para uma linguagem reumatológica que deverá servir de veículo à referência de um doente a uma Consulta de Reumatologia. Se esta linguagem fôr utilizada apropriadamente, por um lado o Reumatologista poderá fazer uma triagem muito mais facilitada relativamente à gravidade da doença e prioridades a estabelecer, e por outro lado o Médico de Família compreenderá necessariamente muito melhor a doença do seu paciente, o que o poderá até levar a ser mais selectivo nas referências.

Radiologia Básica em Reumatologia

Maria do Carmo Afonso

A Reumatologia é a especialidade médica que se ocupa do diagnóstico e tratamento das

doenças e das alterações funcionais do sistema musculoesquelético, isto é, do aparelho locomotor e do tecido conjuntivo, bem como, dos tecidos moles adjacentes.

Inclui doenças inflamatórias do sistema musculoesquelético, do tecido conjuntivo e dos vasos; doenças degenerativas das articulações e da coluna; alterações metabólicas que se manifestem no aparelho locomotor; afecções dos tecidos moles e doença de órgão e do sistema nervoso, sempre que se relacionem com as doenças anteriormente mencionadas.

O estudo radiológico osteoarticular constitui, pois, uma das pedras chave para o diagnóstico e orientação terapêutica dos doentes com patologia do aparelho locomotor.

Não se pretende, no entanto, neste tipo de sessão expor exaustivamente o vasto leque de situações clínicas, para cujo diagnóstico e orientação terapêutica, a radiologia convencional constitui uma ajuda preciosa e, muito menos, expor exaustivamente os vários tipos de alterações susceptíveis de surgir em cada patologia. Desde os tumores e displasias ósseas, até às infecções osteoarticulares (osteomielites e artrites sépticas) e doenças sistémicas com repercussão osteoarticular (eg. patologia endócrina, hematológica, neoplásica, etc.), passando pelas doenças reumáticas mais frequentes na prática diária (osteoartrose, reumatismos inflamatórios crónicos, artrites por microcristais, doenças ósseas metabólicas), muitas são as doenças localizadas ou sistémicas que cursam com lesão de estruturas osteoarticulares.

Pretende-se, apenas, realçar as principais alterações radiográficas das situações clínicas mais comuns na prática do dia a dia e chamar a

atenção para alguns «erros» na interpretação das radiografias osteoarticulares em doentes do âmbito da Reumatologia.

Outro aspecto que também se pretende salientar é que nem sempre há correlação entre as alterações radiográficas e as manifestações clínicas, sendo o exemplo mais típico muitas das alterações de tipo degenerativo a nível do raquis. No entanto, o inverso é igualmente verdade, havendo muitos doentes que têm patologia localizada ao aparelho locomotor e envolvimento osteoarticular manifesto mas com inteira «normalidade» radiológica. Por isso, não poderemos basear-nos exclusivamente nos achados radiológicos e dizer que o «Sr. ou a Sra. têm a Coluna toda torta», quando estes estão de perfeita saúde e, por outro lado, dizer a um doente, com queixas algicas intensas e inclusivamente sinais inflamatórios osteoarticulares, que «não tem nada», porque os seus exames radiológicos «não mostram nada». O mesmo se passa quando se pretende com a radiologia convencional, que é um método pouco sensível para o diagnóstico da osteoporose, ajuizar acerca da existência de osteoporose ou osteopenia. São muitas as pessoas com densidade mineral óssea dentro dos valores normais em que a radiologia osteoarticular prévia tinha sugerido a existência de osteoporose que não foi confirmada. Por outro lado, quando há osteoporose manifesta radiologicamente a perda de massa óssea é já pelo menos superior a 30%.

Por último referem-se algumas das alterações radiológicas que surgem nas artrites sépticas, não porque sejam situações frequentes, mas porque têm normalmente uma evolução destrutiva muito rápida.

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

Protaxil[®]

DIMALEATO DE PROGLUMETACINA

300

O AINE que marca a diferença

PROTAXIL tem como princípio a Proglumetacina, uma molécula de síntese de acção anti-inflamatória não esteroide, 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 (osteoartrismo); é praticamente isento de acção irritativa e ulcerígena sobre a mucosa gástrica. Várias investigações clínicas efectuadas confirmaram a eficácia terapêutica e a optima tolerância do **PROTAXIL**. Nos doentes tratados durante períodos prolongados não se observaram efeitos secundários gastrointestinais ou sistémicos nem se evidenciaram diferenças nos parâmetros biotérmicos examinados antes, durante e depois do tratamento. **INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Os doentes medicados com anticoagulantes orais e hipoglicémicos podem apresentar interacções com o **PROTAXIL**, pelo que se aconselha o seu acompanhamento e o respectivo controlo. **CONTRA-INDICAÇÕES:** O **PROTAXIL** está contra-indicado nas últimas semanas de gravidez e em doentes hipersensíveis aos derivados do ácido indolacético. **EFEITOS COLATERIAIS:** Observaram-se, esporadicamente, episódios transitórios de náuseas, obstipação, dor epigástrica e cefaleias. **PRECAUÇÕES:** A administração em doentes com úlceras gastroduodenais activas ou recidivantes deve ser feita sob controlo médico. Embora isento de actividade mutagénica, o **PROTAXIL** deve ser administrado na gravidez e durante o aleitamento apenas se for absolutamente necessário e sob controlo médico. Os doentes com insuficiência renal ou hepática, ou os que apresentam perturbações do sistema nervoso central devem ser cuidadosamente controlados quando tratados com **PROTAXIL**. **APRESENTAÇÕES:** Comprimidos divisíveis doseados a 300mg, Supositórios doseados a 200mg, e em Pomada a 5%. **INDICAÇÕES:** Reumatologia (artrite reumatóide; osteoartrite de localização diversa e perturbações consequentes - lombalgias, cialgias, hernia discal, radiculite, etc; reumatismo articular agudo, artropatias dismetabólicas (gota); inflamações extra-articulares - tendinites, bursites, sinovites, tenossivites, periartrite escapulomerul, torcical, nevralgias e nevrites, fibromiosites, anexites, rigidez articular, etc). Traumatologia (distensão muscular, 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. **PROTAXIL 200mg x 10 sup:** P.V.P. c/ IVA 1.080\$00; R.G. Estado 756\$00, Utente 324\$00; R.E. Estado 918\$00, Utente 162\$00. **PROTAXIL pomada a 5% x 30g:** P.V.P. c/ IVA 592\$00; R.G. Estado 237\$00, Utente 355\$00; R.E. Estado 326\$00, Utente 266\$00.

DELTA
LABORATÓRIOS
Grupo Rotta Research

Divisão Osteo-Articular

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

Comunicações Livres

CL1 A DIABETES MELLITUS NÃO INSULINODEPENDENTE (DMNID) NÃO É UM FACTOR DE RISCO DE OSTEOPOROSE EM MULHERES PÓS-MENOPAUSICAS.

Cláudia Silvia, A. Carneiro, J.C.Leitão, F. Stanislau, J.Pereira, D. Araújo, H. Barros

Serviço de Epidemiologia - Faculdade de Medicina-Univ. do Porto, Centro de Saúde de Paranhos, Centro de Diagnóstico e Investigação de Osteoporose, Porto, Portugal.

Objectivo: Avaliar o papel da DMNID na densidade mineral óssea.

Métodos: Estudaram-se 87 mulheres DMNID e 88 mulheres não diabéticas por randomização, na pós-menopausa, com idades compreendidas entre os 45 e os 65 anos, pertencendo às listas dos Médicos de Família de um centro urbano de cuidados primários de saúde. A densidade mineral óssea (DMO) foi medida utilizando um aparelho de absorciometria de duplo raio X (DEXA). Todas as participantes responderam a um questionário envolvendo informação sócio-demográfica, comportamental, aspectos obstétricos e clínicos. Osteopenia e osteoporose foram definidos de acordo com a classificação da OMS. As médias foram comparadas utilizando análise de variância e as proporções comparadas pelas médias do teste do Chi-quadrado e as ORs calculadas por regressão logística.

Resultados: Os valores médios brutos da DMO eram significativamente superiores nas diabéticas (0,937±0,165 g/cm² Vs 0,842±0,144 g/cm²). As diabéticas eram significativamente mais idosas (58±5 anos Vs 56±5 anos), com nível educacional inferior (4±3 anos Vs 5±3 anos), mais obesas (30,6±5,6 kg/m² Vs 26,7±4,3 kg/m²), tinham uma paridade superior (3,6 Vs 3,0) e uma ingestão diária de vit. D superior (4,4 ug±1,8 Vs 3,8±1,5 ug). 86% das mulheres DMNID e 80% das não diabéticas nunca usaram tratamento hormonal de substituição (THS), e apenas 10% em cada grupo estavam a usar THS no presente. O uso do tabaco era também invulgar e 154 mulheres pertenciam ao grupo nunca-fumou. Não havia relação entre os níveis de hemoglobina glicosilada e a DMO (r=0,03). A DMO média permanecia mais elevada nas diabéticas após o acerto do efeito dos confundidores avaliados (0,931 Vs 0,848, p< 0,001). A prevalência de osteoporose (14,9% Vs 35,2%, p< 0,001) ou de osteopenia (37,9 Vs 44,3%, p< 0, 01) era também inferior nas mulheres DMNID. Após o ajustamento para a idade, para o índice de massa corporal e para a idade na menopausa as mulheres DMNID apresentavam um risco inferior de osteoporose (OR=0,43, 95% IC: 0,17-1,07, p=0,07).

Conclusões: O presente estudo mostrou que a DMNID não é um factor de risco de osteoporose nas mulheres pós-menopausicas e, pelo contrário, parece estar associada a uma DMO superior pelo menos a medida na coluna lombar. (PRAXIS XXI/BD5374/95; UID 51/94 JNICT)

CL2 PICO DE MASSA ÓSSEA NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA

Domingos Araújo, Ana Pires*, Regia Barreto*, A. Amorim* Graça Ferro

Serviço de Reumatologia do Hospital Conde de Bertiandos - Ponte de Lima, *Centro de Saúde de Ponte de Lima

Objectivo: Avaliar o pico de massa óssea.

Métodos: Estudou-se um total de 192 indivíduos sendo 129 do sexo feminino e 63 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 10 e os 34 anos aparentemente saudáveis e recrutados na Escola Secundária, na Universidade Fernando Pessoa e nos funcionários do Hospital, em Ponte de Lima. A densidade mineral óssea (DMO) foi medida a nível do antebraço distal utilizando um aparelho de absorciometria monofotónica, de raio X (DTX 100, Hologic). Todos os participantes responderam a um questionário envolvendo informação sócio-demográfica, comportamental, antropométrica e clínica. As médias foram comparadas utilizando análise de variância e as proporções comparadas pelo teste do Chi-quadrado.

Resultados: A densidade mineral óssea (DMO) aumentou significativamente com a idade até aos 18 anos (r= 0,67 e r= 0,81 no sexo feminino e masculino, respectivamente) não havendo correlação significativa entre as duas variáveis a partir dessa idade (r= 0,13 e r= -0,06 no sexo feminino e masculino respectivamente). Os valores da DMO eram superiores no sexo masculino mas a diferença apenas era significativa a partir da faixa etária dos 20-24 anos.

Idade	Sexo	N	DMO (g/cm ²)	P
10-14	F	13	0,371±0,052	0,495
	M	7	0,379±0,026	
15-19	F	27	0,448±0,047	0,119
	M	21	0,486±0,058	
20-24	F	38	0,471±0,033	0,00000
	M	17	0,571±0,039	
25-29	F	36	0,469±0,039	0,00001
	M	13	0,557±0,039	
30-34	F	15	0,482±0,051	0,0128
	M	5	0,562±0,047	

Os níveis mais elevados do índice de massa corporal (IMC) associavam-se significativamente com valores de DMO mais elevados. A actividade física, a ingestão de leite, o tabaco e a ingestão de álcool não afectaram significativamente a DMO quando analisados em função da idade e do IMC

Conclusões: Este estudo mostrou que a densidade mineral óssea aumenta com a idade até um valor máximo (pico de massa óssea) o qual ocorreu na população em estudo em torno dos 18 anos em ambos os sexos. O sexo masculino apresenta um valor máximo de massa óssea superior ao do sexo feminino.

CL3 **OSTEOGÉNESE IMPERFEITA - ESTUDO CLÍNICO E DENSITOMÉTRICO.**
 H Santos, JA Melo Gomes. Consulta de Reumatologia Pediátrica do Instituto Português de Reumatologia e Unidade de Reumatologia do Hospital Militar Principal. Lisboa

A Osteogénese Imperfeita (OI) é uma doença hereditária do tecido conjuntivo devido a alterações da síntese ou estrutura do colagénio tipo I e que se caracteriza sobretudo pela existência de osteoporose (OP) severa e de fracturas.

Os autores estudaram um grupo de doentes com OI: em 10 casos foi avaliada a BMD com Absorciometria de Dupla Energia de Raios X (DEXA - Hologic QDR1000) e 9 casos foram também avaliados clinicamente. A média de idades deste grupo de doentes foi de 27.6 ± 13.7 anos (10-46 anos), 9 dos quais do sexo feminino (90%) e 1 do sexo masculino (10%).

Caso	Idade	Sexo	Número Fracturas	E A	Hipo acúsia	PM	DI	DEXA - Z. Score Coluna L. Colo F	Tipo OI
1	25	M	5	+	-	-	-	-3.33 -1.48	I
2	46	F	>15	+	+	-	-	-3.65 -2.48	I
3	11	F	>20	+	-	-	+	-5.39 -	III
4	35	F	12	+	+	+	-	-1.93 -0.45	I
5	10	F	>20	+	-	-	-	-4.59 -	III
6	40	F	12	+	-	-	-	-4.04 -1.50	III
7	38	F	7	+	-	-	-	-4.46 -2.52	I
8	16	F	3	+	-	+	-	-2.83 -	I
9	15	F	?	?	?	?	?	-3.95 -	?
10	40	F	>20	+	-	?	-	-4.30 -1.99	III

Dos 9 doentes avaliados clinicamente, 8 (88.9%) tinham história familiar positiva.

Como era esperado, as fracturas foram a principal complicação clínica neste grupo de doentes (100%). As deformidades assumiram muita importância (88.9%): cranianas (33.3%), escoliose severa (88.9%) e deformidades dos ossos longos (66.7%). Devido a este facto 3 doentes do grupo estudado (33.3%) estavam incapacitados para a marcha. Só um doente apresentava uma altura normal, estando todos os outros abaixo do 3º percentil.

Dos restantes parâmetros clínicos avaliados, observou-se escleróticas azuis (EA) em 9 doentes (100%), hipoacúsia em 2 (22.2%), prolapso mitral (PM) em 2 (22.2%), sendo de salientar que uma doente não efectuou ecocardiograma, e dentinogénese imperfeita (DI) em 1 (11.1%).

A Densidade Mineral Óssea (BMD) era muito baixa em todos os doentes, a nível da coluna lombar (osteopénia ou osteoporose). No entanto, a BMD do osso cortical (avaliada no colo do fémur ou no antebraço) embora baixa, apresentava valores muito mais elevados, de T Score, quase normais em 3 doentes.

Conclusões a) Todos os doentes tinham OI tipo I ou tipo III b) A OI afecta muito a massa óssea, levando a uma OP fracturária severa, com deformidades ósseas secundárias c) Embora as fracturas do esqueleto apendicular sejam mais frequentes, as medições por DEXA revelaram uma diminuição muito mais marcada do osso trabecular (coluna) do que no osso cortical (fémur e/ou antebraço) d) Embora todos os doentes tivessem fracturas de ossos longos, em 4 casos o Tscore era >-2.5, limiar para o diagnóstico de OP.

CL4 **EXPERIÊNCIA COM O PAMIDRONATO NO TRATAMENTO DA DOENÇA ÓSSEA DE PAGET**
 J C Romeu, P Reis, P Coelho, M J Leandro, H Canhão, M V Queiroz.
 Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas. H.S.Maria. Lisboa

A Doença Óssea de Paget (DOP) caracteriza-se por um aumento localizado da remodelação óssea que tem como alteração primária um aumento da actividade reabsortiva osteoclástica. Os fármacos inibidores da reabsorção óssea assumem um lugar específico no tratamento da DOP. Os novos bifosfonatos, que associam uma maior potência anti-reabsortiva a uma maior segurança, constituem o tratamento de escolha na DOP. Os autores apresentam a sua recente experiência com a utilização do Pamidronato no tratamento da DOP.

Material e Métodos: Os doentes com DOP seguidos na Consulta de Doenças Ósseas Metabólicas submetidos a terapêutica com Pamidronato nos últimos 2 anos têm sido seguidos prospectivamente. Constituíram critérios para instituição de terapêutica 1) sintomatologia atribuída a actividade da doença e/ou 2) localização de risco (justa-articular ou ossos longos dos membros inferiores, crâneo e coluna vertebral) na evidência bioquímica ou cintigráfica de actividade. O Pamidronato foi utilizado em 17 doentes (9 do sexo masculino e 8 do feminino), com uma média de idades de 66,1±10,6 Anos (48-84) e com percentagem de esqueleto com envolvimento pagético (tabela de Howarth) de 20,7±9,3% (5-41). Não foram considerados para a terapêutica com Pamidronato os doentes tratados com bifosfonatos nos últimos 6 meses ou com calcitonina no último mês. Após consentimento informado os doentes foram submetidos a terapêutica, em regime de internamento de 24 horas, com Pamidronato em administração EV única, na dose de 60 mg (5 doentes) ou de 90 mg (12 doentes) em 1000 cc de soro fisiológico em perfusão de 4 ou 6 horas, respectivamente. Na ausência de contra-indicação, os doentes foram mantidos sob terapêutica com suplementos de cálcio e doses fisiológicas de vitamina D. Os doentes foram avaliados, clínica e laboratorialmente antes do tratamento, 1 e 3 meses após aquele e, a partir de então, trimestralmente. O retratamento foi considerado a partir do 6º mês após o tratamento inicial perante a persistência ou recorrência de actividade bioquímica.

Resultados: Um doente foi perdido para *follow-up* após a avaliação do 1º mês, pelo que foi considerado apenas para avaliação de efeitos adversos. Os restantes 16 doentes foram seguidos por um período médio de 12±4,7 meses (6-24). Dos 9 doentes susceptíveis de serem avaliados em termos sintomáticos, 5 (55,5%) referiram benefício. Considerando os 16 doentes que concluíram a avaliação do 6º mês, a fosfatase alcalina sérica diminuiu de 8,1±6,2 vezes o limite superior do normal (LSN) no início para 5,1±3,8 LSN no 1º mês (p<0,02), para 3,7±3,1 LSN no 3º mês (p<0,001) e para 3,6±3,3 LSN no 6º mês (p<0,001). Foram igualmente significativas as variações da fosfatase alcalina entre o 1º e os 3º e 6º meses (p<0,001). No 6º mês, reduções superiores a 50% do valor inicial da fosfatase alcalina observaram-se em 12 doentes (75%), sendo que reduções superiores a 75% ou normalização da fosfatase alcalina foram verificadas em 7 casos (44%). Os melhores resultados observaram-se naqueles doentes com valores iniciais de fosfatase alcalina mais baixos. Oito doentes (50%) foram submetidos a retratamento por persistência ou recorrência de actividade bioquímica. Efeitos adversos foram observados em 11 doentes (65%): *flu-like* em 6 (35,3%), dores osteo-articulares em 2 (11,8%), flebite em 1 (5,9%), elevação transitória da PTHi em 7 (41,2%) e hipocalcemia assintomática em 3 (17,6%).

Conclusão: O Pamidronato, na dose de 60 a 90 mg por via EV em administração única, repetida semestralmente se necessário, mostrou-se um fármaco eficaz no tratamento da DOP, ainda que a necessidade de internamento, a frequência de efeitos adversos, mesmo que ligeiros e auto-limitados, e a indefinição de um esquema posológico mais adequado e seguro, em particular para os casos com maior actividade bioquímica inicial, limitem a sua utilização.

CL5 EPIDEMIOLOGIA E CUSTOS HOSPITALARES DAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS DO COLO DO FÊMUR NOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

L.S.Inês, J.A.P.Silva, J.C.Figueiredo, A. Porto; Serviço de Medicina III e Reumatologia, H.U.C.

A Osteoporose constitui um problema de grande relevo em Saúde Pública, em aumento crescente de dimensão, para o qual é fundamental desenvolver acções de sensibilização da opinião pública e política. Para tal são essenciais os estudos que permitam quantificar de forma objectiva a dimensão do problema.

OBJECTIVOS: Estimar a importância absoluta e relativa das fracturas osteoporóticas do colo do fémur na área de intervenção dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Realizámos um estudo das características epidemiológicas e custos hospitalares relativos às F.O.C.F. observadas nos H.U.C. e comparámos com outras importantes doenças não transmissíveis, durante um período de 5 anos.

DOENTES E MÉTODOS: Analisámos o período de 1991 a 1995. Seleccionámos dos registos informatizados dos H.U.C. os doentes internados durante este período em consequência das patologias consideradas. Os resultados são indicados na tabela abaixo.

Patologia	Homens	Mulheres	Total
Fracturas Osteoporóticas do Colo do Fémur	383	1190	1573
Doença Hepática Alcoólica Crónica	1023	383	1406
Enfarte Agudo do Miocárdio	960	435	1395
Neoplasias Digestivas	1975	1050	3025
D.P.O.C.	488	237	725

Apresentamos comparativamente diversas características epidemiológicas dos grupos de doentes considerados; caracterizamos mais detalhadamente o grupo com F.O.C.F., nomeando o subtipo de fractura e sua frequência relativa, o tratamento executado, a mortalidade e a duração de internamento.

Calculámos os custos hospitalares relativos a estas patologias com base nos Grupos de Diagnóstico Homogéneo e tabela de preços correspondente, conforme a Portaria nº 388/94.

Patologia	Custo médio por doente(Contos)	Custos Totais(Contos)
F.O.C.F.	711	1.118.627
D.H.A.C.	577	810.747
E.A.M.	461	643.228
N.D.	770	2.328.675
D.P.O.C.	369	267.546

CONCLUSÕES: As F.O.C.F. constituíram nos H.U.C. e no período de 5 anos em análise, uma das mais importantes patologias, pelo elevado número de doentes e importante consumo de recursos hospitalares e financeiros que implicou.

Propõem-se medidas a implementar.

CL6

EVOLUÇÃO DO PROCESSO DE REPARAÇÃO DA CARTILAGEM ARTICULAR APÓS LESÃO MECÂNICA PROFUNDA

M. Espanha, A. Lopes e A. Moreno, Lab. Anatomofisiologia, Fac. Motricidade Humana -UTL, Lisboa.

INTRODUÇÃO - Contrariamente à maioria dos tecidos conjuntivos a reparação da cartilagem articular (CA) após problemas traumáticos ou patológicos não é fácil ou completa. Uma melhor reparação acontece nos defeitos osteocondrais ao haver acesso ao osso subcondral¹. Os mecanismos que presidem ao processo de reparação após lesão da CA ainda não são totalmente conhecidos, contudo, é aceite que o sucesso da reparação depende de diversos factores, nomeadamente: (1) da extensão da lesão², (2) do grau de maturação da CA, (3) da intervenção terapêutica após a ocorrência da lesão^{3, 4, 5, 6} e (4) da localização da lesão. O objectivo deste estudo consistiu em avaliar a qualidade do processo reparativo através da análise do tecido de reparação (TR).

PROCEDIMENTOS - Trinta e dois ratos machos Wistar adultos foram anestesiados e efectuada uma perfuração até ao osso subcondral na área de carga do côndilo femoral interno do joelho direito. Obtiveram-se peças às quatro e às oito semanas e as secções histológicas foram classificadas de acordo com natureza do tecido de reparação (tecido fibroso, tecido fibrocartilágneo e tecido similar à cartilagem hialina) e índices de reparação (ligação à cartilagem adjacente e congruência da superfície). As técnicas estatísticas utilizadas foram a prova exacta de Fisher e o coeficiente de contigência de Cramer.

RESULTADOS - Às quatro semanas (4s) a maioria das lesões encontravam-se preenchidas por tecido fibroso (62,5%), enquanto às oito semanas (8s) o tecido predominante encontrado foi o tecido fibrocartilágneo (70%). Relativamente ao índice de reparação - ligação à cartilagem adjacente - a principal característica consistiu na existência de intervalos parciais nas zonas de junção entre o tecido de reparação e a CA, tendo sido os resultados similares às 4s (87,5%) e às 8s (82,5%). Por último, a congruência da superfície articular melhorou com o tempo o que parece lógico se atendermos que durante um período de quatro semanas o tecido formado pode não ter sido suficiente para preencher completamente a lesão até à superfície articular.

DISCUSSÃO - Este estudo permite confirmar a melhoria no tempo na natureza do tecido de reparação já demonstrada em trabalhos anteriores^{5,7}. A incapacidade do tecido de reparação se ligar completamente à CA pode ser atribuída às propriedades anti-adesivas de alguns proteoglicanos da CA, a decorina e o biglicano⁸. Uma explicação para o TR ter apresentado uma superfície irregular ou uma depressão moderada, sobretudo no estadio inicial de reparação (4s), pode resultar da influência negativa da compressão entre as superfícies articulares em posição, que contudo se atenuou no tempo.

BIBLIOGRAFIA - 1. Mankin, H.J. (1962). *J Bone Joint Surg*, 44A:688-698; 2. Convery et al. (1972). *Clin Orthop*, 82:253-262; 3. Kettunen, K. (1963). *Ann Chir Gynaec Fen*, 52:627-642; 4. Salter R.B. et al. (1980). *J Bone Joint Surg*, 62A:1237-1251. 5. French et al. (1989). *Vet Surg*, 18:312-321; 6. Todhunter et al. (1993). *J Orthop Res*, 11:782-795; 7. Ghadially et al. (1971). *Arch Pathol*, 92:356-369. 8. Hunziker et al. (1996). *J Bone Joint Surg*, 78A:721-733.

CL7 **CORRELAÇÕES PSICOMÉTRICAS DO LIMIAR DE DOR NA ARTRITE REUMATÓIDE E FIBROMIALGIA.**

Maria João Salvador; Manuel Quartilho; José António P. Silva.
Serviço de Medicina III e Reumatologia. II.U.C. Coimbra.

Objectivos: Investigar a hipótese de que o limiar de sensibilidade à dor em diferentes doentes reumatológicos poderá estar relacionado com fenómenos de somatização e eventuais sintomas psicopatológicos.

Doentes e Métodos: Foram incluídos 22 doentes com Artrite Reumatóide (AR) e 20 com Fibromialgia (FM) (Critérios ACR) observados consecutivamente na nossa consulta, com nível educacional compatível com a natureza do estudo. Foram utilizados 4 instrumentos de avaliação psicológica a todos os doentes: Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACD; Vaz Serra, 1994), Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993), Illness Behaviour Questionnaire (IBQ; Pilowski e Spence, 1994) e Somatosensory Amplification Scale (SsAS; Barsky et al, 1990). Avaliámos o limiar de dor por dolorímetro (11 pontos corporais não articulares e não relacionados com os pontos sensíveis de FM) e a actividade da doença por Escala analógica visual (pelo doente). Os doentes com FM preencheram ainda o Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) e os portadores de AR foram submetidos à apreciação objectiva da actividade da doença por contagens articulares, VS, PCR e "Disease Activity Score" (Prevoo, 1995). Análise estatística: teste de Student e correlação de Pearson.

Resultados: O limiar de sensibilidade à dor revelou grande variabilidade individual, sem diferença estatisticamente significativa entre AR (média 4,73 Kg) e FM (média 4,98). Observámos, no entanto, diferenças significativas entre os dois grupos, em vários parâmetros psicológicos. Na A.R., o limiar de sensibilidade à dor revelou-se significativamente mais baixo, nos portadores de índices mais elevados de "Inibição Afectiva" e de "Perturbação Afectiva" (IBQ), mas não mostrou relação com outros índices psicopatológicos, nem com quaisquer dos parâmetros de actividade da doença ou sua duração. Na FM observámos uma maior resistência à dor nos pacientes com índices mais elevados de "Hipocondríase Geral" (IBQ), sendo a relação com outros parâmetros psicológicos desprovida de significado estatístico. O "score" do FIQ apresentou relação positiva, estatisticamente significativa, com uma variedade de índices psicopatológicos.

Conclusões: Os resultados confirmam que a hipersensibilidade à dor na FM não é um fenómeno generalizado mas limitado aos "pontos sensíveis". O limiar de dor na AR parece independente do grau de actividade da doença e mostra relação significativa com sintomas depressivos (IBQ). Na fibromialgia, o FIQ parece relacionado com vários indicadores psicopatológicos, mas o limiar geral de sensibilidade à dor só apresenta correlação, positiva, com o índice de Hipocondríase Geral.

CL8 **OSTEOPOROSE NA HEMOCROMATOSE**

M.M. Costa, A. Marques, R. Fleming, Miguel Galvão, Viana de Queiroz
Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas. Serviço de Imunohemoterapia.
H.S.M., Lisboa

A associação de Hemocromatose e Osteoporose foi descrita pela 1ª vez por Delbarre em 1960. O seu mecanismo etiopatogénico ainda se mantém por esclarecer. Vários factores tem sido propostos, tais como a deposição de ferro, o hipogonadismo, a hepatopatia crónica e a diabetes mellitus.

Os objectivos do presente trabalho foram avaliar a frequência da Osteoporose na população com Hemocromatose seguida na Consulta de Reumatologia e determinar a possível contribuição do hipogonadismo para a sua patogénese.

Material e Métodos: Estudámos 17 doentes com Hemocromatose, 13 do sexo masculino e 3 do sexo feminino. A média de idades é de 49±6 anos (38-63 anos) e a duração média da Hemocromatose é de 5,2±5,1 anos (0,4-19 anos). Todos os doentes foram submetidos ao seguinte protocolo: determinação da massa óssea por densitometria radiológica de dupla energia da coluna lombar e colo do fémur, doseamento das seguintes hormonas: PTH, T3, T4, TSH, testosterona ou estradiol, LH, FSH, prolactina, cortisol sérico e urinário. Efectuámos ainda os doseamentos de: calcémia, fosforémia, calciúria, fosfatúria, hidroxiprolinúria, fosfatase alcalina e as provas de função hepática e renal.

Resultados: Dos 17 doentes incluídos neste estudo, 9 (7 do sexo masculino e 2 do sexo feminino) apresentavam Osteoporose, de acordo com os critérios densitométricos. Na coluna lombar o valor médio da BMD foi de 0,704 g/cm², o T-score= -3,63 e o Z-score= -3,06. No colo do fémur obtivemos os seguintes valores médios: BMD=0,633 g/cm², T-score=-2,96 e Z-score=-2,29. Os marcadores bioquímicos do metabolismo fosfocálcio, estudados nesta população, a paratormona, as hormonas tiroideias e o cortisol sérico e urinário estavam dentro dos limites normais. Cinco dos 9 doentes tinham hipogonadismo hipofisiário, com valores médios de testosterona= 33,5pg/ml (2700-10700 pg/ml), de estradiol= <12 pg/ml (nos 2 casos do sexo feminino), FSH=<1,4mU/ml (1,5-14) e LH=<0,7 mU/ml (1,4-7,7). Nos restantes 4/9 doentes com Osteoporose não se detectou alterações nos doseamentos hormonais. Em relação ao grupo de doentes sem Osteoporose o estudo efectuado foi normal.

Conclusão: A Osteoporose é uma complicação frequente na Hemocromatose: na nossa série ocorreu em 53% dos doentes. O hipogonadismo hipofisiário foi um factor determinante do seu aparecimento, contudo cerca de metade dos casos com Osteoporose não o apresentava; deste modo consideramos que outros factores devem contribuir para a sua patogénese.

CL9 **OSTEOPOROSE: ESTUDO DOS FACTORES DE RISCO DE UMA POPULAÇÃO FEMININA PORTUGUESA EM FASE MENOPÁUSICA**
Rui Leitão da Silva, Maria Eugénia Simões, José Carlos Romeu, A. Gouveia Oliveira
Instituto Português de Reumatologia, Núcleo de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, Datamédica

3275 mulheres em fase menopáusicas, cirúrgica ou espontânea, foram recrutadas pelo seu médico de Família para realização de densitometria óssea da coluna vertebral (se idade < 60 anos) ou colo do fémur (se idade > 60 anos). A idade média foi de 57 anos (20-89a - desvio padrão (DP) = 9 anos), a altura corporal média foi de 156cm (110-190cm - DP 6 cm) e o peso médio foi de 65Kg (32-176KG - DP 12Kg). O Índice de Massa Corporal (IMC), calculado pela fórmula de Quetelet, variava entre 14,4 e 70,7 (média de 26,6 - DP = 4,7).

A todas as mulheres foi pedido o preenchimento de um questionário que incluía, para além da idade, altura e peso, ainda a idade da menarca, idade e tipo de menopausa, o número de abortos e gravidezes de termo, os períodos de aleitamento realizados, o uso de contraceptivos orais (com doses e duração da administração), a presença de hábitos tabágicos e alcoólicos (com quantificação), as quantidades de laticínios da dieta, e o grau de actividade física laboral e extra-laboral.

O valor médio do score T situou-se em -1,891 (-8,245 a 1,700 - DP 1,407). A proporção de exames normais foi de 23,3%, os casos de osteopenia foram 42,4% e a proporção de casos de osteoporose foi de 34,6%.

Na análise da associação entre as variáveis objectiváveis pelo inquérito e o diagnóstico de osteoporose, constatou-se, como esperado, que a influência da idade e do IMC era determinante: 47% das mulheres com mais de 55 anos tinham osteoporose contra 20% das abaixo dessa idade ($p < 0,0001$) e 42% das mulheres com IMC inferior a 26 tinham osteoporose contra 27% das mulheres com IMC acima desse valor ($p < 0,0001$).

As mulheres com história de fractura óssea ($p < 0,0001$) ou de ingestão de álcool ($p = 0,06$), as que tiveram a menarca após os 13 anos ($p = 0,04$), as que não tiveram gravidezes de termo ($p = 0,01$), as que apresentaram menopausa espontânea ($p < 0,0001$), as que não fizeram contraceptivos orais ($p < 0,0001$), as não fumadoras ($p = 0,008$) e as que não praticavam actividade física relevante ($p = 0,001$), apresentavam uma frequência de osteoporose mais elevada. Ajustando estes dados, por idade e IMC constatou-se que apenas a menopausa em idade mais jovem e a história de fracturas ósseas, mantiveram uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,0001$ para ambas) com a existência de osteoporose.

Dada a necessidade sentida de definir critérios clínicos que permitam seleccionar, para a realização de densitometria, os doentes em que seja maior a probabilidade de o exame ser positivo (em virtude do custo relativamente elevado da densitometria e da percentagem moderadamente elevada de exames negativos), construiu-se um score diagnóstico para classificação, em cada doente, do seu grau de probabilidade de ter um exame densitométrico demonstrando osteoporose. Com base na possibilidade da densitometria ser positiva para cada um dos escalões de idade, IMC e idade da menopausa, os factores de risco mais relevantes, e de acordo com uma pontuação obtida por cada paciente ao ser realizada a análise destes factores, é possível classificar o seu índice de suspeita da presença de osteoporose em 5 graus (muito baixo, baixo, moderado, alto e muito alto).

CL10 **PREVALÊNCIA DA OSTEOPOROSE NO SUL DE PORTUGAL.**
V.Tavares, J.C. Branco, A. Briosa, R. Costa, R. Feliciano e os Grupos de Estudo de Osteoporose de Portalegre, Évora e Santarém. II. Gracia de Orta, Almada; II. Egas Moniz, Lisboa; ARS Portalegre, Évora e Santarém, Portugal

Objectivo: Estudo das características epidemiológicas da osteoporose e dos valores densitométricos na população de 3 distritos do Sul de Portugal.

População e métodos: Dos ficheiros de 45 clínicos gerais foram seleccionados aleatoriamente 1015 indivíduos que foram divididos em 5 grupos: Grupo I- 236 mulheres pós-menopausicas entre os 51 e os 80 anos; Grupo II- 177 mulheres pré-menopausicas entre os 21 e os 30 anos; Grupo III- 196 mulheres pré-menopausicas entre os 31 e os 40 anos; Grupo IV- 207 mulheres pré-menopausicas entre os 41 e os 50 anos; Grupo V- 199 homens entre os 51 e os 80 anos. Todos os indivíduos foram submetidos a um questionário clínico e epidemiológico, uma observação clínica e uma medição da massa óssea do punho (pDEXA- Nordland-Stratec)

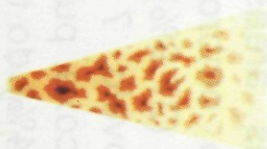
Resultados: A idade média das 816 mulheres foi de $44 \pm 15,1$ anos e a dos homens foi de $64,7 \pm 8,8$ anos. A idade média da menopausa no grupo I foi de $47,9 \pm 6,1$ anos. A prevalência de osteoporose (de acordo com a definição da OMS) foi de 4,5% nos homens e de 25,6% nas mulheres, verificando-se nestas um aumento da prevalência com a idade: Grupo II: 9,6%; Grupo III: 10,2%; Grupo IV: 15,5% e Grupo I: 59,6%. A prevalência da osteoporose foi significativamente superior em todos os grupos femininos dos dois distritos interiores (Portalegre e Évora). A prevalência de osteoporose nos homens foi similar em todos os distritos.

Conclusões: 1) A osteoporose é um importante problema de saúde pública no sul de Portugal; 2) a prevalência da osteoporose é maior nos distritos interiores do que no litoral e 3) o presente estudo deve ser estendido a todos os distritos de forma a avaliar a prevalência de osteoporose em Portugal, avaliar as diferenças entre as regiões e encontrar possíveis factores de risco.

Calsyn

monospray

CALCITONINA SINTÉTICA DE SALMÃO



Calsyn



RHÔNE-POULENC RORER

CENTRO EMPRESARIAL TORRES DE LISBOA - Rua Tomás da Fonseca - Torre A, r/c B 1500 Lisboa

CL11 SINOVIOORTESE DO JOELHO COM HEXACETONIDO DE TRIAMCINOLONA

A.B.Rosa, P.Reis, M.M.Costa, P.Coelho, M.J.Santos, H.R.Jesus, F.C.Dias, M.J.Leandro, L.M.Santos, F.Saraiva, J.B.Pimentão, M.V.Queiroz

Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital de Santa Maria, Lisboa

INTRODUÇÃO: A sinoviortese é um meio terapêutico utilizado na Unidade de Reumatologia do HSM no tratamento da sinovite em apresentação mono ou oligoarticular refractária à terapêutica sistémica

OBJECTIVO: Avaliar a eficácia da sinoviortese do joelho com hexacetonido de triamcinolona.

DOENTES E MÉTODOS: Foram estudados 22 joelhos de 19 doentes submetidos a injeção intra-articular de 40 mg de hexacetonido de triamcinolona, dos quais 8 eram do sexo masculino e 11 do sexo feminino. A média de idades foi de 52,8 anos (limites: 24 e 68 anos). Foram tratados 13 joelhos direitos e 9 esquerdos. Dos 22 joelhos, 16 correspondiam a 13 doentes com Artrite Reumatóide, e os outros a Artrite Psoriática (1), Espondilite Anquilosante (3), Síndrome de Reiter (1) e Espondilartropatia indiferenciada (1). Os doentes seleccionados apresentavam mono ou oligoartrite envolvendo os joelhos com interlinha articular conservada à radiologia convencional, apesar de terapêutica de fundo com, pelo menos, 6 meses de duração. Os doentes foram avaliados imediatamente antes e 1 mês após a sinoviortese do joelho sendo mensuradas a dor (pela escala analógica visual) e a flexão activa dos joelhos (em graus). Estavam proscritas durante o período do estudo qualquer alteração da terapêutica farmacológica e a terapêutica fisiátrica (para além da auto-mobilização).

RESULTADOS: Foram obtidas as seguintes médias nos resultados:

	dia 0	dia 30
Dor:	6,82	1,23
Flexão:	120 graus	132 graus

Houve melhoria da dor em todos os 22 joelhos e da flexão em 18 (1 piorou e 3 mantiveram o mesmo estado). A aplicação do teste de Wilcoxon deu valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$) para a melhoria da dor ($W = -253$, $p = 0$) e da flexão do joelho ($W = 183$, $W > 124$ com $p = 0,02$).

CONCLUSÕES: A sinoviortese do joelho com hexacetonido de triamcinolona constitui uma terapêutica local eficaz.

CL12 ECOGRAFIA EM REUMATOLOGIA - EXPERIÊNCIA DA UNIDADE DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

H Canhão, F Saraiva, A Rosa, J Pimentão, V Queiroz
Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital Santa Maria, Lisboa

A ecografia das partes moles vem desempenhando um papel cada vez mais importante no esclarecimento diagnóstico da patologia do aparelho locomotor.

Efectuámos um estudo retrospectivo das ecografias realizadas na Unidade de Reumatologia do HSM, pretendendo avaliar qual a patologia que mais frequentemente originou o pedido de ecografia, as localizações mais requisitadas, a concordância entre o diagnóstico clínico e ecográfico e qual a contribuição da ecografia para o diagnóstico.

Nos anos de 1995 e 1996 foram realizadas na nossa Unidade um total de 254 ecografias das partes moles, 200 (78.7%) em doentes do sexo feminino e 54 (21.3%) em doentes do sexo masculino. A idade média dos doentes foi de 49 anos. Relativamente às áreas corporais estudadas observou-se um nítido predomínio do ombro com 126 (49.6%) ecografias pedidas. Realizaram-se ainda 71 (27.9%) ecografias do joelho, 12 (4.7%) da anca, 9 (3.5%) do cotovelo, 7 (2.7%) da tibiotársica e 7 do pé, 5 (2%) da perna, 3 (1.2%) da coxa, punho, mão e região glútea, 2 (0.7%) da parede abdominal e 1 (0.4%) do tórax, braço e antebraço.

As hipóteses diagnósticas invocadas para o pedido da ecografia foram tendinite/tenossinovite em 98 casos, quisto sinovial em 38, bursite em 25, lesão ocupando espaço em 19, sinovite em 18 casos, ruptura tendinosa/muscular em 12, meniscopatia em 10, lesão ligamentar em 9, capsulite adesiva em 3, tenoperiostite em 2 casos, osteocondromatose num caso e necrose asséptica noutro. Em 24 casos não foram discriminados diagnósticos prováveis (apenas p.ex. 1 sintoma).

A ecografia permitiu completar o diagnóstico em 80 casos (31.5%); infirmá-lo em 78 (30.7%); foi determinante para o esclarecimento do diagnóstico em 47 (18.5%); confirmou o diagnóstico clínico em 45 (17.7%) e foi inconclusiva em apenas 4 casos (1.57%).

CL13 Síndrome de CINCA (Crónico Infantil Neurológico Cutâneo e Articular)

J. A. Melo Gomes Assistente Graduado de Reumatologia. Reumatologista Consultor do Serviço de Pediatria do Hospital Distrital de Faro. Consultor de Reumatologia Pediátrica do Instituto Português de Reumatologia.

A doença de Still (forma sistémica de Artrite Crónica Juvenil - ACJ) tem várias patologias que a mimetizam, e cujo diagnóstico diferencial é por vezes bastante difícil. Tal é o caso do raro síndrome de CINCA do qual apresentamos dois casos clínicos.

CASO 1 - F.M.A.S., sexo masculino, nascido a 21/4/85, caucásico, com exantema máculo-papular eritematoso na face, tronco e membros, iniciado aos 2 dias de idade e com episódios de febre alta intermitente, com duração de 2-4 semanas/surto, artralguas e/ou artrites transitórias dos joelhos, tíbio-társicas, ancas e punhos, intermitentes e auto-limitadas ou respondendo bem aos AINEs (acetilsalicilato de lisina: 100mg/Kg/d). Cefaleias intensas e frequentes desde os 4 anos de idade; surdez mista, notada desde os 5 anos. Aos 8 anos é detectada uveíte anterior crónica bilateral, tratada com corticosteroides (Deflazacort 15mg/d) e midriáticos locais. O laboratório revela anemia, leucocitose com neutrofilia, trombocitose e VS aumentada, todos de forma persistente. O estudo do LCR revelou pleocitose (90 células/mm³ 60% N).

CASO 2 - S.F.S., sexo feminino, nascida a 29/7/85, caucásica do sub-continento indiano, com exantema macular eritematoso e pruriginoso, iniciado no 1º mês de vida, e episódios frequentes de febre alta intermitente, com picos quotidianos de 39-40°C e artralguas dos punhos e joelhos. Aos 12 meses é-lhe detectado derrame pericárdico em ecocardiograma de rotina. Mantém surtos muito frequentes de febre alta intermitente, exantema macular eritematoso e artralguas dos joelhos. Desde os 5 anos tem cefaleias frequentes e surgem deformações das rótulas (quase esféricas).

Aos 6 a.1/2 é-lhe detectada uveíte crónica anterior bilateral (visão turva e injeção ocular eritematosa). Fraco rendimento escolar, por dificuldades na aprendizagem. O laboratório revela persistentemente anemia, leucocitose com neutrofilia, trombocitose e VS elevada. LCR com pleocitose (40 células/mm³). É medicada com AINEs (Ac. Acetilsalicílico e salicilatos; Indometacina), Corticosteroides (Deflazacort 15mg/dia), Analgésicos (Paracetamol 500mg/SOS), Metotrexato (10mg/m²/sem.), Ig Humana EV em altas doses (suspensa por reacção de tipo meningite asséptica), sem resultados significativos sobre a evolução.

DISCUSSÃO - O síndrome de CINCA caracteriza-se por ser uma doença inflamatória multissistémica, iniciada nos primeiros dias de vida por erupção macular ou máculo-papular (presente nos 2 casos), com sinais neurológicos frequentes (cefaleias, LCR com pleocitose, meningite asséptica). As manifestações articulares assumem frequentemente a forma de artralguas e/ou artrites, sendo a hipertrofia rotuliana (Caso 2) característica desta situação. Raramente, podem haver importantes destruições epifisárias. As alterações neuro-sensoriais mais comuns são a surdez mista (Caso 1) e a uveíte crónica (Casos 1 e 2), que pode levar à cegueira. A evolução dá-se por surtos, com febre, exantema, hepatosplenomegalia e artralguas/artrites. O laboratório revela anemia, leucocitose com neutrofilia, trombocitose e VS elevada. Auto-anticorpos e reacções serológicas são negativos.

Estas manifestações clínicas e laboratoriais são, com excepção das alterações neurológicas e neuro-sensoriais, largamente sobreponíveis com as da ACJ sistémica, sendo de salientar o início muito precoce das alterações cutâneas. O tratamento é aparentemente muito pouco eficaz.

CL14 ESPONDILITE ANQUILOSANTE E OSTEOPOROSE

L.S.Inês, M.Alexandre, J.Silva, L.Negrão, E.Monteiro, J.Moura, A.Porto; H.U.C.; Coimbra

Na espondilite anquilosante observam-se fenómenos de construção óssea anormal, com formação de sindesmófitos e fusão das articulações sacroilíacas; paralela e paradoxalmente pode ocorrer osteoporose, por mecanismos fisiopatológicos e de importância clínica mal conhecidos.

OBJECTIVO: Investigar a associação entre a E.A. e a osteoporose.

DOENTES E MÉTODOS: Seleccionámos os doentes seguidos em consulta externa de Reumatologia com o diagnóstico de E.A. Realizámos colheita de história clínica, incluindo exame objectivo reumatológico e neuromuscular; completámos o estudo analítico e radiológico complementar. Realizou-se estudo electromiográfico aos doentes com alterações clínicas neuromusculares. Avaliámos a densidade mineral óssea por absorciometria bifotónica de raios X a nível da coluna lombar e do colo do fémur.

Utilizámos como critérios de diagnóstico, os de Nova Iorque (1968).

Obtivemos uma população de 23 doentes, 17 do sexo masculino e 7 do sexo feminino, com idades entre os 23 e 65 anos (média de 43 anos), início da doença entre os 13 e 57 anos e evoluindo desde há 4 a 32 anos (média de 17 anos).

RESULTADOS: Resumem-se na tabela abaixo as características clínicas e analíticas da população:

Característica	Percentagem que apresenta
Lombalgias	95%
Limitação da mobilidade lombar	78%
Limitação da expansão torácica	43%
Cervicalgias	87%
História de artrite periférica	70%
História de uveíte anterior	48%
HLA B27 positivo	82%
VS elevada	22%

Analizámos a densidade mineral óssea e seu desvio em relação ao valor médio para a idade do doente:

Densidade Mineral Óssea (desvio padrão)	Coluna Lombar (L1-L4): % de doentes	Colo do fémur (Neck): % de doentes
Índice Z <= -2 SD	86,4%	81,8%
Índice Z > -2 SD	13,6%	18,2%

Analizámos o desvio da densidade mineral em relação ao valor médio do adulto jovem:

Densidade Mineral Óssea (desvio padrão)	Coluna Lombar (L1-L4): % de doentes	Colo do fémur (Neck): % de doentes
Índice T <= -1 SD	55%	31,8%
-1 < Índice T <= -2,5 SD	36%	50%
Índice T > -2,5 SD	9,1%	18,2%

CONCLUSÕES PRELIMINARES: A distribuição da densidade mineral óssea da população em estudo difere da de uma população normal. Existe osteopenia ou osteoporose em pelo menos um dos níveis analisados, em 78% dos doentes. Não encontramos correlação directa entre duração da doença e redução de D.M.O.. Encontrámos osteoporose em doentes com E.A. inicial.

CL15 **DOIS CASOS CLÍNICOS DE SÍNDROME ANTISINTETASES**
Margarida M. Silva, M. Micaelo, J. Vaz Patto, M. Parente, H. Madeira, I. Abreu, C. Catita
Instituto Português de Reumatologia. Faculdade de Ciências Médicas. LISBOA

As aminoacil-tRNA sintetases são enzimas citoplasmáticas que catalizam a ligação de aminoácidos aos tRNAs para incorporação nas cadeias polipeptídicas. Existe uma sintetase citoplasmática distinta para cada um dos aminoácidos. Foram descritos até hoje, anticorpos para cinco sintetases, em doentes com miosite. Este anticorpos estão associados com um síndrome clínico distinto conhecido como síndrome antisintetase. São características do síndrome antisintetase uma frequência elevada de doença intersticial pulmonar e poliartrite; outras características clínicas típicas são fenómeno de Raynaud, febre, tendência para a agudização da doença com a retirada da terapêutica e "mãos de mecânico". Os autores descrevem dois casos clínicos em que foram detectados anticorpos antisintetases.

Caso 1 - Doente do sexo feminino, de 68 anos, com história de febre reumática e estenose mitral e antecedentes de hábitos tabágicos. Em Agosto de 1995 iniciou poliartrite simétrica e aditiva das mãos, punhos, pés, tibiotársicas e joelhos. A radiografia do tórax era compatível com a existência de fibrose pulmonar. Iniciou terapêutica com sais de ouro injectáveis. Em Novembro de 1996 iniciou emagrecimento, febre e dispneia de agravamento progressivo. Em Janeiro de 1997 houve o aparecimento súbito de mononeuropatia do ciático popliteu externo esquerdo. Internada no IPR, apresentava à entrada hemoglobina 11.7 g/dl, leucócitos 21100/ mm³ (neutrófilos 90.7%, linfócitos 3.2%), pH arterial 7.4, pO₂ 60.1 mmHg e pCO₂ 34.1 mmHg. Não se detectaram vegetações valvulares por ecocardiografia. Iniciou corticoterapia oral a que se veio adicionar azatioprina. A broncofibroscopia foi normal, aguardando-se os resultados das biopsias pulmonares transbrônquicas e do lavado broncoalveolar. Houve o aparecimento de enfisema mediastínico e subcutâneo, após a fibroscopia, de resolução espontânea. A TAC torácica confirmou a fibrose pulmonar, com padrão em favo de mel nas bases. Detectaram-se anticorpos antisintetases.

Caso 2 - Doente do sexo feminino, de 36 anos, que em Outubro de 1995 iniciou fenómeno de Raynaud e poliartrite das pequenas articulações das mãos e dos pés, dos punhos e dos joelhos. Nos meses seguintes emagrecimento e febre. Em Março de 1996 internamento hospitalar tendo sido medicada com prednisolona e tido alta com o diagnóstico de LES. Em Julho de 1996 internamento noutra hospital por polidipsia, poliúria e glicémia > 500 mg/dl. Neste internamento foi retirada a corticoterapia e feita antibioterapia para infecção respiratória. Observada pela primeira vez no IPR em Novembro de 1996, foi internada em Fevereiro de 1997 por proteinúria de 0,78 g/24h. Das análises desta doente salienta-se hemoglobina 8,8 g/dl, vs 128 mm na 1ª hora, leucocitos 4600/mm³ (neutrófilos 70.5%, linfócitos 22.6%); ANA positivos em título superior a 1/320, padrão mosqueado, e presença dos seguintes autoanticorpos: anti-RNP, anti Sm, anti Sm/RNP, anti dsDNA, anti nucleohistonas, anti cardiolipina e anti tRNA sintetases. Devido à presença de anticorpos antisintetases foi feita TAC pulmonar que foi normal, broncofibroscopia, normal, e lavado brônquico e broncoalveolar de onde se isolou por cultura *Haemophilus spp* e cujo resultado se aguarda. Pelo risco de hipertensão pulmonar foi avaliada por ecocardiografia com doppler que mostrou parâmetros compatíveis com hipertensão pulmonar ligeira.

CL16 **FASCEÍTE COM EOSINOFILIA E POLIARTRITE AR-LIKE: UMA ASSOCIAÇÃO RARA?**
M. Parente, H. Santos, J. Vaz Patto, A. Vilar
INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA - LISBOA

CASO CLÍNICO: Doente do sexo masculino que, aos 57 anos de idade em Julho de 1993, refere episódio de tumefacção da perna dta, interpretado como "flebotrombose" seguido de tumefacção do 1/3 distal também do membro inferior contralateral. Posteriormente edema difuso das mãos e da extremidade dos antebraços, acompanhado de eritema cutâneo, prurido e fenómeno de Raynaud. Em Fevereiro de 1994 refere também nódulos sub-cutâneos nas extremidades distais dos membros. Dos exames efectuados a salientar eosinofilia: entre 6000 e 12000 leucócitos/mm³ com contagem máxima de eosinófilos de 42% (valores superiores a 2000 eosinófilos/ mm³), VS elevada (inicialmente entre 90 e 120) e globulinas também elevadas (IgG 2250, IgA 325 e IgM 779 mg/100 ml). Os restantes exames complementares são normais (função hepática, renal, pesquisa de ovos, quistos e parasitas nas fezes além de serologia para parasitas, auto-anticorpos; nomeadamente ANAs, ENAs, ac. anti-DNA nativo, ANCAs, ECA, complemento, marcadores tumorais, Rx torax, endoscopia digestiva alta, ecocardiograma, ecografia prostática, TAC tóraco-abdómino-pélvico). A biópsia do músculo e fáscia revela miosite com componente de fasceíte e infiltração por eosinófilos de incidência perivascular. A biópsia da pele não revela alterações significativas, apenas moderado infiltrado inflamatório rico em eosinófilos, que também se encontram na derme. Ocorre melhoria do quadro e remissão da eosinofilia após 40 mg de prednisolona/ dia, sendo posteriormente reduzida a corticoterapia. No final de 1994 inicia tenosinovite dos extensores a nível dos punhos e artralguas das pequenas articulações das mãos com rigidez matinal de 2 horas, síndrome do canal cárpico bilateral e gonalgias de ritmo misto, sendo medicado com Hidroxicloroquina 400 mg além de 12 mg de Deflazacort/dia. É efectuada infiltração da bainha dos extensores sem melhoria ocorrendo remissão da tenosinovite após intervenção cirúrgica (a histologia era compatível com AR). De referir também úlcera de perna desde Janeiro de 1995. Iniciámos Salazopirina em Dezembro de 1996 tendo em consideração uma recente publicação (1) em que este medicamento foi eficaz na associação poliartrite-fasceíte, tendo ocorrido remissão do quadro após a dose de 2 g/dia.

DISCUSSÃO: Este caso apresenta o quadro clínico típico de fasceíte com eosinofilia, mas com 2 peculiaridades: A existência de fenómeno de Raynaud e úlcera de perna que sugerem envolvimento vascular. Estes 2 fenómenos nesta patologia são muito raros, sugerindo alguns autores overlap com esclerodermia por processo vasculítico (2,3,4). O envolvimento inflamatório articular pode ocorrer em até 40 % dos doentes, tendo o padrão de artrite aditiva e simétrica de pequenas articulações em quase metade desses doentes (5). Esta associação é relativamente rara e as indicações terapêuticas desta situação não são claras, sendo usual a utilização de corticóides e antipalúdicos (nomeadamente na tentativa de prevenção de contracturas, comuns nesta patologia). Este é o 2º caso de que temos conhecimento de remissão da poliartrite e melhoria dos edemas periféricos após SSZ.

BIBLIOGRAFIA: 1. Jones A. C., Doherty M: Eosinophilic fasciitis with late onset arthritis responsive to sulfasalazine. *J. Rheumatol* 1993; 20(4): 750-1
2. Magaro M. et al: Eosinophilic fasciitis associated with inflammatory neutrophilic vasculitis. *Br. J. Rheumatol* 1990; 29(2): 145-6
3. Wong A. L. et al: Eosinophilic fasciitis in association with chronic vasculitic-like leg ulcerations. *Clin. Rheumatol* 1993; 12(1): 85-8
4. Song Y. W. et al: Eosinophilic fasciitis with occlusive vasculitis and gangrene of the finger. *J. Rheumatol* 1995; 22(2): 359-6
5. Lakhnani S. et al: Eosinophilic fasciitis: clinical spectrum and therapeutic response in 52 cases. *Semin Arthritis Rheum* 1988; 17: 221-31

CL17

ARTROPATIA DA HEMOCROMATOSE IDIOPÁTICA

M.M. Costa, A. Marques, R. Fleming, Miguel Galvão, Viana de Queiroz.
Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas. Serviço de Imunohemoterapia.
H.S.M., Lisboa

A Hemocromatose Idiopática é uma doença rara, caracterizada pela deposição de ferro em vários órgãos, tais como o fígado, o pâncreas, a pele, o coração, as glândulas endócrinas e as articulações.

Os autores estudaram prospectivamente 23 doentes com Hemocromatose Idiopática, seguidos no serviço de Imunohemoterapia, com o objectivo de identificar a artropatia e suas características clínico-radiológicas.

Material e métodos: as manifestações clínicas, radiológicas, laboratoriais incluindo a tipagem HLA, foram analisadas num grupo de 17 doentes do sexo masculino e 6 do sexo feminino. A idade média de início da Hemocromatose foi de 43.5 ± 8.6 anos (22-57), com uma duração média de doença de $5,5 \pm 6.1$ anos (0.4 -23 anos).

Resultados: A Artropatia da Hemocromatose ocorreu em 21 dos 23 doentes estudados, fazendo parte das manifestações iniciais em 9 doentes. Durante o curso da doença, e numa período médio de 6 ± 4 anos (1-14 anos) os restantes 12 doentes tiveram artralguas com ritmo mecânico. O compromisso articular foi poliarticular, simétrico, acompanhado de rigidez articular de curta duração, sem sinais inflamatórios. Apenas uma doente teve um episódio de gonartrite. As articulações afectadas foram por ordem de frequência as seguintes: coluna vertebral (14 casos), metacarpofalângicas (11 casos), coxofemural (10 casos), joelho (9 casos), ombro (5 casos), punho (4 casos), cotovelo (2 casos), médiotársica (2 casos) e metatarsfalângica (1 caso). O estudo radiológico demonstrou diferentes graus de evolução da Artropatia da Hemocromatose consistindo nos seguintes achados: osteofitos em gancho na epífise distal do 2º e 3º metacarpo, predilecção pelo compromisso da 2º e 3º metacarpofalângica poupando as restantes, diminuição da entrelinha articular das articulações do carpo e radiocarpica, quistos ósseos subcondrais volumosos nos ossos do carpo e no acetábulo. A condrocalcinose foi detectada numa doente. Onze doentes tinham osteopénia radiológica. A evolução da artropatia foi progressiva, independente do controle da Hemocromatose pelas flebotomias.

Conclusão: A Artropatia da Hemocromatose é uma manifestação comum, na nossa série ocorreu em 91% dos doentes, sendo em 43% dos casos um sintoma inicial. A sua evolução é progressiva, incapacitante e independente do tratamento da Hemocromatose, pelo que se impõe um diagnóstico precoce com instituição de um tratamento correcto. O contributo da radiologia no diagnóstico desta Artropatia é salientado.

CL18

CONTRIBUTO DA

UVEITE ANTERIOR AGUDA, NA CONSULTA DE REUMATOLOGIA

M.M. Costa, M. Rosa, T. Costa, Castanheira Diniz, Viana de Queiroz
Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Serviço de Oftalmologia, H.S.M., Lisboa

A uveíte anterior aguda (UAA) é um processo inflamatório do segmento anterior do globo ocular, o qual pode estar associado a uma doença sistémica ou infecciosa. O Reumatologista é por vezes solicitado para confirmar ou excluir o diagnóstico da doença sistémica subjacente, assim como para a orientação da terapêutica instituída.

O objectivo deste estudo foi de determinar a etiologia da uveíte anterior aguda referenciada à nossa consulta e deste modo a contribuição do Reumatologista no seguimento destes doentes.

Material-Métodos: Estudámos prospectivamente 52 doentes com o diagnóstico de uveíte anterior aguda durante um período de 2 anos. Elaborámos um protocolo que incluiu os seguintes parâmetros: manifestações reumáticas; tipagem HLA; radiografia da bacia e coluna lombar; serologia para vírus (incluindo o HIV), brucela, sífilis, borreliose, toxoplasmose; teste de mantoux e radiografia do tórax; doseamento do enzima de conversão da angiotensina.

Resultados: Trinta e três doentes são do sexo feminino e 19 do sexo masculino. A idade média de início da uveíte foi de $34 \pm 13,6$ anos (7-71 anos), sendo de referir que 5 doentes tiveram o início da UAA após os 55 anos. Vinte (38,5%) dos 52 doentes tinham uma doença sistémica, em que a uveíte é uma das manifestações clínicas, sendo a mais frequente a Espondilartropatia Seronegativa (13/52) seguida de: S.Vogt Koyanagi Harada (3/52), D. Behçet (2/52), D. Lyme (1 caso) e Brucelose (1 caso). O alelo B27 foi detectado em 14 doentes, dos quais 9 têm uma EASN e 4 uma UAA idiopática. No grupo constituído por doentes com UAA- B27 negativo não foi possível fazer um diagnóstico nosológico em 22 doentes. A evolução clínica destes dois grupos de doentes foi diferente; os indivíduos B27 positivo tiveram menores complicações oculares comparativamente com os restantes, B27 negativo.

Conclusão: A UAA foi o factor determinante no diagnóstico de uma doença sistémica em cerca 1/3 dos doentes, sendo as Espondilartropatias Seronegativas as mais frequentes. A presença do alelo B27 conferiu um certo grau de benignidade à UAA. Ao contrário de outros autores, não verificámos um predomínio do sexo masculino ou um início em idade precoce no grupo B27 positivo.

CL19 **IMPORTÂNCIA DAS DOENÇAS REUMÁTICAS NUMA CONSULTA DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

P.C. Coelho (Reumatologista), M^a M. Matos (Clínica Geral), Apartado 9827, 1911 Lisboa Codex.

INTRODUÇÃO: As Doenças Reumáticas são uma importante causa de morbilidade, com elevadas repercursões sociais e económicas. No entanto, apesar da prevalência significativa destas doenças, as estruturas de saúde em Portugal não estão ainda capacitadas para responder às necessidades de prevenção, tratamento e reabilitação dos doentes do foro reumatológico. O desinteresse da Administração da Saúde no nosso país em relação às Doenças Reumáticas é, em parte, explicado pelo pequeno número de estudos epidemiológicos dedicados à patologia musculoesquelética. **OBJECTIVOS:** Estudar a prevalência das Doenças Reumáticas numa consulta de Clínica Geral e a sua implicação no consumo crónico de medicamentos e no absentismo laboral. **DOENTES E MÉTODOS:** Foram incluídos no estudo os utentes de uma consulta de Clínica Geral de um Centro de Saúde da área da Grande Lisboa que recorreram à consulta durante um período consecutivo de 6 meses. Avaliaram-se os seguintes parâmetros: motivo principal da consulta, queixas reumatológicas motivando recurso à consulta de Clínica Geral nos últimos 3 anos, consumo crónico de medicamentos nos últimos 3 anos e períodos de absentismo laboral nos últimos 3 anos. **RESULTADOS:** Foram avaliados 591 utentes, num total de 1219 consultas. As queixas reumáticas foram o principal motivo de consulta (21%), seguidas pelas Doenças Cardiovasculares (14,7%) e pelas Doenças Psiquiátricas (12,2%). Doença Reumática activa ou antecedentes de Doença Reumática foram encontrados em 57,5% dos doentes. As Doenças Reumáticas mais frequentes foram o grupo dos Reumatismos Não Articulares (48,6%) e a Osteoartrose (18,1%). As Doenças Reumáticas foram a 3^a causa mais frequente de consumo crónico de medicamentos, seguindo-se às Doenças Psiquiátricas e às Doenças Gastrointestinais. As Doenças Reumáticas revelaram-se como a principal causa de absentismo laboral, representando 42,5% do total de dias de baixa ocorridos nos utentes da nossa consulta. As principais causas reumatológicas de absentismo foram as Raquialgias e a Osteoartrose, mas a Artrite Reumatóide revelou-se a doença com maior morbilidade relativa. **CONCLUSÃO:** As Doenças Reumáticas são uma importante causa de doença, de recurso às consultas de Clínica Geral, de consumo crónico de medicamentos e de absentismo laboral, pelo que urge a implementação de um programa nacional de apoio reumatológico nas estruturas de Cuidados de Saúde Primários.

CL20

Validação da versão Portuguesa do Health Assessment Questionnaire
P Reis, R André, José António P Silva, pelo Grupo de Metrologia da SPR

O Health Assessment Questionnaire (HAQ) foi já traduzido para a língua portuguesa HAQ-versão portuguesa (HAQ-vp), e a sua aplicabilidade foi testada tendo-se demonstrado que é aplicável nos doentes reumáticos em Portugal. Neste trabalho, apresentam-se os resultados do processo de validação do HAQ-vp, realizado pelo Grupo de Metrologia da Sociedade Portuguesa de Reumatologia. **MÉTODOS** - O HAQ-vp foi fornecido a todos os Centros portugueses onde a prática da reumatologia é feita por reumatologistas, num total de 10 Centros distribuídos por todo o território (continental e insular) de Portugal. Além do HAQ-vp foi também distribuído um outro questionário para caracterizar a população de doentes com artrite reumatóide (AR) a incluir no estudo. Neste questionário caracterizavam-se os doentes quanto ao sexo, idade, profissão, estado civil, anos de escolaridade, nível máximo de educação atingido e tempo de duração da AR. Foram ainda registados parâmetros clínicos e laboratoriais de actividade da doença: classe funcional do doente segundo a classificação proposta pelo American College of Rheumatology (ACR), nº de articulações dolorosas e nº de articulações tumefactas, avaliação global da actividade da doença pelo médico e pelo doente, avaliação global da dor, resultado das determinações de hemoglobina, hematócrito, leucograma, plaquetas, velocidade de sedimentação eritrocitária e proteína C reactiva. Todos estes parâmetros foram registados no início do estudo (semana 0) e nas semanas 12 e 24. Para avaliar a reprodutibilidade, foi administrado o HAQ-vp nas semanas 0 e 1 semana depois, tendo-se usado o método do teste - reteste com cálculo do coeficiente de correlação r pelo método de Pearson. O estudo da validade foi feito avaliando a validade de constructo convergente pela comparação do valor obtido no HAQ-vp com os resultados dos parâmetros clínicos e laboratoriais acima referidos, pelo cálculo dos coeficientes de correlação segundo Spearman. **RESULTADOS** - Dos 10 Centros contactados, 9 incluíram um total de 82 doentes (nº de doentes por Centro variou entre 1 e 20). Destes 82, 41 foram avaliados nas semanas 0 e 1 para estudo da reprodutibilidade tendo-se obtido um $r = 0,84$ ($p < 0,001$). A avaliação da reprodutibilidade da avaliação global da dor usando uma escala visual analógica (EVA), feita pelo mesmo método para comparação obteve um valor de $r = 0,85$ ($p < 0,001$). O estudo da validade forneceu os seguintes resultados (correlação de Spearman entre o HAQ-vp e os diferentes parâmetros):

	aval pelo doente	aval pelo médico	nº artic dolorosa	nº artic tumef	activid doença	classe ACR	VS	PCR	Hgb
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
S 0	0,48 (a)	0,50 (a)	0,39 (a)	0,27 (b)	0,48 (a)	0,42 (a)	0,18 (NS)	0,23 (NS)	-0,01 (NS)
S12	0,46 (a)	0,48 (a)	0,41 (a)	0,26 (c)	0,46 (a)	0,53 (a)	0,29 (b)	0,41 (b)	0,001 (NS)
S24	0,78 (a)	0,62 (a)	0,57 (a)	0,25 (NS)	0,63 (a)	0,77 (a)	0,31 (c)	0,50 (a)	0,29 (d)

(S0: semana 0; S12: semana 12; S24: semana 24; a: $p < 0,001$; b: $p = 0,01$; c: $p = 0,02$; d: $p = 0,03$; NS: não significativo). Da análise destes dados resulta que, à medida que os doentes e os médicos foram conhecendo e adquirindo treino no preenchimento destes questionários, os resultados do estudo da validade do instrumento foram melhorando. **CONCLUSÃO** - A reprodutibilidade do HAQ-vp é idêntica à obtida em outras versões do instrumento original. Por outro lado, o estudo da validade do HAQ-vp demonstra que, não tendo variado a composição nem a forma de administração do questionário, o principal determinante da validade do mesmo na sua versão portuguesa parece ser o treino do doente na utilização deste tipo de instrumento. Verifica-se assim que os valores de correlação mostram melhoria progressiva nas aplicações sucessivas atingindo à terceira administração valores idênticos aos obtidos na validação de outras versões não inglesas publicadas na literatura. Podemos assim concluir que o HAQ-vp conceiva as características operativas da versão original, sendo contudo desejável que os doentes sejam convenientemente instruídos e provavelmente treinados na sua utilização antes que os resultados obtidos possam ser considerados fiáveis.

Posters

P1 ~~MIXOMA AURICULAR SIMULANDO CONECTIVITE
ANTICORPOS ANTINUCLEARES, MIXOMA AURICULAR E LUPUS
ERITEMATOSO SISTÊMICO - a propósito de um caso clínico~~
H Canhão, MJ Leandro, MJ Santos, V Martins, JT Costa, V Queiroz
Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital
Santa Maria, Lisboa

Apresentamos o caso clínico de uma doente do sexo feminino de 30 anos de idade, enviada à consulta de reumatologia por suspeita de LES. Referia desde há 2.5 anos artralguas das pequenas articulações das mãos. O exame objectivo mostrava dor à pressão das articulações interfalângicas proximais. Laboratorialmente apresentava hemoglobina 10.1 g/dl, velocidade de sedimentação de 38 mm/1ª hora, aumento da β globulina, C₃ diminuído e urina tipo II sem alterações. Os ANA eram positivos 1/100 com padrão difuso. O Lupus Band Test mostrava depósitos de IgM linear de baixa intensidade na membrana basal. Foi pedido ecocardiograma bidimensional que revelou um mixoma auricular esquerdo, obstruindo a válvula mitral durante a diástole.

A doente foi submetida a cirurgia cardíaca e a anatomia patológica confirmou o diagnóstico.

Dois meses após a cirurgia, a doente estava assintomática, os valores laboratoriais previamente alterados normalizaram e os ANA eram negativos.

As artralguas, a anemia, a velocidade de sedimentação aumentada e ANA positivos podem estar presentes em várias situações clínicas. Pensamos que o ecocardiograma deve fazer parte do conjunto de exames complementares requisitados no despiste de uma conectivite. É um meio complementar não invasivo, de fácil execução e acesso e essencial na avaliação da serosite lúpica. Neste caso particular foi preponderante para a obtenção do diagnóstico, numa doente jovem com um mixoma auricular, sem sintomas cardiovasculares.

P2 POLIMIALGIA REUMÁTICA ESTUDO RETROSPECTIVO

J.Silva, M.Cabral, A.Malcata, C. Reis, D.Nour, J.A Silva, J. Moura, A. Porto.
Sector de Reumatologia do Serviço de Medicina III/ Reumatologia HUC.
COIMBRA (DIR Prof Armando Porto)

Realizámos a revisão dos processos dos doentes internados no SECTOR de REUMATOLOGIA do SERVIÇO de MEDICINA III/ REUMATOLOGIA dos HUC nos anos de 1994 e 1995 com o diagnóstico de POLIMIALGIA REUMÁTICA.

Estudámos 30 processos, 10 homens e 20 mulheres com uma idade média de 68,6 anos; 85% dos doentes apresentavam dores na cintura escapular, 78% rigidez marcada, 41% perda de peso > (10%), 30% febre, 44,4% cefaleias, 33,3% astenia, 22% artralguas/ artrite, 14% parestesias, dor ocular em 18,5% e perda da visão progressiva em 30%.

Destes doentes 15% apresentavam alterações das provas da função hepática, uma anemia normocrómica normocítica foi encontrada em

59 % ; 63 % dos doentes tinham a PCR positiva, 48% tinham VS superior a 100 mm na 1ª hora.

Todos os doentes foram medicados com prednisolona, mas só em 41 % dos doentes foram administradas doses superiores a 20 mg/dia. Realizámos em 10 doentes biópsia da artéria temporal, confirmando ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES em 5 .

A eletroforese das proteínas séricas, a CK e LDH foram normais. A pesquisa de neoplasia oculta e doença infecciosa crónica foram sempre negativas. Todos os doentes apresentavam alterações radiológicas compatíveis com artrose.

Um doente veio a falecer por Insuficiência cardíaca global.

P3 **SÍNDROME DOS ANTI-FOSFOLÍPIDOS ASSOCIADOS AO LES -
CONTRIBUTO DO LABORATÓRIO**

E. Simões; H. Santos; I. Abreu. Instituto Português de Reumatologia. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. Lisboa.

O Síndrome dos anti-fosfolípidos foi descrito pela primeira vez em 1983 por Graham Hughes, caracterizando-se por:

- Tromboses arteriais/venosas ou
- Abortos de repetição ou
- Trombocitopénia

em associação com a presença de pelo menos um dos seguintes auto-anticorpos:

- Anti-coagulante lúpico
- Anti-cardiolipina

Os autores descrevem um caso de LES em que a manifestação inaugural foi relacionada com este síndrome, surgindo posteriormente os critérios de lupus: o papel do laboratório foi decisivo para o diagnóstico.

Trata-se de uma doente do sexo feminino de 36 anos de idade, que tem quadro compatível com AIT em Agosto de 1996 e AVC do hemisfério esquerdo em Novembro do mesmo ano. Nos antecedentes, apenas a apontar hábitos tabágicos entre 10-15 cigarros/dia desde há 16 anos. A investigação efectuada na altura, revelou:

- VDRL, anticoagulante lúpico e anti-cardiolipina - negativos
- provas de coagulação, com doseamento das proteínas C e S - normais
- rotinas laboratoriais - normais
- AAN +, em título 1/320
- Anti-DNA, anti -SM, Anti-RNP, Anti-SSa, SSb - negativos

Em Dezembro de 1996, por confronto emocional com familiar, desencadeia episódio de mutismo, com a duração de cerca de uma semana, sendo a observação neurológica sobreponível à anterior. Foram repetidos os mesmos testes, tendo-se obtido, novamente os mesmos resultados.

Em Janeiro de 1997, junta-se ao quadro já citado, o aparecimento de fotossensibilidade, eritema malar e fenómeno de Raynaud, perfazendo os critérios para LES. A repetição da parte laboratorial, revelou:

- Anti-coagulante lúpico - negativo
- Anti-cardiolipina (IGG e IGM) - positivo e
- Anti - β 2 glicoproteína 1 (IGG) - positivo.

Com base nestes resultados pudemos confirmar a suspeição clínica de síndrome dos anti-fosfolípidos no contexto de Lúpus Eritematoso Sistémico.

Conclusões: A ocorrência de acidentes vasculares de repetição numa mulher jovem, sem factores de risco, deve levantar a suspeita de Síndrome dos anti-fosfolípidos. A negatividade dos testes não afasta este diagnóstico, pelo que devem ser repetidos. Neste caso, só à 3ª avaliação, e com a introdução de um teste mais específico (anti- β 2 glicoproteína 1), se obteve um resultado positivo que veio ajudar a confirmar o diagnóstico clínico.

P4 **CASO CLÍNICO: MORFEIA GENERALIZADA COM ENVOLVIMENTO
SISTÉMICO**

M J Leandro, J C Romeu, J Freitas, J C Teixeira da Costa, M Viana de Queiroz.

Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas e Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

A morfeia generalizada é uma das formas de esclerodermia em que o aspecto das placas é idêntico ao das morfeias clássicas mas os elementos são de tamanho maior, mais numerosos, podendo infiltrar todo o tegumento. Pode, por vezes, colocar problemas de diagnóstico diferencial com a esclerose sistémica. Descrevemos o caso de um doente com morfeia generalizada com envolvimento sistémico (esofágico e pulmonar) semelhante ao descrito na esclerose sistémica.

Doente do sexo masculino, de 31 anos iniciou, em 1992, episódios repetidos sugestivos de infecção respiratória complicados de pieira e dispneia. Dois anos e meio mais tarde refere início súbito de espessamento cutâneo com hiperpigmentação, ao nível do tronco com posterior extensão para os braços, antebraços, pescoço e face, acompanhado de toracalgia e mialgias e de agravamento das queixas respiratórias. Apresentava síndrome de Wolff-Parkinson-White e urticária recorrente, com angioedema, diagnosticados, respectivamente, em 1983 e em 1990. O exame físico confirmou as alterações cutâneas acima referidas. Os exames laboratoriais não revelaram alterações, nomeadamente, não havia eosinofilia ou hipergamaglobulinémia. Não foram detectados autoanticorpos no soro. A capilaroscopia mostrou áreas avasculares. A biópsia cutânea foi compatível com o diagnóstico de morfeia. O radiograma convencional do tórax revelou um reforço ligeiro do retículo intersticial. As provas de função respiratória revelaram alterações ventilatórias do tipo obstructivo. A manometria esofágica evidenciou diminuição da pressão no esfíncter esofágico inferior e contracções de pequena amplitude no corpo do esófago. Foi prescrito cinesioterapia respiratória, corticoesteróides e cisapride por via oral. O doente mantém-se estável 19 meses após o início do quadro clínico.

As formas de esclerodermia localizada são, em geral, doenças dermatológicas, de evolução crónica geralmente favorável. A sua relação com a esclerose sistémica não é clara. Foram descritas alterações imunológicas e, mais raramente, lesões viscerais sobretudo em certas formas de esclerodermia localizada extensas ou profundas. As duas entidades partilham um certo número de características, como as alterações cutâneas anatomopatológicas, e poderão representar dois extremos do espectro de uma mesma doença.

P5

S. ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS CATASTRÓFICA EM CRIANÇA COM LES

M. Costa, H. Canhão, M. Pinto, M. Correia, T. Costa, V. Queiroz

Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Serviço de Pediatria, H.S.M., Lisboa

Os anticorpos antifosfolípidos ocorrem em cerca de 50% das crianças com LES iniciado em idade pediátrica, sendo responsáveis por fenómenos vaso-oclusivos, a Síndrome dos Anticorpos Antifosfolípidos, uma entidade clínica rara na infância.

Cervera e Asherson descreveram uma forma particular desta síndrome, caracterizada pela instalação súbita, em dias a semanas, de oclusões vasculares em múltiplos órgãos, a que designaram Síndrome dos Anticorpos Antifosfolípidos Catastrófica.

Na literatura estão descritos 21 casos, dos quais apenas 2 são em crianças.

Os autores descrevem o caso de uma menina de 9 anos com o diagnóstico de LES iniciado aos 6 anos por coreia, convulsões, anemia hemolítica, leucopénia, linfopénia e trombocitopénia. O estudo imunológico revelou hipo-complementémia e foram detectados os seguintes anticorpos: anti-nucleares, anti-DNA, anti-SSA, anti-SSB e antifosfolípidos. A sua doença esteve estável até Setembro de 1996, sob terapêutica imunossupressora (prednisona e azatioprina), quando de forma súbita se instalou febre, convulsões, hipertensão arterial, choque cardiogénico, confusão, livedo reticularis, vasculite cutânea e rash malar. Foi internada na Unidade de Cuidados Intensivos do Serviço de Pediatria do nosso hospital. Os exames laboratoriais efectuados revelaram anemia hemolítica, leucopénia, linfopénia, trombocitopénia, APTT prolongado, alteração das provas de função hepática, hiperamilasémia, proteinúria, hematúria e diminuição da clearance da creatinina. O ecocardiograma demonstrou uma endocardite de Liebman Sacks e acentuada hipocontratibilidade do miocárdio. A RMN craneana excluiu vasculite do SNC. A presença de anticorpos antifosfolípidos no soro associada à falência de múltiplos órgãos era compatível com a S. Anticorpos Antifosfolípidos Catastrófica, que foi diagnosticada de acordo com os achados da cintigrafia de perfusão do miocárdio e da biópsia renal. Houve uma excelente resposta clínico-laboratorial à terapêutica anticoagulante e imunossupressora. Neste momento a criança está assintomática; todavia medicada com warfine numa dose ajustada a $INR \geq 3$.

A evolução clínica é fatal na maioria dos casos descritos e o tratamento ideal é ainda controverso, contudo a anticoagulação contínua e prolongada é aceite pela maioria dos autores.

Este caso clínico ilustra a resolução clínica com esta terapêutica, não isenta de riscos, particularmente numa criança. São ainda discutidos as dificuldades no diagnóstico diferencial entre exacerbação do LES e a S. Anticorpos Antifosfolípidos Catastrófica.

P6

UM CASO DE PERFURAÇÃO INTESTINAL EM DOENTE COM LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)

F. Pimentel Santos, R. Lebre, P. Gonçalves, V. Tavares, J. Canas Silva, Serviços de Reumatologia e Cirurgia, Hospital Garcia de Orta, Almada

A sobrevida dos doentes com LES tem aumentado nos últimos anos como consequência de um diagnóstico mais precoce e de uma intervenção terapêutica mais eficaz. Embora as principais causas de morte no LES de longa duração estejam relacionadas com as complicações secundárias à terapêutica (principalmente as infecções), a actividade lúpica, particularmente os fenómenos de vasculite, continuam a ser uma causa de morte nestes doentes.

Os autores apresentam o caso de uma doente de 31 anos, com LES de 8 anos de duração, com envolvimento renal e do sistema nervoso, que motivaram terapêutica mantida com corticosteróides em doses elevadas (30-50mg) e azatioprina. A doente era também tóxico-dependente, referindo no entanto o abandono de drogas injectáveis no último ano antes do internamento. Era portadora de vírus da Hepatite B e C, sendo negativa para os HIV. Em 29/4/96 é internada no S. Urgência por quadro de dores abdominais difusas de instalação súbita, acompanhada de febre, sem vômitos ou alteração do trânsito intestinal, sendo a palpação abdominal difusamente dolorosa, com reacção peritoneal. A radiografia simples do abdomen revelou a presença de pneumoperitoneu. Durante a laparotomia exploradora foram identificadas duas perfurações do delgado e ascite purulenta. Iniciou antibioterapia e, por se admitir a existência de um processo de vasculite, foi aumentada a dose de corticosteróides e iniciada imunoglobulina humana. No pós-operatório a doente sofreu um enfarte agudo do miocárdio e no 9º dia de internamento assistiu-se ao reaparecimento da febre e da distensão abdominal, tendo sido novamente diagnosticada, por radiografia simples do abdomen, a existência de pneumoperitoneu. A 2ª laparotomia evidenciou uma perfuração gástrica e deiscência da anastomose da intervenção anterior. Posteriormente verificou-se uma rápida deterioração do quadro clínico, com falência multi-órgão e sepsis a *S. aureus*, tendo a doente falecido. O exame anátomo-patológico da peça intestinal obtida durante a laparotomia identificou granulomas com necrose "suja" e numerosos bacilos ácido-alcool resistentes.

Este caso clínico pretende ilustrar as dificuldades diagnósticas que os doentes com LES frequentemente colocam e a necessidade de ter sempre presente a hipótese de infecção, mesmo que em formas invulgares, como este caso de tuberculose intestinal demonstra.

POLICONDRITE RECIDIVANTE COM TRAQUEOBRONQUIOMALACIA GRAVE

A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO RARO

LM SANTOS, A MARQUES, CM ROSA, F MENESES, MF E COSTA E MV QUEIROZ

UNIDADE DE REUMATOLOGIA DO H.SANTA MARIA - LISBOA

A Policondrite Recidivante (PR) é uma doença rara, de etiologia desconhecida, caracterizada por episódios inflamatórios recorrentes das cartilagens. Atinge indivíduos de ambos os sexos, em qualquer idade, alcançando uma incidência máxima na quarta década de vida. A sua mortalidade é mais elevada nas formas em que há envolvimento respiratório, sobretudo se este ocorrer na fase inicial da doença. Os autores apresentam um caso clínico de uma doente de 59 anos de idade com uma história de poliartrite assimétrica, seronegativa, não nodular, não erosiva e não deformante, envolvendo as articulações das mãos (MTCF's, IFP's e IFD's), punhos, cotovelos, ombros, joelhos e 1ª MTF do pé direito, com três anos de evolução. Concomitantemente com o início do quadro articular a doente apresenta condrite auricular bilateral, com "orelhas em abano" e condrite nasal com "nariz em sela". Foi efectuada biópsia nasal que no entanto só interessou mucosa. Em Dezembro de 1994, é internada por dispneia intensa, não tolerando o decúbito, tosse e expectoração mucosa, evoluindo desde há três meses. A doente referia desde há dez anos acessos de dispneia paroxística e infecções respiratórias de repetição que cediam parcialmente à terapêutica broncodilatadora. Ao exame objectivo apresentava-se polipneica, com murmúrio vesicular globalmente diminuído, sibilos e tempo expiratório prolongado. Apresentava leucocitose com neutrofilia (26 000 leucocitos com 97% de Neutrófilos), VS e Alfa dois aumentadas. Iniciou terapêutica com corticosteróides e broncodilatadores, mantendo a dispneia de repouso. Fez TAC Torácico e Broncofibroscopia que revelaram diminuição do calibre da traqueia e dos brônquios principais, com colapso da sua parede posterior nos movimentos inspiratórios e desaparecimento quase completo dos anéis da traqueia- apenas se visualizaram dois na extremidade superior. Dado o envolvimento da traqueia e dos brônquios foi colocada prótese dinâmica de Freitag. Durante a colocação a doente veio a fazer um pneumomediastino e paragem respiratória, da qual resultou a morte, não se podendo avaliar a eficácia da prótese respiratória neste caso. Dos casos descritos na literatura, não encontramos nenhum com envolvimento respiratório tão grave como este.

SAPHO: REVISÃO DE 5 CASOS CLÍNICOS

H. Santos, A. Faustino, E. Simões, C. Catita

Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

Introdução: O SAPHO (acrónimo de sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte) é um síndrome raro que engloba manifestações clínicas e radiológicas particulares, as quais surgindo em conjunto permitem colocar este diagnóstico. Muitas destas características surgem isoladamente noutras entidades clínicas distintas, com as quais o SAPHO se sobrepõe, motivando alguma dispersão na terminologia encontrada na literatura reumatológica e dificultando o seu diagnóstico.

Objectivo: Analisar 5 casos clínicos de SAPHO, revendo as suas manifestações clínicas, alterações laboratoriais, aspectos radiológicos e terapêuticas instituídas, procurando traços comuns de união e fazendo a sua confrontação com os dados da literatura.

Resultados: Dos 5 doentes estudados 4 eram do sexo masculino, com média de idades de 51 anos (40-61 anos). Em termos de manifestações clínicas todos os doentes apresentaram envolvimento articular periférico, torácico e axial. As artrites periféricas, em regra assimétricas, tiveram uma evolução crónica com surtos de exacerbação, atingindo sobretudo joelhos, ancas, tibio-társicas e punhos. A nível torácico foram envolvidas as articulações esterno-costo-claviculares, esterno-costais e manúbrio-esternal. Axialmente, predominaram lombalgias, dores glúteas e cervicalgias de ritmo incaracterístico. Foram frequentes entesopatias dos calcâneos, joelhos e ombros. As manifestações cutâneas foram pustulose palmo-plantar, foliculite, acne e necrobiose lipídica.

Laboratorialmente, destacaram-se: VS elevada (em dois casos > 100), PCR positiva, Fibrinogenio elevado (em alguns casos > 600) e hipergamaglobulinémia, associadas à ausência de Factores Reumatóides, ANA e HLA B27.

O exame histológico da membrana sinovial realizado em 2 doentes revelou uma sinovite inespecífica sem hiperplasia sinovial.

Radiologicamente observaram-se as características erosões, osteíte e hiperostose a nível articular periférico, torácico e axial, sendo ainda muito frequentes a anquilose articular (predomínio de tibio-társicas e MTF), sindesmofitos, ossificação paravertebral, esclerose das sacro-iliacas e sinfise púbica. A TAC das esterno-costo-claviculares realizadas em dois doentes confirmou a existência de erosões e osteíte destas articulações.

Em termos terapêuticos, todos os doentes foram medicados com AINE's e três doentes efectuaram corticosteróides em baixa dose diária. Como terapêuticas de fundo, 4 doentes fizeram Metotrexato, um Salazopirina e um Ciclosporina.

Conclusões: Globalmente, os nossos doentes apresentaram características clínicas, laboratoriais e imagiológicas de acordo com o descrito na literatura. Foram aspectos sugestivos desta patologia a ocorrência de uma poliartrite assimétrica sero-negativa, as manifestações cutâneas descritas, parâmetros biológicos inflamatórios (VS, PCR e Fibrinogénio) muito elevados, e a existência das características alterações radiológicas.

LM SANTOS, H CANHÃO, P COELHO, CM ROSA, JA PEREIRA DA SILVA E MV QUEIRÓZ

UNIDADE DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL DE S.MARIA. 1699 LISBOA CODEX-PORTUGAL

As manifestações músculo-esqueléticas são pouco frequentes durante a evolução da Sífilis Secundária e Terceária. A artrite pode complicar a evolução da doença em cerca de 4% a 8% dos casos de acordo com os dados da literatura recente. Os autores apresentam um caso clínico de Artrite Sifilitica numa jovem de 21 anos, estudante, aparentemente saudável até Maio de 1995. altura em que é internada por instalação aguda de oligoartrite envolvendo o cotovelo e ombro direitos e os joelhos. Apresentava concomitantemente rash maculopapular rosáceo, não pruriginoso, dos membros superiores, não poupando a face palmar de ambas as mãos, onde eram visíveis lesões em alvo, e da face anterior do tronco. Apresentava também febre (37,5°C) e adenopatias cervicais e inguinais de pequenas dimensões, elásticas e não dolorosas. Quatro meses antes tinha mantido relações sexuais com um indivíduo com Sífilis Primária, não tendo feito na altura qualquer terapêutica. Durante o internamento a doente efectuou os seguintes exames complementares de diagnóstico: Hemograma e Leucograma- sem alterações; V.S.-100 mm/1ª Hora; R.A. Teste e W.Rose- negativos; ANA'S, anti DNA, Anti Sm, Anti RNP, Anti Scl 70, SSA e SSB não detectáveis no Soro; Anticorpos Anti HIV1 e HIV2- negativos; Marcadores de Hepatite A,B e C- negativos; VDRL- reactivo (256 Dills); TPHA- reactivo (1:5120); Artrocentese do joelho - liquido sinovial com um total de 1 300 células/mm³ (PMN-80%, Linfocitos-20%); Exame bacteriológico do liquido sinovial - negativo incluindo o efectuado em meio de Lowenstein e em meio de crescimento para Neisseria Gonorrea; Biópsia da sinovial do joelho - "Membrana sinovial com exsudado fibrino granulocitário e tecido de granulação rico em granulócitos neutrófilos. Não se observam agregados linfóides nem cristais."; Pesquisa de Gonococcus no exsudado vaginal - negativa. A doente foi medicada com Penicilina Benzatinica- três tomas I.M. de 1 200 000 Unidades, com remissão completa do quadro clínico após a 1ª. toma e evolução favorável do VDRL (256/32/4 Dills) e do TPHA (1:5120, 1:1030, 1:80). O quadro clínico de artrite aguda com rash cutâneo característico e a boa resposta à terapêutica com penicilina são aspectos típicos de artrite sifilitica. Esta situação é rara, mas recentes dados epidemiológicos indicam que está em crescimento. Por isso, apesar da sua raridade, a Sífilis deve fazer parte do diagnóstico diferencial de uma mono/oligoartrite aguda, principalmente em indivíduos jovens ou com história epidemiológica sugestiva.

José A. P. Silva; Dolores Nour; J. Silva, A. Malcata, C. Reis, J. Moura; A. Porto. Serviço de Medicina III e Reumatologia. H.U.C. Coimbra.

A eficácia e qualidade dos cuidados médicos em Reumatologia exige uma estreita colaboração e entendimento entre os especialistas desta área e de Medicina Familiar, não só com vista ao diagnóstico e tratamento atempados mas também à segurança das terapêuticas e rastreio de complicações. Esta necessidade é particularmente reforçada no nosso país, pela escassez de consultas de Reumatologia.

Os autores fazem a apresentação de um modelo simples de comunicação, de base informática, em funcionamento na Consulta Externa de Reumatologia dos H.U.C.. Este processo permite atingir, com custos baixos, os seguintes objectivos:

1. Priorização da admissão à consulta, reduzindo os tempos de espera dos doentes que mais têm a beneficiar. Será apresentado o protocolo de informações mínimas para envio à consulta, a preencher pelo médico de família, que serve de base à selecção;

2. Comunicação regular com o Médico responsável pelo doente: em cada consulta, o Reumatologista dita uma carta, com indicação dos diagnósticos principais e tratamentos crónicos e resumando a observação, orientação diagnóstica e terapêutica, intercorrências mais frequentes e colaboração pedida. Esta informação de retorno poderá desempenhar um papel central na melhoria dos cuidados aos doentes ambulatoriais e permitir ainda um espaçamento das consultas da especialidade, com conseqüente abertura de mais primeiras consultas. Será apresentado um modelo de carta.

3. Informatização da Consulta: todos os elementos administrativos e clínicos dos doentes, bem como as cartas, ficarão registadas, do mesmo passo, na base informática, permitindo a rentabilização da consulta e o acesso rápido à casuística.

4. Formação contínua: tanto o inquérito de envio como, sobretudo, a informação de retorno, poderão dar contributo considerável à formação contínua dos Médicos de Família em Reumatologia, com conseqüentes reflexos na prestação de cuidados nesta área, e contribuir ainda para o rigor de análise clínica e registo, por parte dos Reumatologistas.

P11 INFLUÊNCIA DO SEXO E IDADE SOBRE O LIMIAR DE DOR.

Cândida Silva, Jorge Monteiro e José António P. Silva.
Serviço de Medicina III e Reumatologia. H.U.C. Coimbra.

A valorização da dor pelo médico é necessariamente subjectiva e como tal influenciada por conceitos culturais não demonstrados, que podem afectar de forma decisiva a apreciação clínica de muitas doenças reumáticas.

Objectivos. O objectivo deste trabalho consiste em testar os conceitos de que existem diferenças significativas entre os sexos e as idades na sua capacidade de suportar a dor.

Métodos. Foram avaliados quarenta médicos dos H.U.C. (20H; 20M), saudáveis, distribuídos por dois grupos etários: 25-30 e 47-53 anos de idade. Todas as mulheres eram pré-menopáusicas. Foram excluídos os portadores de doença neurológica ou de alterações gonádicas significativas, bem como os que recebiam medicação de índole "psiquiátrica", analgésica ou anti-inflamatória. O limiar de dor foi apreciado por aplicação de dolorímetro (Chatillon®) em 11 pontos corporais, não relacionados com a fibromialgia, incluindo 6 pontos musculares e cinco ósseos. Análise estatística por teste de U de Mann-Whitney.

Resultados. Influência da idade: Não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos etários em qualquer dos sexos.

Influência do sexo: As mulheres apresentaram um limiar médio de sensibilidade à dor significativamente inferior ao dos homens, quer no grupo etário mais jovem (M: 4,49 ± 1,1 Kg vs H: 8,55 ± 0,41 Kg; p<0,0001), quer no grupo etário superior (M: 4,3 ± 1,5 Kg vs H: 8,7 ± 0,8 Kg; p<0,001).

Conclusões. As mulheres parecem ter um limiar de sensibilidade à dor por pressão inferior aos dos homens. Estas diferenças não são necessariamente extensíveis a outros tipos de dor, nomeadamente inflamatória. A idade, dentro dos limites estudados, não parece influenciar o limiar de dor, em qualquer dos sexos.

P12 INFLUÊNCIA DO SEXO E IDADE SOBRE O CONTROLO NEURO-MUSCULAR E ATENÇÃO CONCENTRADA.

Jorge Monteiro, Cândida Silva e José António P. Silva.
Serviço de Medicina III e Reumatologia. H.U.C. Coimbra.

As quedas e pequenos acidentes constituem um factor de risco importante para a ocorrência de fracturas osteoporóticas. É facto reconhecido que as mulheres idosas sofrem maior número de quedas do que os homens, agravando o risco de fractura, já aumentado pela maior prevalência de osteoporose.

Objectivos. O objectivo central deste trabalho é testar a hipótese de que existem diferenças significativas no controlo neuro-muscular entre os sexos e grupos etários e avaliar a potencial influência das hormonas sexuais nessas diferenças.

Métodos. Foram avaliados quarenta médicos dos H.U.C. (20H; 20M), saudáveis, distribuídos por dois grupos etários: 25-30 e 47-53 anos de idade. Todas as mulheres eram pré-menopáusicas. Foram excluídos os portadores de doença neurológica ou de alterações gonádicas significativas, bem como os que recebiam medicação de índole "psiquiátrica". O controlo neuro-muscular foi apreciado por estabilómetro Biodex®, de acordo com as instruções do fabricante, avaliando-se o equilíbrio e estabilidade em plataforma instável, bem como pelo "Finger Tapping Test", que aprecia a destreza manual. Estudámos a atenção concentrada por aplicação do teste de Toulouse. Análise estatística por teste de U de Mann-Whitney.

Resultados. Influência da idade: No sexo feminino observámos uma deterioração significativa do tapping (p=0,01), e um declínio da estabilidade que se aproximou da significância estatística (p=0,07). Os valores de equilíbrio não mostraram alteração significativa. No sexo masculino, verificámos estabilidade dos valores, sem alteração significativa de qualquer dos parâmetros de controlo neuro-muscular. No que se refere à atenção concentrada observámos uma deterioração significativa com a idade, em ambos os sexos.

Influência do sexo: As mulheres jovens apresentaram resultados superiores aos dos homens jovens no que se refere ao equilíbrio (p<0,05) e estabilidade (p<0,05). Esta diferença sexual não se observou no escalão etário superior. Os resultados do "tapping" não mostraram diferenças intersexuais significativas em qualquer dos grupos etários. Quanto à atenção concentrada não observámos diferença intersexual significativa, em qualquer dos grupos etários.

Conclusões. A idade parece determinar, no sexo feminino uma deterioração da estabilidade corporal e da destreza manual, o que se não observa no sexo masculino. As mulheres parecem apresentar melhor controlo de equilíbrio e estabilidade na idade mais jovem, "vantagens" que se perdem no grupo etário superior. A atenção concentrada diminui com a idade em ambos os sexos.

P13 **ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO EM REUMATOLOGIA:
DIAGNÓSTICO E OPÇÃO TERAPÊUTICA**

**A. Faustino, M. Parente, H. Santos, C. Catita,
Instituto Português de Reumatologia, Lisboa**

Introdução: O Angioedema Hereditário (AH) é uma doença sistémica caracterizada por surtos de instalação súbita de lesões eritematosas maculo-papulares, envolvendo os membros superiores ou inferiores, lábios ou pálpebras. Deve-se a uma activação do complemento, com depósito de imunocomplexos nas camadas profundas da derme. Não sendo classicamente uma doença reumática, pode surgir numa Consulta de Reumatologia, habitualmente devido ao facto de as lesões cutâneas justa-articulares, apresentando sinais inflamatórios marcados, se confundirem com um processo de artrite. Nestas circunstâncias, cabe ao Reumatologista concretizar o diagnóstico, excluir patologias reumatológicas que poderão estar subjacentes, e testar a melhor opção terapêutica.

Objectivo: Descrever três casos clínicos de AH diagnosticados numa Consulta de Reumatologia, enunciar as bases analíticas que permitiram tal diagnóstico, e apontar a terapêutica instituída.

Resultados: Em duas das três doentes, a apresentação clínica foi descrita como "oligoartrite" recidivante, auto-limitada (cerca de 3-4 dias de duração), envolvendo mãos (por vezes com edema difuso), punhos, cotovelos, joelhos e tornozelos. Melhor caracterizadas em face de surto agudo, foi possível concretizar uma origem exclusivamente cutânea para as lesões. O diagnóstico laboratorial assenta em: diminuição do inibidor de C1 esterase e diminuição de C4, com normalidade de todas as restantes fracções do complemento testadas. As terapêuticas habitualmente preconizadas para estes casos (anti-androgénios como o danazol, ou anti-fibrinolíticos), revelam-se em regra muito mal toleradas, pela intensidade e desconforto dos efeitos secundários a que invariavelmente estão associadas. Tal facto levou a testar-se o resultado clínico e laboratorial de uma baixa dose diária de *Deflazacort* (6-9 mg/dia). Os resultados foram positivos, com aumento dos intervalos livres de crises e normalização dos valores de C4.

Conclusão: A identificação de um caso clínico de AH torna-se importante pela iatrogenia que poderá evitar e pela boa resposta clínica com uma baixa dose de corticosteróides.

P14 **CONTRIBUTO DA ABSORCIOMETRIA BIFOTÓNICA (DEXA) NOS DIFERENTES TIPOS DE COXOPATIA**

L Costa *, B Mazieres **, J Bernard ***, A Cantagrel **, M Laroche **

* : Serviço de Reumatologia, Hospital do Conde de Bertandos - Ponte de Lima, Portugal

** : Serviço de Reumatologia, CHU Rangueil, Toulouse, France

*** : Serviço de Medicina Interna, Hopital Larrey, Toulouse, France

A densitometria bifotónica permite determinar com uma precisão de 1% e uma reprodutibilidade de 1 a 3%, a densidade mineral óssea (DMO) em todos os pontos do esqueleto humano. A osteonecrose da anca caracteriza-se nos estados iniciais por uma radiologia normal, seguida de uma heterogeneidade da cabeça do fémur e da individualização do sequestro. De facto, Arlet e Ficat mostraram que a necrose medular era muito mais extensa e compreendia o colo femural e o trocanter. Serão as anomalias medulares associadas a anomalias ósseas que a radiografia não permite identificar ? Qual é a importância real da desmineralização na algodistrofia da anca ? A condensação do osso subcondral existente na artrose será extensiva às regiões epifisiárias e metafisiárias ?

Material e Método

A fim de responder a estas questões, nós estudamos 3 grupos de doentes: 22 osteocrenoses da anca (ON), 8 algodistrofias (AD) confirmadas por RMN, 16 coxartroses (CX) em fase de prótese e comparamos estes doentes a 22 controles (C) sem coxopatia, com DMO na coluna lombar e colo do fémur normal.

A DMO foi medida por absorciometria bifotónica por Raio X, num DPXL Lunar automaticamente ao nível do colo femural total, do triângulo de Ward e do trocanter, e em janelas determinadas manualmente ao nível da cabeça do fémur.

Resultados

Comparação inter-grupos

Só nas AD as DMO a nível da cabeça do fémur, do colo e do trocanter são mais baixas que as dos controles. Qualquer que seja a patologia (ON, AD, CX), a DMO no trocanter é mais baixa comparativamente aos controles.

Comparação, em cada grupo do lado doente ao lado são

Nos doentes com AD a DMO é sempre inferior do lado doente, qualquer que seja o local da medição.

No grupo das CX não há diferenças significativas. Na ON a DMO do colo e do trocanter são mais baixas do lado afectado.

Discussão

A DEXA confirma a desmineralização difusa da algodistrofia da anca. Na ON ou na CX, a hiperdensidade radiológica da cabeça do fémur não é confirmada pela DEXA.

Pelo contrário, qualquer que seja o tipo de coxopatia, o trocanter aparece significativamente desmineralizado talvez devido ao efeito da sub-utilização e da diminuição das forças de impacto.

P15

**FIBROMIALGIA E ARTRITE REUMATÓIDE: Estudo de Avaliação
Psicopatológica**
Manuel J. Quartilho; José António P. Silva; F. A. Veiga; A. Porto.
**Hospitais da Universidade de Coimbra, Serviço de Medicina III -
Reumatologia, Coimbra**

Objectivos: Este trabalho baseia-se na hipótese de que os doentes com fibromialgia, quando comparados com doentes sofrendo de artrite reumatóide, têm pontuações mais elevadas nas medidas de depressão, psicopatologia geral, comportamento de doença anormal e amplificação somática.

Material e Métodos: O estudo foi levado a cabo no Serviço de Medicina III dos HUC (Consulta de Reumatologia). Foram incluídos todos os doentes consecutivos com os diagnósticos de fibromialgia (FM, n=100) e artrite reumatóide (AR, n=100). Os diagnósticos foram feitos de acordo com os critérios do ACR e os de exclusão incluíram iliteracia e/ou déficits sensoriais ou comunicacionais incompatíveis com a natureza do estudo. Ambos os grupos de doentes completaram a bateria de investigação, constituída pelo Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (Vaz Serra 1994), Brief Symptom Inventory (Derogatis 1993), Illness Behaviour Questionnaire (Pilowsky e Spence 1994) e Somatosensory Amplification Scale (Barsky et al. 1990). A análise estatística incluiu uma análise de variância e o teste t de Student, mediante recurso ao programa Statview.

Resultados: Para os doentes com fibromialgia, a escala de depressão mostrou pontuações mais elevadas, estatisticamente significativas. Verificou-se o mesmo padrão relativamente à escala de psicopatologia geral, tanto nos índices globais como nas nove dimensões patológicas contempladas. O Questionário de Comportamento de Doença mostrou valores mais elevados apenas em três das suas sete escalas: focagem psicológica *versus* somática, perturbação afectiva e irritabilidade. A escala de negação, pelo contrário, revelou valores mais baixos, também estatisticamente significativos. A escala de amplificação somática, finalmente, mostrou valores mais elevados, estatisticamente significativos.

Discussão: Os resultados relativos à presença de depressão em doentes com fibromialgia estão de acordo com um volume substancial da literatura sobre o assunto. A maior importância aparente de sintomas psicopatológicos gerais nestes mesmos doentes coincide também com dados da literatura e concorda com a impressão clínica geral dos profissionais de saúde envolvidos. O conceito de comportamento de doença anormal, tal como foi definido, não parece ajustar-se a estes mesmos doentes. O respectivo questionário, contudo, permite o reconhecimento de doentes que aceitam ajuda psiquiátrica, têm sintomas disfóricos reactivos a contextos situacionais negativos e problemas importantes de natureza interpessoal. Finalmente, o conceito de amplificação somática parece ser útil na avaliação diferencial da intensidade e carácter pernicioso dos sintomas, nos grupos considerados.

P16

SÍNDROME DE REITER COM ATINGIMENTO DAS ARTICULAÇÕES CRICOARITNÓIDEIAS EM DOENTE COM LEUCÉMIA LINFÁTICA CRÓNICA.

S. Oliveira, L. Areal, A. Horta, A. S. Castro, L. S. A. Capucho - Lisboa.

Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, de 54 anos de idade, que recorre à consulta do H. S. A. C. por gonartrite bilateral e artrite da tíbio-társica esquerda, com grande incapacidade para a marcha e emagrecimento de cerca de 8 Kg., tendo surgido durante a investigação, disúria e conjuntivite bilateral. Perante uma serologia positiva para *Chlamydia Trachomatis*, iniciou-se terapêutica com doxiciclina, mas o quadro clínico agravou-se, aparecendo então lesões cutâneas de queratodermia blenorragica, balanite, glossite, e enfim, estenose uretral e disfonia marcada, cujo estudo mostrou artrite das cricoaritrnóideias. Por outro lado, o doente apresentava leucocitose com linfocitose absoluta e relativa e a fenotipagem dos linfócitos, o mielograma, a biópsia óssea e as TAC toraco-abdomino-pélvica confirmaram o diagnóstico de L.L.C..

Apresentamos este caso pela raridade clínica que é o atingimento das articulações cricoaritrnóideias no Síndrome de Reiter e pela particularidade da associação com L.L.C..

TUBERCULOSE E DOENÇA DE BEHÇET

M.P.Araújo, A.Messias, M.C.Rosa, J.V.Brito, M.C.Mor, M.C.Carvalho, J.Clemente

Serviço de Medicina II do Hospital de São Bernardo, Setúbal
Serviço de Dermatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada

Os autores apresentam um caso clínico de uma doente de 36 anos de idade, raça caucasiana, que em Janeiro de 96 surge com nódulos, duros, dolorosos e recidivantes nos membros inferiores que posteriormente necrosavam evoluindo para ferida. Concomitantemente tinha dores articulares de ritmo inflamatório em ambas articulações tibiotársicas e joelhos, úlceras orais de cor branca recorrentes e dolorosas na mucosa bucal, língua e orofaringe curando sem cicatrizar e lesões ulceradas vaginais recorrentes. Salienta-se dos antecedentes pessoais cistites e pielonefrites de repetição. Antecedentes familiares irrelevantes. A avaliação histopatológica da biópsia cutânea revelou presença de granulomas tuberculóides com células gigantes multinucleadas. A doente iniciou terapêutica em Fevereiro de 97 com rifampicina, isoniazida e pirazinamida com alívio progressivo das dores articulares, mantendo as lesões cutâneas e vaginais recorrentes. Tecem-se algumas considerações sobre a associação de Doença de Behçet com a Tuberculose.

CRISE RENAL DE ESCLERODERMIA COM HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA E PROVÁVEL VASCULITE

M J Leandro, A Marques, J A Pereira da Silva, M Viana de Queiroz.

Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas. Hospital de Santa Maria, Lisboa.

A esclerose sistémica (ES) é uma doença caracterizada por deposição excessiva de colagénio na pele e órgãos internos, e por alterações dos capilares e das artérias de pequeno calibre. Quadros de vasculite têm sido ocasionalmente descritos em doentes com ES. Descrevemos um caso de ES complicada de provável vasculite retiniana, crise renal de esclerodermia com hipertensão arterial acelerada e hemorragia pulmonar alveolar difusa (provável vasculite pulmonar alveolar).

Doente do sexo feminino, de 52 anos de idade, com ES com 16 anos de evolução: foi internada por retinopatia grave com diminuição acentuada da acuidade visual. HTA acelerada e insuficiência renal rapidamente progressiva. Referia no último ano episódios isolados de valores tensionais elevados. Três semanas antes do internamento diminuição súbita, acentuada da acuidade visual e cefaleias. A fundoscopia, 3 dias depois, mostrou alterações sugestivas de retinopatia isquémica bilateral. Foi prescrita prednisona oral, 50 mg/dia. Uma semana mais tarde a doente apresentava HTA grave (200/150 mmHg). Iniciou terapêutica com captopril e diminuição da prednisona para 40 e posteriormente 30 mg/dia. Uma semana depois mantinha HTA grave e a observação oftalmológica colocou a dúvida de diagnóstico diferencial entre vasculite retiniana associada às conectivites e retinopatia hipertensiva. Uma semana mais tarde foi internada com HTA acelerada, insuficiência renal rapidamente progressiva e retinopatia hipertensiva de grau IV. Prescrita terapêutica antihipertensiva com subida da dose do captopril, nifedipina, furosemido e diminuição progressiva da corticoterapia até a 10 mg/dia, com eficácia no controlo da HTA mas continuação do agravamento da função renal nos 5 dias seguintes. O resultado da angiografia fluoresceínica, conhecido nesta altura, era compatível com ambos os diagnósticos: vasculite retiniana associada às conectivites e retinopatia hipertensiva. Ao 11º dia de internamento, iniciou quadro de dispneia rapidamente progressiva e expectoração hemoptóica, abundante, com hipoxémia grave (PaO₂ 30.2 mmHg) que não respondeu à terapêutica com oxigénio com máscara (FIO₂ 50%). O radiograma convencional do tórax mostrou imagens de condensação alveolar bilaterais, difusas. A doente foi ventilada vindo a falecer 2 dias depois.

Em doentes com ES têm sido esporadicamente descritos quadros de vasculite, incluindo vasculite cutânea, envolvimento do sistema nervoso periférico e do SNC, da pleura e do pericárdio e do parênquima pulmonar. Estas descrições poderão ter implicações no tratamento de alguns doentes com ES. Nesta doente o diagnóstico diferencial entre vasculite retiniana associada com as conectivites e retinopatia hipertensiva, assim como o aparecimento de insuficiência renal rapidamente progressiva sob corticoterapia, condicionou a sua terapêutica, permanecendo a dúvida se a terapêutica agressiva inicial com imunossuppressores não seria a mais adequada.

- P19 DERMATOMIOSITE / POLIMIOSITE - 4 CASOS CLÍNICOS**
M.N.NEVES, A.PITRA, M. SANTOS, M.G.FERRAND, E.TEIXEIRA, J.GREGÓRIO
- A Dermatomiosite e a Polimiosite são transtornos de etiologia desconhecida em que os músculos esqueléticos resultam danificados por um processo inflamatório não supurativo onde predomina a infiltração linfocitária. Um terço dos casos associam-se a doenças do tecido conectivo e em 10% dos doentes o processo está associado a neoplasia.
- Os autores apresentam 1 caso de Dermatomiosite e 3 casos de Polimiosite.
- 1º caso: Doente de 74 anos, do sexo feminino, internado em Novembro de 1988, com história, de início 3 meses antes, de artralguas das grandes e pequenas articulações, do tipo inflamatório, simétricas e aditivas, rigidez matinal superior a 2 horas, mialgias e fraqueza muscular proximal.
- 2º caso: Doente de 27 anos, do sexo feminino, internado em Novembro de 1995, por derrame pericárdico e dispneia de esforço. Referia aparecimento progressivo, 2 anos antes, após o parto, de cianose das extremidades dos dedos das mãos, fenómeno de Raynaud, quadro depressivo, fraqueza muscular a nível da cintura pélvica e dispneia de esforço; nos últimos 6 meses sensação de peso retro-esternal, agravamento da dispneia de esforço e edemas periféricos
- 3º caso: Doente de 44 anos, do sexo feminino, internado em Setembro de 1995, por astenia, artralguas e edemas dos membros inferiores, com 4 meses de evolução. Detectado no internamento fraqueza muscular proximal.
- 4º caso: Doente de 74 anos, do sexo feminino, internado em Julho de 1996 por mialgias, fraqueza muscular proximal e lesões cutâneas, de agravamento progressivo ao longo de um ano; nos últimos 2 meses "secura dos olhos e da mucosa oral" e dispneia de esforço.
- Nos 4 casos verificaram-se elevação do nível das enzimas musculares, sinais de lesão muscular na electromiografia e confirmação do diagnóstico por biópsia muscular. O 4º caso apresentava lesões cutâneas da face sugestivas de Dermatomiosite. No 3º caso, ao fim de meio ano foi-lhe diagnosticado carcinoma da mama, tendo-se observado regressão da sintomatologia após a cirurgia.
- São abordados os vários aspectos ligados à clínica, diagnóstico e terapêutica.

- P20 TERAPÊUTICA DE FENÓMENO DE RAYNAUD GRAVE COM ISQUÉMIA DIGITAL COM NIFEDIPINA ORAL E NITROGLICERINA POR VIA TRANSDÉRMICA, NUM DOENTE COM ESCLEROSE SISTÊMICA**
M J Leandro, A Marques, J A Pereira da Silva, M Viana de Queiroz.
Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas. Hospital de Santa Maria. Lisboa.
- O fenómeno de Raynaud é descrito em 90% a 95% dos doentes com esclerose sistémica, sendo muitas vezes a primeira manifestação da doença. Complicações ligadas à isquémia digital são frequentes no decurso da evolução da doença. Vários fármacos têm sido utilizados na terapêutica a longo prazo, assim como no tratamento das fases agudas com compromisso digital por isquémia. Descrevemos o caso de um doente com esclerose sistémica com fenómeno de Raynaud grave com isquémia de vários dedos das mãos e dos pés, em que foi utilizada com eficácia a terapêutica combinada com nifedipina por via oral e nitroglicerina por via transdérmica.
- Doente do sexo masculino, de 56 anos de idade, com o diagnóstico de esclerose sistémica e síndrome de Sjögren secundário, com queixas iniciadas 4 anos antes, foi internado por quadro de fenómeno de Raynaud grave com isquémia de vários dedos das mãos e dos pés, iniciado 13 dias antes após exposição prolongada ao frio. O doente referia dor local intensa ao nível dos dedos envolvidos. Ao exame físico apresentava necrose da extremidade distal do 5º dedo da mão direita e alterações da coloração e úlceras da polpa digital de vários outros dedos das mãos e dos pés. A angiografia excluiu a existência de lesões arteriais tronculares e mostrou compromisso marcado da circulação digital. Foi prescrito repouso em ambiente aquecido, evitando a exposição ao frio, e limpeza e desinfeção das zonas envolvidas. O doente foi aconselhado a parar de fumar. Iniciou terapêutica farmacológica com vasodilatadores - nifedipina oral (30mg/dia, com posterior aumento progressivo até 60mg/dia) e nitroglicerina por via transdérmica (2 discos de 10mg/24 horas) - e antiagregantes plaquetários - ticlopidina (250mg 2x/dia) posteriormente substituída por dipiridamol (75mg/dia). Como efeitos secundários há a referir cefaleias e hipotensão ortostática que não obrigaram à suspensão da terapêutica. Esta terapêutica foi eficaz no controlo da dor, na regressão das lesões isquémicas reversíveis e cicatrização das úlceras cutâneas digitais.
- O tratamento do fenómeno de Raynaud permanece difícil e envolve com frequência a utilização de vasodilatadores por via oral ou endovenosa. A terapêutica convencional baseia-se na utilização dos bloqueadores dos canais de cálcio por via oral e, mais recentemente, de iloprost (um análogo da prostaciclina) por via endovenosa. A aplicação tópica de nitroglicerina ou nitratos tem sido referida como sendo útil. Neste doente a terapêutica combinada, acima descrita, mostrou-se eficaz, apesar de só ter sido iniciada vários dias após o início do quadro de isquémia.

**DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO RAPIDAMENTE PROGRESSIVA,
COM VASCULITE CUTÂNEA E DIGESTIVA**

Fonseca JE, Reis P, Ventura P, Pereira da Silva J A, Viana Queiroz M
Unidade de Reumatologia e Doenças Osteometabólicas, Serviço de Medicina IV,
Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

A doença mista do tecido conjuntivo combina aspectos característicos do lupus eritematoso sistémico (LES), da esclerose sistémica e da polimiosite. Tem uma prevalência cerca de quatro vezes inferior ao lúpus e tem um prognóstico considerado classicamente melhor que o LES. Contudo, esta interpretação tem sido contestada devido ao relato de alguns casos particularmente agressivos. Descrevemos aqui o caso de uma doente de 46 anos que veio a falecer 4 meses após o início da doença.

A doente foi internada por mialgias e diminuição da força muscular, que apresentava desde há dois anos fenómenos de Raynaud e nos últimos 4 meses episódios recorrentes de poliartrite, queda do cabelo, aftose oral, astenia, aumento progressivo da espessura da pele das mãos, e gradualmente de todo o membro superior, aparecimento de síndrome do canal cárpico bilateral, limitação da abertura do orifício bucal, disfagia e regurgitação. No último mês registou-se um quadro rapidamente progressivo de mialgias na região proximal dos membros superiores e inferiores com diminuição da força muscular acentuada. Ao exame objectivo a doente apresentava palidez da pele e mucosas, diminuição da abertura do orifício bucal, xerostomia, telangiectasias da face, aumento de espessura da pele com perda de elasticidade, atrofia da polpa dos dedos, síndrome canal cárpico bilateral, limitação mobilidade das mãos e dos cotovelos, dor à palpação muscular da região proximal dos membros, associada a diminuição da força muscular. Eram também evidentes lesões cutâneas ulceradas no abdómen, dorso e região glútea. A auscultação cardíaca revelava um sopro II/VI sistólico na área tricúspida e a auscultação pulmonar revelava ferveores crepitantes em ambas as bases pulmonares. Restante exame objectivo sem alterações significativas.

Laboratorialmente apresentava Hg - 10,5 g/dl (normocítica e normocrómica); VS - 110 mm na 1ª hora; creatinquinase - 2549 U/l, desidrogenase láctea - 1508 U/l, transaminase glutâmico-oxalacética - 200 U/l, transaminase glutâmico-pirúvica - 124 U/l, gamaglobulina - 67,9g/dl. Sem outras alterações bioquímicas relevantes. Imunologicamente apresentava positividade para anticorpos antinucleares, anti DNA ds, anti Sm, anti SSA, anti RNP; RA teste e Waller Rose negativos; complemento normal.

A biópsia muscular e o electromiograma confirmaram as alterações clínicas e enzimáticas de miosite. A biópsia das lesões cutâneas documentou a presença de vasculite e a capilaroscopia evidenciou a presença de megacapilares. As provas funcionais respiratórias mostraram um padrão restritivo e o ecocardiograma apresentava um derrame pericárdico concêntrico e uma insuficiência tricúspide com pressão na artéria pulmonar calculada em 58 mmHg (que aumentou no espaço de um mês para 80mmHg). A manometria esofágica revelou uma pressão do esfíncter esofágico inferior muito baixa e um corpo esofágico sem peristalse e a endoscopia alta evidenciou um cardia incompetente. A prova da D-xilose foi normal. Durante o internamento ocorreram rectorragias abundantes que necessitaram de aporte transfusional e rectosigmoidoscopia de urgência com esclerose de vaso visível em lesões ulcerosas semelhantes às cutâneas

Iniciou terapêutica com pentoxifilina, nifedipina e prednisolona na dose de 1mg/Kg/dia com diminuição das queixas musculares, remissão parcial das alterações enzimáticas e melhoria do fenómeno de Raynaud. Após a terapêutica com prednisolona surgiu hipertensão arterial só controlada com doses elevadas de captopril e nifedipina, sem degradação da função renal.

Durante o internamento, houve evidência ecográfica de agravamento da hipertensão pulmonar, apesar da terapêutica com doses de bloqueadores de canais de cálcio no limite de tolerância da tensão arterial sistémica (nifedipina 40 mg 6/6 horas). A doente faleceu no decurso de intercorrência infecciosa com quadro de síndrome de dificuldade respiratória do adulto (ARDS).

A doença mista do tecido conjuntivo tem um prognóstico muito variável, tendo-se inicialmente admitido uma sobrevivência de 90% aos 5 anos, mas os casos com evolução desfavorável recentemente descritos têm questionado este bom prognóstico. A evolução negativa tem sido relacionada principalmente com a hipertensão pulmonar progressiva. O caso apresentado, com uma evolução clínica particularmente agressiva e com manifestações de vasculite raras nesta doença, sugere que possam influenciar o prognóstico da doença mista do tecido conjuntivo factores como a velocidade de instalação das manifestações clínicas e o aparecimento de vasculite cutânea ou mucosa.

POLIMIALGIA REUMÁTICA-UM DIAGNÓSTICO ESQUECIDO?

P. Araújo, F. Pinheiro, I. Meirinho, F. Brandão. Serviço Medicina 3-
Hospital S.João-Porto

Apresentam-se três casos clínicos de Polimialgia Reumática, observados no Serviço de Urgência e na Consulta Externa do nosso serviço, durante um período de 2 meses.

Embora com quadro clínico de expressão variável, todos os doentes preenchiam os critérios de diagnóstico: idade superior a 50 anos, dor e rigidez matinal a nível da cintura escapular e pélvica, com duração superior a um mês, sintomas constitucionais e V.S. elevada. Foram excluídos outros diagnósticos, nomeadamente neoplasias e síndromes mielodisplásicas.

Instituiu-se terapêutica com prednisolona (15mg /dia), com melhoria clínica praticamente imediata.

De referir que todos os casos foram referenciados pelos seus médicos assistentes, sem diagnóstico, tendo já efectuado vários exames complementares. Dado tratar-se duma entidade clínica relativamente frequente e em que o tratamento com corticoterapia em doses baixas é altamente eficaz, a sua divulgação entre os médicos generalistas poderá contribuir para um mais fácil reconhecimento.

P23 **INFECÇÃO E LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO - REAVALIAÇÃO NOS 2 ÚLTIMOS ANOS**

H Canhão, JE Fonseca, JTeixeira Costa, J Pereira Silva, M Viana Queiroz
Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital Santa Maria, Lisboa

A infecção é uma das principais causas de morbidade e mortalidade nos doentes com LES. Em trabalho anterior efectuado há alguns anos na nossa Unidade, foram estudadas e caracterizadas as infecções em doentes lúpicos internados e avaliadas as relações com eventuais factores de risco.

Com o presente trabalho pretendemos fazer uma revisão desta situação, avaliando os internamentos na nossa unidade em 1995 e 1996. Caracterizámos o número total de infecções, analisámos o local, tipo e agente da infecção, assim como a eventual relação com corticoterapia prévia ou terapêutica imunossupressora.

Num total de 325 internamentos por doença reumatológica, registaram-se 49 internamentos (15%) por LES, sendo 47 internamentos em doentes do sexo feminino (95.9%), com uma idade média de 37.6 anos e 2 internamentos em doentes do sexo masculino (4%), com uma idade média de 19 anos. A média de internamento foi de 9.22 dias.

Observaram-se um número total de 19 infecções: 7 infecções respiratórias, 5 septicémias, 2 infecções cutâneas, 1 meningite, 1 bursite infectada, 1 pielonefrite, 1 cistite e 1 infecção vaginal. Em relação aos agentes foi possível isolar: Pneumococos numa das infecções respiratórias; nos casos de sepsis foram isolados E. coli, 2 Klebsiellas, 2 Candidas (tropicalis e albicans); numa das infecções cutâneas foi isolado um Estafilococos aureus; Klebsiella na pielonefrite e E.coli na infecção urinária; na infecção vaginal foi isolada Candida albicans; a meningite deveu-se a infecção pelo Mycobacterium tuberculosis. Do total das infecções, 3 foram consideradas oportunistas (sepsis a Candida albicans e Candida tropicalis e a meningite específica). Registaram-se 3 óbitos, nenhum atribuível a infecção (pancreatite necro-hemorrágica, falência multi-orgãos e EAM).

Em 45 casos (95.7%) registava-se corticoterapia prévia em ambulatório, com doses que variavam entre os 5mg/dia e os 40mg/d de prednisona. Em relação aos 2 doentes que não faziam corticoterapia prévia, num caso o diagnóstico de LES foi efectuado durante o internamento e o outro era uma doente de 62 anos admitida por AVC, já em hemodiálise há 15 anos.

Em relação à terapêutica imunossupressora, foram efectuados pulsos de metilprednisolona em 6 doentes, em 3 por anemia hemolítica, 2 por trombocitopenia e num por alveolite lúpica. Em 4 doentes foi efectuado pulso de ciclofosfamida devido a vasculite do SNC, o que correspondeu a 12 internamentos. 3 doentes faziam azatioprina em ambulatório (2 na dose de 100mg/d e 1 na dose de 50mg/d).

Não foi possível estabelecer uma relação entre a dose de corticoterapia prévia ou a administração de imunossupressores e a existência de infecção comum ou oportunista.

P24 **TIROIDE : FACE OCULTA DE QUADROS REUMATOLÓGICOS INCARACTERÍSTICOS**

A. Faustino, H. Santos, M. J. Mediavilla, C. Catita,
Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

Introdução: É de há muito conhecido que uma disfunção tiroideia (hiper ou hipotiroidismo) engloba no seu variado cortejo sintomático a possibilidade de surgirem múltiplas manifestações reumatológicas, cuja identificação em face de um quadro já diagnosticado se torna habitualmente fácil. Existe porém a possibilidade de ocorrerem alterações menos acentuadas da função tiroideia (em regra sob a forma de hipotiroidismo), de difícil diagnóstico clínico, responsáveis por variadas mas inespecíficas manifestações musculoesqueléticas.

Objectivo: Foram revistos 5 casos de doentes que recorreram ao Reumatologista com quadros clínicos muito incaracterísticos e a quem foi diagnosticado um hipotiroidismo. Da sua conjugação tentam-se extrair pistas de suspeição diagnóstica a considerar nestas situações.

Resultados: As manifestações reumatológicas mais frequentes foram dores musculoesqueléticas difusas (fibromialgia-like), mialgias (mais proximais), artralgias (predomínio nas mãos) e raquialgias globais. Foram constantes as queixas de edema das mãos e das pernas / pés, e de cansaço acentuado. No exame objectivo, não se encontraram pontos dolorosos de Fibromialgia ou alterações da força muscular. Laboratorialmente, dever-se-á suspeitar perante: macrocitose, elevação (discreta ou acentuada) de CPK, LDH ou aldolase, dislipidémia (resistente à terapêutica) ou alterações mínimas do metabolismo fosfocálcico. O Electromiograma apenas demonstrou um traçado miopático num doente e um Síndrome do Túnel Cárpico noutra. A Densitometria revelou em todos os doentes valores de massa mineral óssea abaixo do normal (feita previamente à terapêutica com hormona tiroideia).

As manifestações clínicas e as alterações laboratoriais foram revertidas ou melhoradas de forma significativa com a introdução de terapêutica com tiroxina.

Conclusões: Em face de um quadro reumatológico incaracterístico a que se associem determinadas alterações laboratoriais, dever-se à pedir uma avaliação analítica da função tiroideia, pelo baixo custo desta análise, por eliminar gastos desnecessários com outros procedimentos, mas sobretudo pela excelente resposta à terapêutica substitutiva.

P25 TERAPÊUTICA INTRA-ARTICULAR DA CAPSULITE ADESIVA DO OMBRO

A.B.Rosa, M.J.Leandro, P.Reis, H.R.Jesus, M.M.Costa, F.C.Dias, P.C.Coelho, L.M.Santos, M.J.Santos, F.Saraiva, J.B.Pimentão, M.V.Queiroz.

Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital de Santa Maria, Lisboa

INTRODUÇÃO: A terapêutica da capsulite adesiva do ombro com hexacetonido de triamcinolona intra-articular constitui uma opção utilizada na Unidade de Reumatologia do HSM.

OBJECTIVO: Avaliar a eficácia da terapêutica intra-articular da capsulite adesiva do ombro com hexacetonido de triamcinolona.

DOENTES E MÉTODOS: Foram estudados 15 doentes com capsulite adesiva do ombro (confirmada por artrografia) submetidos a injeção intra-articular por via anterior e com controle radioscópico de 40 mg de hexacetonido de triamcinolona. Daqueles 8 eram do sexo masculino e 7 do sexo feminino. A média de idades foi de 57 anos (limites: 45 e 63 anos). Foram tratados 10 ombros esquerdos e 5 direitos. Os doentes foram avaliados imediatamente antes e 1 mês após a terapêutica, sendo mensuradas a dor (pela escala analógica visual de 0 a 10) e a mobilidade activa do ombro em graus no que respeita à abdução, flexão e extensão. A terapêutica fisiátrica (com excepção da auto-mobilização) estava proscribida no período entre observações.

RESULTADOS: Foram obtidas as seguintes médias nos resultados:

	dia 0	dia 30
Dor:	6,33	3,00
Abdução:	78 graus	98 graus
Flexão:	94 graus	116 graus
Extensão:	46 graus	54 graus

Houve melhoria da dor em 14 doentes (1 doente não tinha dor), da abdução em 12 doentes (2 pioraram e 1 manteve o mesmo estado), da flexão em 13 doentes (1 piorou e 1 manteve o mesmo estado) e da extensão em 12 doentes (2 mantiveram o mesmo estado e 1 não foi avaliado). A aplicação do teste de Wilcoxon deu valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$) para a melhoria da dor ($W = -105$, $W < -57$ com $p: 0,048$), para a melhoria da abdução ($W = 61$, $W > 57$ com $p: 0,048$), para a melhoria da flexão ($W = 93$, $W > 57$ com $p: 0,048$) e para a melhoria da extensão ($W = 78$, $W > 58$ com $p: 0,02$).

CONCLUSÕES: A injeção intra-articular de hexacetonido de triamcinolona constitui uma terapêutica eficaz da capsulite adesiva do ombro.

P26 ARTRITE TUBERCULOSA SIMULANDO ESPONDILARTROPATIA - caso clínico

H Canhão, A Marques, P Coelho, MJ Santos, J P Silva, M V Queiroz
Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital Santa Maria, Lisboa

A artrite tuberculosa pode manifestar-se de múltiplas formas, porém a sua apresentação sob a forma de uma espondilartropatia é rara.

Apresentamos o caso clínico de uma doente do sexo feminino de 47 anos de idade, admitida na nossa Unidade de Reumatologia por lombalgia de ritmo inflamatório, artrite do joelho direito e dactilite do 2º dedo da mão esquerda, com cerca de 3 dias de evolução, precedidos de odinofagia e febre. Negava queixas osteoarticulares prévias. Da investigação efectuada destacava-se 11.6 g/dl de hemoglobina, leucócitos - 13900 com 69% PMN, velocidade de sedimentação - 115 mm/1ªh, proteína C reactiva - 10.4. Líquido sinovial: 36000 células com 94% PMN. A biópsia sinovial não interessou membrana. O Mantoux foi negativo e o mielograma normal. A cintigrafia óssea mostrava hiperfixação a nível da coluna lombar, sacroilíaca direita, 2º dedo da mão esquerda e joelho direito. Durante o internamento surgiu ainda dactilite do 4º dedo do pé direito e tenossinovite dos extensores.

Foi medicada com indometacina que se revelou ineficaz e posteriormente naproxeno 1000mg/dia, salazopirina 2g/dia e tramadol. Registou-se melhoria clínica, mantendo porém parâmetros analíticos elevados. Foi prescrito pulso com 1g de metilprednisolona com franca melhoria clínica e laboratorial.

Após a alta, surgiram culturas da membrana sinovial positivas em meio de Lowenstein. Foi iniciada terapêutica com tuberculostáticos.

Após cerca de um ano de follow-up, não se registaram novos episódios de artrite.

Neste caso, destacamos a raridade desta forma de expressão da artrite tuberculosa e o papel determinante da artrocentese e biópsia da sinovial para o estabelecimento do diagnóstico correcto.

P27 HEMOCROMATOSE IDIOPÁTICA - UM DIAGNÓSTICO TARDIO ?

F. Gamboa, P. Souto, J. Dinis Vieira, M. Borges Alexandrino, Polybio Serra e Silva. Serviço de Medicina II H.U.C., Coimbra.

A hemocromatose, doença autossómica recessiva, é uma das doenças genéticas mais comuns na raça branca (3 a 5/1000 nos Europeus). Frequentemente ligada ao alelo HLA-A3 (\pm 70%), também se observa com alguma incidência em indivíduos portadores dos alelos B7 e B14. A doença clinicamente evidente é dez vezes mais frequente nos homens, sendo estes afectados mais cedo do que as mulheres em idade fértil.

A artropatia constitui com frequência o primeiro sinal de hemocromatose, manifestando-se em até 50% dos doentes. Surge tipicamente entre os 40 e 50 anos, podendo no entanto aparecer antes dos 30, passar despercebida ou confundir-se com osteoartrite primária. As manifestações osteoarticulares são mais frequentes a nível das 2ª e 3ª articulações metacarpo-falângicas (condrocalcinose com pequenos quistos) mas estão também descritas outras alterações, eventualmente meras associações.

Apresentamos o caso da doente M.E.S., de 66 anos, raça branca, P.U. nº 211200010, que foi enviada à consulta de Medicina II em Agosto de 1987 pelo Serviço de Infecções com o diagnóstico de artrite reumatóide sero-negativa. A doente iniciara no ano anterior um quadro de febre, mialgias, astenia e artralgias bilaterais a nível das articulações metacarpo-falângicas, inter-falângicas proximais e punho, mais intensas pela manhã e aliviadas com AINE e água tépida. Foi medicada sucessivamente com Ridaura, Plaquinol e Salazopirina que suspendeu por perda de eficácia e/ou intolerância. Em 1995, com 74 anos, apresentou elevação dos valores das transaminases, tendo-se posto a hipótese de se tratar de iatrogenia; os valores de ferritina eram nesta altura superiores ao normal e a tipagem HLA revelou o alelo B14. Já em 1996, uma biópsia hepática revelou depósitos de ferro presentes em células de Kupffer e em hepatócitos peri-portais (grau 2 numa escala de 0 a 4) tendo iniciado então flebotomias periódicas. Posteriormente, verifica-se recaída das queixas artropáticas com a suspensão da Salazopirina

Apresentamos este caso, que discutimos não só pela forma de artrite como pela idade da doente.

P28

Manifestações Reumáticas na Doença Celíaca

J. Cardoso, M.ª J. Nabais, P. Souto, B. Alexandrino, P. Serra e Silva

A doença celíaca é uma enteropatia induzida pelo glúten, cujo diagnóstico continua a ser um desafio para o clínico, principalmente nos casos em que os sinais de má absorção não são evidentes.

Associa-se com alguma frequência a outras patologias, nomeadamente distúrbios endócrinos (ex. diabetes, doença de Graves, doença de Addison), alterações dermatológicas (ex. dermatite herpetiforme, psoríase), doenças do tecido conjuntivo (ex. síndrome de Sjögren, artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistémico, espondilite anquilosante, vasculite), doenças malignas (linfomas, carcinoma da faringe, esófago), outras patologias (ex. glomerulonefrites, cirrose biliar primária, doença inflamatória intestinal, epilepsia, demência). É também bem conhecida, a predisposição destes doentes para transtornos do metabolismo ósseo e mineral.

Os autores apresentam uma pequena casuística de sete doentes (cinco mulheres e dois homens), portadores doença celíaca, com idade média de diagnóstico 44 anos (22-67). Em três doentes havia uma clínica relativamente típica de má absorção, o mesmo não acontecendo nos restantes, que apresentavam sintomatologia bastante inespecífica. Nestes, foi preciosa a ajuda dos testes laboratoriais não invasivos - anticorpos anti-gliadina e anti-endomisio - na orientação para o diagnóstico. Entre os diversos achados clínicos associados, destaca-se a osteoporose objectivada em três casos, dermatite herpetiforme num caso e a positividade para alguns marcadores da remodelagem óssea.

Pretende-se deste modo lembrar uma vez mais, que esta patologia subdiagnosticada no adulto (principalmente pelo predomínio de sintomas extra-intestinais e/ou inespecíficos), pode ser causa de manifestações reumáticas, cujo tratamento terá de passar necessariamente por um controle da dieta.

DOENÇA INFECCIOSA MIMETIZANDO A POLIARTERITE NODOSA**Fonseca JE, Reis P, Pereira da Silva J A, Viana Queiroz M****Unidade de Reumatologia e Doenças Osteometabólicas, Serviço de Medicina IV,
Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal**

A poliarterite nodosa é uma doença inflamatória das artérias de pequeno e médio calibre, caracterizada por febre, emagrecimento, envolvimento cutâneo, articular, renal, abdominal e neuropatia periférica. Estão descritas várias doenças que podem simular este quadro clínico (mixoma auricular esquerdo, infecções por Staphylococcus, Gonococcus e Rickettsia, endocardite, doença de Lyme, linfoma e síndrome paraneoplásico), no entanto, que seja do nosso conhecimento, este é o primeiro caso associado a infecção por Streptococcus salivarius.

Apresentamos um caso de um doente de 28 anos que 1 mês antes do internamento inicia um síndrome febril com desconforto abdominal. Cerca de 4 dias antes do internamento surgem mialgias, artralgias e nódulos subcutâneos nos membros inferiores. O doente tinha antecedentes de possível febre reumática aos 8 anos e de sinusite crónica. Ao exame objectivo apresentava-se emagrecido, auscultação cardíaca sem sopros audíveis, auscultação pulmonar sem alterações, abdómen ligeiramente doloroso, com esplenomegália ligeira, adenopatia inguinal direita dolorosa, com mais de 1 cm de diâmetro, nódulos subcutâneos dolorosos com cerca de 2 cm de diâmetro no escavado politeu direito e no terço médio da diáfise tibial direita. Não existiam sinais inflamatórios articulares e o exame neurológico era normal.

Análiticamente apresentava leucocitose 23150 com 89% neutrófilos, velocidade de sedimentação - 34 mm na 1ª hora, proteína C reactiva - 10,5, trombocitose - 612000, hemoglobina - 11,9 g/dl, transaminase glutamicoxalacética - 45 U/l, transaminase glutamicopirúvica - 62 U/l, fosfatase alcalina - 110 U/l, gamaglutamiltranspeptidase - 41 U/l. Sem outras alterações bioquímicas. Hemoculturas, uroculturas e mieloculturas negativas. Ecocardiograma sem evidência de lesões valvulares e sem vegetações. TASSO, VDRL, Widal, Huddleston, Lyme, febre Q, serologias virais (incluindo hepatites virais, imunodeficiência adquirida, Epstein Barr, citomegalovírus e parvovírus) negativas. Enzima conversor da angiotensina em níveis normais, marcadores neoplásicos e autoanticorpos negativos. Mielograma normal. As biópsias hepática, ganglionar e muscular revelaram respectivamente: hepatite reaccional inespecífica, linfadenite crónica inespecífica e focos de infiltração inflamatória entre as fibras musculares de características inespecíficas. Foi realizada ressonância magnética dos membros inferiores que documentou áreas focais de hipersinal de topografia musculo-aponevrótica relacionáveis com nódulos inflamatórios. Um destes nódulos foi biopsado, mostrando focos de infiltração por neutrófilos que interessavam e dissociavam fibras musculares. O electromiograma dos membros inferiores não evidenciou alterações. A Eco e TAC abdominal mostrou múltiplas adenopatias ganglionares junto ao tronco celiaco e hilo hepático, trombose parcial da veia esplénica e confluente espleno-portal e imagem quística esplénica com cerca de 1 cm de diâmetro. Foi efectuada punção guiada por ecografia desta lesão quística esplénica, com obtenção de líquido purulento, permitindo o isolamento de Streptococcus salivarius. A terapêutica com penicilina determinou a resolução completa do quadro clínico ao fim de uma semana e a remissão das alterações imageológicas no espaço de 3 semanas.

Este caso reforça a importância da exclusão de um quadro infeccioso como causa de quadros sistémicos de vasculite, que pode exigir a realização de manobras invasivas múltiplas até permitir o isolamento do agente.

HEMOCROMATOSE COMO CAUSA DE OSTEOPOROSE NO SEXO MASCULINO.**Dolores Nour; José António P. Silva; P. Ministro*; P. Amaro*; D. Freitas; A. Porto.****Serviço de Medicina III e Reumatologia/ Serviço de Gastroenterologia*. H.U.C. Coimbra.**

Fundamentos e Objectivos: A investigação etiológica da osteoporose (OP) masculina é complexa, em virtude das múltiplas patologias que lhe podem estar na origem, e frequentemente negativa. A osteoporose que pode acompanhar a hemocromatose hereditária (HCH; uma das doenças genéticas mais comuns) é atribuída a hipogonadismo. Por este motivo a investigação desta doença num contexto de OP masculina é, habitualmente, condicionada à demonstração prévia de hipofunção gonádica.

O objectivo deste trabalho prospectivo consiste em estudar a prevalência de OP em homens com HCH inicial e explorar os mecanismos subjacentes. Apresentam-se resultados preliminares.

Métodos: Foram estudados até ao momento, 6 homens com diagnóstico de HCH (idades 23 a 68 anos) em fase precoce, confirmado por doseamentos de ferritina e biópsia hepática. Os doentes foram submetidos a inquérito relativo a factores de risco para OP, exame reumatológico, osteodensitometria e avaliação laboratorial do metabolismo fosfo-cálcico, função hepática e testicular.

Resultados: O tempo decorrido desde o diagnóstico e início da terapêutica varia de 1,3 a 5 anos; 3 dos 6 doentes não apresentavam quaisquer dos sintomas clássicos de suspeição de HCH, 2 tinham hiperpigmentação cutânea ligeira e um sofria de diabetes mellitus. A função hepática e o ionograma eram normais em todos os pacientes; 2 dos doentes (58 e 68 anos de idade) apresentavam critérios laboratoriais de hipogonadismo primário (não relacionável com a HCH), sendo a função gonádica normal nos restantes.

Verificámos valores de $Z \leq -2.0$ na coluna lombar e femoral em 3 casos e só na coluna lombar em um outro. Seguindo as recomendações da OMS, 3 dos doentes satisfaziam os critérios de "Osteopenia", e 2 os critérios de "Osteoporose". O inquérito não revelou factores de risco significativos para Osteoporose em qualquer dos doentes, para além de um consumo baixo de laticínios em 2.

Merece nota a observação, nestes casos iniciais, de artrose de localização atípica (3 casos); contractura de Dupuytren (3 casos) e condrocalcinose (1 caso).

Conclusões: Apesar do número reduzido de casos estudados, os resultados indicam uma elevada prevalência de osteopenia ou osteoporose em doentes com HCH inicial, mesmo na ausência de hipogonadismo. Estes dados sugerem que a suspeição desta doença deve merecer lugar de destaque nas hipóteses de diagnóstico etiológico da OP masculina e que se deve considerar a inclusão do doseamento da ferritina sérica no estudo etiológico desta condição, na prática clínica.

P31 **DOENÇA DE WHIPPLE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

*A. Pires**, *C. Afonso***, *A. Ferro****, *L. Alberto*****, *R. Pina ******

- * Assistente de Clínica Geral do Centro de Saúde de Ponte de Lima
- ** Serviço de Reumatologia - Hospital do Conde de Bertiandos - Ponte de Lima
- *** Serviço de Medicina Interna do Hosp. Conde de Bertiandos - Ponte de Lima
- **** Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
- ***** Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

A doença de Whipple é uma doença sistémica rara, que tem habitualmente um curso benigno, se diagnosticada e tratada atempadamente, mas que pode ser fatal se o diagnóstico e o tratamento adequado não forem estabelecidos.

O envolvimento do estado geral e as manifestações articulares e digestivas constituem a sintomatologia mais frequente, podendo, no entanto, envolver outros aparelhos e sistemas.

Tipicamente surge no adulto jovem do sexo masculino que se apresenta com perda de peso, febre, linfadenopatia, pigmentação cutânea, dor abdominal e com queixas articulares em geral intermitentes, podendo anteceder as manifestações digestivas por vários anos.

No entanto, a doença de Whipple tem «rostro enganador» pois as alterações digestivas que constituem a chave para o diagnóstico surgem, em geral, tardiamente no decurso da sua evolução e os surtos de agravamento das queixas articulares podem não corresponder à exacerbação dos sintomas intestinais.

Os autores apresentam um caso de doença de Whipple num doente de 35 anos do sexo masculino, justificando-se a sua apresentação pela raridade desta situação clínica apesar de ser um caso clínico «típico», chamando-se ao mesmo tempo a atenção para o diagnóstico diferencial com outras patologias, que no estudo deste doente, em concreto, foram consideradas, bem como para as dificuldades terapêuticas.

P32 **RESPOSTA DOS NÍVEIS SÉRICOS DE SULFATO DE QUERATANO À PRÓTESE TOTAL DA ANCA.**

Alberto Pinto, José António P. Silva, Eugene Thonar*, A. Porto.

Serviço de Med III e Reumatologia. H.U.C. Coimbra. * St Luke's Med Center. Chicago

O sulfato de queratano (KS), um glicosaminoglicano presente na cartilagem articular e mensurável no soro, tem sido apontado como indicador do estado metabólico da cartilagem e indicador de gravidade e agressividade da artrose e outras artropatias. Neste estudo, propusemo-nos avaliar a sua sensibilidade à retirada de cartilagem por prótese total da anca (PTA).

Métodos. Foram incluídos 21 doentes (12F; 9M), submetidos a PTA por artrose, com idades compreendidas entre 29 e 77 anos. Procedemos à determinação dos níveis de KS e de Proteína C Reactiva (PCR) em soro recolhido antes e nos 4 dias subsequentes à intervenção cirúrgica. Os valores foram apreciados em relação com a idade, sexo, grau de artrose (Kellgren e Lawrence), presença ou ausência de reacção hipertrófica e tipo de prótese. Análise estatística por teste de Student emparelhado, bilateral.

Resultados. Tomados no seu conjunto, os valores de KS mostraram um declínio significativo no 1º (p=0,001) e 2º dia (p=0.002) após a operação em relação aos valores basais, mas as diferenças não foram significativas nos dias subsequentes. Observaram-se marcadas diferenças individuais na variação de KS, mesmo quando a apreciação se limitou aos dois primeiros dias: diminuição > 10% em 14 doentes; elevação superior a 10% em 2 casos e variações intermédias (não significativas) nos restantes.

Não foi possível identificar qualquer relação entre o tipo e amplitude da variação de KS e quaisquer dos restantes parâmetros apreciados: sexo, idade, grau de Kellgren/Lawrence; tipo de artrose (atrófica/hipertrófica), tipo de prótese e valores de PCR.

Conclusões. O facto de os níveis de KS diminuírem nos primeiros dois dias após PTA para retomar os valores de base nos dois dias subsequentes, sugere que esta baixa traduzirá uma inibição geral do metabolismo cartilágneo, de natureza sistémica, e não um efeito directo da retirada de cartilagem. Este estudo não permite esclarecer a causa desta descida, mas sugere não estar relacionado com a produção de IL-1, IL-6 ou TNF, dado não haver relação com a PCR, cujos valores constituem um indicador indirecto dos níveis daquelas citocinas. A falta de resposta estável do KS à ablação cirúrgica de uma quantidade considerável de cartilagem articular, questiona a sua sensibilidade como indicador do progresso da perda de cartilagem. A ausência de previsibilidade da sua resposta, questiona a sua utilidade no doente individualmente considerado.

P33 **TERAPÊUTICA DA ARTERITE TEMPORAL DE CÉLULAS GIGANTES
EXPERIÊNCIA DA UNIDADE DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL DE
SANTA MARIA**

H.Canhão, P.Freitas, J.E Fonseca, Teixeira da Costa, M. Viana Queiroz
Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital
Santa Maria, Lisboa

A Arterite Temporal de Células Gigantes (ATCG), tem sido objecto de controvérsia e debate sobre a posologia e duração da corticoterapia, bem como os critérios a utilizar na decisão de redução da dose e suspensão da terapêutica.

Os autores analisaram os processos dos doentes seguidos na consulta de Reumatologia do HSM com o diagnóstico de ATCG, segundo os critérios do American College of Rheumatology.

Obtiveram-se 23 processos clínicos com o diagnóstico de ATCG, sendo 16 doentes do sexo feminino e 7 doentes do sexo masculino (2,3 : 1), com idade média à altura do diagnóstico de 69,4 anos.

O intervalo de tempo médio entre o início da sintomatologia e o diagnóstico foi de 70,1 dias. O tempo médio de terapêutica até à remissão foi de 58,7 dias. A duração média de terapêutica efectuada foi de 60,8 meses. As doses médias de corticoterapia instituída foram: inicialmente 57,5 mg/d de prednisona(PDS), no 1º mês foi de 44,4 mg/d de PDS, aos 6 meses de 20,3 mg/d de PDS; aos 12 meses de 13,2 mg/d de PDS; aos 24 meses 5,6 mg/d de PDS e aos 36 meses 4,6 mg/d de PDS. Verificaram-se 10 exacerbações da doença, sendo 4 após redução da dose prévia de corticoterapia, 3 por autosuspensão da terapêutica, 1 após suspensão da terapêutica por indicação médica e em 2 não foi determinada causa aparente. Em 3 doentes foi necessário associar imunossuppressores, azatioprina (2) e ciclofosfamida (1), para possibilitar a redução da dose da corticoterapia. Como complicações mais frequentes da terapêutica salientam-se úlcera Péptica (3), fractura osteoporótica (2), síndrome de Cushing (2) e glaucoma (1).

P34 **VASCULITE SISTÊMICA E INFECCÃO PELO PARVOVIRUS B19
TERAPÊUTICA COM GAMAGLOBULINA**

MJ Santos, MJ Leandro, H Canhão, P Coelho, J Pereira da Silva, M Viana Queiroz

Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal

Diversas manifestações reumáticas têm sido relacionadas com a infecção pelo Parvovirus Humano B19 (HPV B19). Recentemente foi sugerido o papel do HPV B19 como um possível agente etiológico nas vasculites necrosantes. Descrevemos o caso de uma doente com uma vasculite sistémica e evidência serológica de infecção aguda pelo parvovirus.

Uma mulher de 21 anos, previamente saudável, apresentou-se com uma história de sinovite do joelho com 3 semanas de evolução, acompanhada de dor incapacitante e tumefacção das regiões gemelares. À entrada estava apirética com frequência cardíaca 115 ppm e TA 115/68 mmHg. O exame físico era normal à excepção da tumefacção dolorosa das pernas e de livedo reticularis na face anterior dos joelhos. O doppler mostrou permeabilidade dos eixos venosos. Dos exames laboratoriais salientava-se: Hg 11,5 g/dl, VS 98 mm/h e PCR 8,9 mg/dl. A função renal e hepática e o Rx tórax eram normais. Os autoanticorpos e a serologia para HIV1/2 foram negativos. Os enzimas musculares, o EMG e a biópsia muscular foram negativos para doença muscular, mas apresentava um infiltrado celular pleomórfico perivascular. Os anticorpos IgM contra o B19 eram positivos no soro em título de 1/32. Foi prescrito repouso e analgésicos com alívio parcial. Um mês mais tarde desenvolveu febre alta e alterações do sedimento urinário. Foi realizada uma arteriografia que mostrou microaneurismas nas artérias renais, hepática e esplénica. A doente foi tratada com gamaglobulina EV (1g/Kg/dia durante 2 dias). A febre e a dor responderam rapidamente e verificou-se uma normalização progressiva dos parâmetros laboratoriais. A doente continua assintomática após 18 meses de follow-up.

Nesta doente houve uma relação temporal e uma possível relação causal entre a infecção pelo HPV B19 e o aparecimento de vasculite sistémica. A utilização apenas de gamaglobulina mostrou-se muito eficaz, sendo uma possibilidade terapêutica a considerar nas vasculites em que se documente infecção por este virus .

MOTIVOS DE INTERNAMENTO E MORBILIDADE ASSOCIADA NA ARTRITE REUMATÓIDE

Fonseca JE, Canhão H, Leandro MJ, Pereira da Silva JA, Viana Queiroz M
 Unidade de Reumatologia e doenças osteometabólicas, Serviço de Medicina IV,
 Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Persiste alguma controvérsia sobre a influência da artrite reumatóide (AR) na esperança de vida, bem como quanto a um eventual aumento da ocorrência de outras patologias. Alguns trabalhos referem um aumento de mortalidade por doenças infecciosas, cardiovasculares, renais, pulmonares e gastrointestinais, em comparação com a restante população. Existe, no entanto, uma grande disparidade entre os diversos estudos quanto à relativa importância destas patologias associadas. A maioria destes estudos baseia-se na análise de causas de morte. Com o objectivo de contribuir para o esclarecimento da importância relativa da morbilidade associada e da sua influência nos internamentos hospitalares dos doentes com AR, foram revistos os processos de 68 doentes com AR internados entre 1994 e 1997. 59 doentes eram do sexo feminino e 9 doentes do sexo masculino, com uma idade média de 64,07 anos, a duração média de internamento foi de 14,21 dias e a taxa de mortalidade de 5,88% (4 doentes). Uma parte importante dos internamentos foi motivada por quadros relacionáveis directamente com a AR (45,58%): agudização da doença - 26,47%; complicações sistémicas da doença - 8,82% (fibrose pulmonar - 2,94%, vasculite - 2,94%, amiloidose - 2,94%), iatrogenia - 10,29% (pancitopenia pelo metotrexato - 4,12% e hemorragia digestiva relacionável com anti-inflamatórios não esteróides - 5,88%). As causas infecciosas preponderaram entre os restantes motivos de internamento (25%), seguindo-se as causas cardiovasculares (10,29%), anemia de etiologia a esclarecer (10,29%), renais (4,4%), neoplásicos (2,94%) e outras doenças (1,47%). Para além dos doentes internados por quadros clínicos cardiovasculares agudos, 19,12 % dos restantes doentes apresentavam doenças deste grupo nosológico como patologia associada, o que implica que um total de 29,41% dos doentes estudados apresentava patologia cardiovascular. Outras patologias associadas surgiram em percentagem significativa: úlcera péptica (7,35%) e insuficiência renal crónica (5,88%). Dos óbitos verificados, 3 foram devidos a sepsis e 1 a insuficiência renal por amiloidose.

Os dados fornecidos por este trabalho reforçam a importância dominante das infecções nos doentes com AR quer como causa de morbilidade, quer como causa de mortalidade. A actividade da doença e as suas complicações sistémicas foram importantes como motivo de internamento, mas tiveram uma reduzida repercussão na mortalidade. A iatrogenia ocupa também uma posição de destaque, particularmente os efeitos secundários dos anti-inflamatórios não esteróides sobre o tubo digestivo. Como principal causa de morbilidade, não directamente relacionável com a AR, destaca-se a patologia cardiovascular, o que poderá estar de acordo com o grupo etário destes doentes.

NEFRITE LÚPICA: TERAPÊUTICA COM PULSOS DE CICLOFOSFAMIDA
 D. Silva Nour, A. Malcata, M. Oliveira, C. Silva, J. Silva, J. A. Silva, C. Reis, J. Moura, A. Porto. H.U.C. Coimbra.

Objectivo: avaliar a utilidade da terapêutica com pulsos de ciclofosfamida (CYC) no tratamento da nefrite lúpica.

Material e métodos: estudo retrospectivo dos processos de doentes com nefrite lúpica submetidos a pulsoterapia com CYC. Fez-se a análise das características clínicas da doença, histopatologia renal e dos parâmetros laboratoriais, bioquímicos, hematológicos, urinários e serológicos no início do tratamento, aos seis meses e após o último pulso. Avaliou-se a tolerância e a eficácia (resposta, não resposta, insuficiência renal terminal, abandono, óbito).

Resultados: incluídos 6 doentes do sexo feminino, idade média 36,2 anos (24-48), idade de início da doença 26,3 anos (12-30), tempo de evolução até à lesão renal 6,9 anos (2,5 - 12), seguidos por um período médio de 4,7 anos (0,5 - 9). No início do tratamento todas tinham glomerulonefrite proliferativa difusa; creatinina elevada 3/6, proteinúria nefrótica 6/6, hipoalbuminemia em 3/6, hipertensão 5/6. Aos 6 meses verificou-se em relação à creatinina sérica, melhoria com valores inferiores a duas vezes o normal em todos os casos, proteinúria na faixa nefrótica em apenas um caso. Na última avaliação 5/6 doentes tinham função renal preservada, tensão arterial controlada e albuminemia dentro da normalidade, proteinúria das 24 horas substancialmente reduzida e na faixa não nefrótica. Uma doente, com valor inicial de creatinina mais elevado e que interrompeu os pulsos aos 6 meses, desenvolveu insuficiência renal terminal. Uma doente interrompeu por intolerância. Uma doente faleceu 2 anos após terminar pulsoterapia e por causa provavelmente não relacionada com lesão renal. 4/6 doentes apresentaram boa resposta e tolerância.

Conclusões: Os pulsos de ciclofosfamida foram geralmente bem tolerados, sem intercorrências graves. Apesar de terem sido utilizados apenas em formas graves de nefrite lúpica verificou-se boa resposta. Os dados apresentados são concordantes com a literatura.

P37 ASSOCIAÇÃO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E ARTRITE REUMATÓIDE OU LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO COM ARTRITE EROSIVA ?

A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

LM SANTOS, M COSTA, CM ROSA, JCT COSTA E MV QUEIROZ

UNIDADE DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL DE S.MARIA-LISBOA

As semelhanças clínicas e laboratoriais entre a AR e o LES tornam muitas vezes difícil a distinção entre aquelas duas entidades.

Os autores demonstram que a identificação de cada uma delas é possível, através de um caso clínico em que AR e LES coexistem.

Trata-se de um indivíduo do sexo masculino de 37 anos de idade, saudável até aos 28 anos, altura em que inicia um quadro clínico caracterizado por lesões faciais fotossensíveis, ulcerações aftosas orais e poliartrite, envolvendo as pequenas articulações das mãos (MTCF's e IFP's), punhos, joelhos, tibio-társicas e MTTF's.

Laboratorialmente apresentava ANA's detectáveis no soro (1:160 com padrão mosqueado) e biópsia de lesão cutânea da face compatível com Lúpus. Apesar de apresentar Factores Reumatóides (FR's.) positivos, os Rx das articulações envolvidas não apresentavam alterações.

Sete anos após o diagnóstico de LES, os Rx das mãos e pés, apresentam múltiplas erosões ósseas com diminuição das entrelinhas articulares CarpoMetacárpicas e das MTCF's de ambas as mãos, para além de uma osteopenia em banda, mantendo-se os FR's. positivos.

Concluimos assim estarmos perante uma sobreposição de AR e LES, reforçada pelo conceito de Satoh et al. (Lupus 1994, 3, 137-138) de que a coexistência entre aquelas duas doenças, deverá ser baseada na associação dos critérios de LES às lesões ósseas destrutivas típicas de AR, sem que seja necessária a satisfação de todos os critérios de diagnóstico desta última.

O caso apresentado insere-se num conjunto reduzido de casos publicados de AR e LES coexistentes, fazendo supor que a identificação simultânea destas duas doenças se encontra subestimada na população em geral.

P38 ARTRITE CRÓNICA JUVENIL E HEMATÚRIA
D. Nour, A. Malcata, J. Silva, J. A. Silva, C. Reis, J. Moura, A. Porto.
H.U.C. Coimbra.

Os autores descrevem o caso clínico dum adulto jovem do sexo masculino com artrite crónica juvenil de início tardio, forma oligoarticular, seronegativa para os factores reumatóides, HLA B-27 positivo, com envolvimento predominante das articulações dos membros inferiores.

História de episódios recorrentes de hematúria macroscópica de causa não esclarecida.

Efectuada biópsia renal que revelou glomerulonefrite mesangioproliferativa por depósito de IgA.

A lesão renal nas espondilartropatias seronegativas não faz parte da expressão clínica da doença. Porém têm sido relatados casos de associação com nefropatia a IgA.

SACROILEITE E DOENÇA DE BEHÇET

Herberto de Jesus, Miranda Rosa, Teixeira da Costa, M. Viana de Queiroz
Unidade de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, 1699 Lisboa, Portugal

O envolvimento articular na doença de Behçet ocorre em 39-65% dos doentes, habitualmente sob a forma de oligoartrite assimétrica, não destrutiva. Atinge preferencialmente as articulações do joelho, da tíbio-társica, do punho e do cotovelo. A presença de sacroileite unilateral sem envolvimento axial, embora rara, pode ocorrer na Doença de Behçet. Os autores reviram 46 casos de doença de Behçet referenciados à Consulta de Reumatologia do Hospital de Santa Maria durante o período correspondente a 10 anos (1986-1996); 3 doentes apresentavam sacroileite unilateral. CASO 1: Sexo Feminino, 26 anos: envolvimento articular (joelhos, articulação tíbio-társica e punho) desde os 7 anos de idade; Eritema Nodoso 11 anos depois; úlceras oro-genitais 1 ano após; HLA B5 positivo. Radiografia Convencional da Bacia demonstra a presença de sacroileite unilateral. CASO 2: Sexo Feminino, 39 anos: úlceras oro-genitais aos 26 anos; 1 ano depois envolvimento articular (tíbio-társicas e mãos); HLA B5 e B27 positivos. Radiografia Convencional da Bacia demonstra a presença de sacroileite unilateral, confirmado por Cintigrafia Óssea. CASO 3: Sexo Masculino, 47 anos: Panuveíte aos 23 anos; envolvimento articular (joelhos, punho e mãos) aos 28 anos; úlceras orais 8 anos após; HLA B27 positivo. Radiografia Convencional da Bacia demonstra a presença de sacroileite unilateral.

Conclusões: A associação da Doença de Behçet com sacroileite unilateral ocorreu em 3 doentes (6,5%). A positividade do HLA B27 em 2 doentes confirma a sua importância na patogénese da sacroileite na Doença de Behçet.

ENVOLVIMENTO CARDÍACO NA DOENÇA DE BEHÇET

Herberto de Jesus, Miranda Rosa, Teixeira da Costa, M. Viana de Queiroz
Unidade de Reumatologia Hospital de Santa Maria, 1699 Lisboa, Portugal

O envolvimento cardiovascular na doença de Behçet ocorre em 7,7-60% dos doentes; sendo mais prevalente no sexo masculino. **OBJECTIVO:** Os Autores estudaram as alterações clínico-laboratoriais, radiográficas, electrocardiográficas e ecocardiográficas de 19 doentes sem sintomatologia cardíaca e com o diagnóstico de doença de Behçet de acordo com os critérios do Grupo Internacional de Estudo da Doença de Behçet.

RESULTADOS : O grupo era constituído por 19 doentes: 15 doentes do sexo feminino (79%) e 4 do sexo masculino (21%). A idade média dos doentes era de $41,6 \pm 11,0$ anos (24-61). A avaliação radiográfica (radiologia convencional do tórax postero-anterior) e electrocardiográfica foi considerada normal em todos os doentes.

O envolvimento cardíaco foi detectado em 10 doentes (52,7%) por ecocardiografia em modo M e bidimensional - prolapso da válvula mitral em 3 doentes (15,7%), derrame pericárdico em 2 doentes (10,5%), dilatação da raiz da aorta em 1 doente (5,2%), hipertrofia dos músculos papilares em 1 doente (5,2%), espessamento do septo interventricular em 1 doente (5,2%), aneurisma da artéria pulmonar em 1 doente (5,2%), regurgitação aórtica em 1 doente (5,2%). O exame ecocardiográfico foi considerado dentro dos parâmetros normais em 9 doentes (47,3%). O grupo com envolvimento cardíaco apresentava maior prevalência de HLA B5 e de hipertensão arterial (3 doentes - 30%).

CONCLUSÕES: Na nossa série o envolvimento cardíaco na doença de Behçet (em doentes assintomáticos) foi mais prevalente no sexo feminino. As lesões detectadas são semelhantes às descritas na literatura.

A INERVAÇÃO PEPTIDÉRGICA ARTICULAR DIMINUI NA FASE PRÉ-CLÍNICA ESTUDO IMUNOHISTOQUÍMICO NA ARTRITE INDUZIDA NO RATO

Pereira da Silva JA^{1,2}, Fonseca JE^{1,2}, Moita L², Graça L², Carmo-Fonseca M²

¹Unidade de Reumatologia e Doenças Osteometabólicas, Serviço de Medicina IV,
Hospital de Santa Maria, Lisboa

²Instituto de Histologia e Embriologia, Faculdade de Medicina de Lisboa

Em trabalhos anteriores demonstramos uma relação inversa entre a densidade de inervação articular e a intensidade do fenómeno inflamatório. Numa primeira fase, verificámos que a inervação da sinóvia reumatóide humana diminui e, posteriormente, documentámos em modelo animal uma regeneração hiperplásica da inervação articular, após a remissão do processo inflamatório. Permanece por esclarecer a natureza primária ou secundária das alterações da densidade de inervação relacionadas com a inflamação. Tem, consequentemente, interesse verificar se no desencadear do processo inflamatório a diminuição da inervação é um processo precoce ou tardio. Por este motivo, e com o objectivo de procurar esclarecer o comportamento das terminações nervosas e dos seus constituintes peptidérgicos no período de tempo que precede a inflamação articular, estudámos, com técnicas quantitativas de imunohistoquímica, a inervação da membrana sinovial de ratos Wistar. Como marcador geral de nervo utilizamos o anticorpo contra o PGP 9.5, e como marcador dos nervos nociceptivos anticorpos contra o péptido relacionado com o gene da calcitonina (CGRP) e a substância P (SP). Foram injectados 12 ratos com adjuvante de Freund e sacrificados aos 3, 6 e 9 dias, antes do tempo habitual para o aparecimento de artrite clínica (10-15 dias). Os resultados foram comparados com a densidade de inervação obtida num grupo de 6 ratos wistar não injectados e com um grupo de 6 ratos wistar estudado após o início da artrite (15 dias). Verificámos uma densidade de inervação identificada pelo PGP 9.5 em níveis normais até ao 9º dia, só se registando a sua diminuição no grupo artrítico. No entanto, a imunomarcagem pelo CGRP e SP sofreu uma redução gradual do 3º ao 15º dia, sugerindo uma depleção progressiva destes péptidos pro-inflamatórios na fase que precede a artrite. Estes resultados reforçam a hipótese do sistema nervoso contribuir significativamente para o processo inflamatório, sendo as suas alterações precoces e precedendo o desencadear clínico da inflamação.

LAVAGEM ARTICULAR DO JOELHO NAS ARTROPATIAS INFLAMATÓRIAS

Rui Leitão da Silva, Manuela Parente

Unidade de Técnicas Reumatológicas, Instituto Português de Reumatologia

INTRODUÇÃO: A Unidade de Técnicas Reumatológicas do Instituto Português de Reumatologia tem em curso um programa de lavagem articular em dois grupos de doentes. Um grupo de doentes com artropatia degenerativa e outro com artropatia inflamatória. São os resultados preliminares deste segundo grupo que agora se descrevem.

MATERIAL E MÉTODOS: Os doentes incluídos apresentavam artropatia inflamatória confirmada e estavam sob terapêutica medicamentosa estável há pelo menos 2 meses. Apesar de sistemicamente controlados continuavam a apresentar manifestações inflamatórias em pelo menos um joelho, que foi então submetido a lavagem articular.

Os resultados agora apresentados referem-se a 19 joelhos sendo os diagnósticos de base os seguintes: 8 doentes com artrite reumatóide, 7 com poliartrite sem diagnóstico estabelecido, 2 com espondilite anquilosante, 1 com artrite psoriática e 1 com monoartrite não caracterizada.

Os critérios de avaliação considerados foram: a dor em repouso e ao movimento, definida pela Escala Visual Analógica (EVA) de Huskinson, o perímetro de marcha (40 metros), a presença ou ausência de calor, a tumefacção e o derrame articulares (quantificados numa escala de 0 a 3), os arcos de flexão e extensão da articulação e uma opinião subjectiva do doente acerca do seu estado clínico (muito melhor, melhor, mesmo estado, pior e muito pior). Após uma avaliação inicial, antes da lavagem, os doentes foram reavaliados à primeira semana e ao primeiro mês. A lavagem articular utilizou as vias para-patelar interna e externa com perfusão de, pelo menos, um litro de soro fisiológico isotónico. Foi utilizado o t-student para amostras emparelhadas na análise estatística, quando as variáveis eram numéricas e contínuas.

RESULTADOS: Subjectivamente, à primeira semana, 92,8% dos doentes estavam melhor ou muito melhor e destes, 38,4% melhoraram adicionalmente até ao primeiro mês, enquanto 30,7% mantiveram a melhoria inicial.

A dor ao movimento, avaliada por EVA tinha um valor médio inicial de 7,3 (4,8-10). À primeira semana a média era de 4,6 (0-9,2) e ao primeiro mês era de 4,9 (0-10), sendo as diferenças significativas ($p=0,003$ e $p=0,02$, respectivamente).

O arco de flexão, que tinha uma média inicial de 123,4° (112-137°), subiu para 127,2° (103-147°) à primeira semana e para 130,6° (115-141°) ao primeiro mês ($p=0,008$).

As variações da dor articular em repouso, da circunferência articular supra e infra-patelares, da temperatura cutânea, do volume do derrame intra-articular e do arco de extensão, não atingiram diferenças significativas.

O perímetro de marcha foi avaliado em apenas 5 doentes: 4 destes reduziram o tempo de marcha e o 5º doente manteve o tempo inicial. A média inicial foi de 48,2" (24-78") para percorrer 40 metros. Uma semana após a lavagem a média desceu para 41,8" (22-71"), ou seja, um ganho médio de 15,7% em relação ao tempo inicial.

CONCLUSÕES: Num grupo de doentes com artropatia inflamatória do joelho em que foi efectuada a lavagem articular ocorreu melhoria subjectiva (92,8% à primeira semana) e da dor articular em repouso (avaliada por EVA) também à primeira semana, mantendo-se ainda ao primeiro mês ($p=0,003$ e $0,02$). O arco de flexão só atingiu melhoria significativa após um mês ($p=0,008$). Os resultados não são significativos em relação ao arco de extensão, dor em repouso, temperatura cutânea e volume, sendo necessária uma série maior para avaliação da significância, nomeadamente em relação ao tempo de marcha. Os resultados incentivam-nos a alargar a série, nomeadamente para avaliação do resultado em relação a patologias específicas e utilizando um grupo de controle.

TERAPÊUTICA INTRA-ARTICULAR NA UNIDADE DE REUMATOLOGIA DO
HOSPITAL DE SANTA MARIA 1994-1996

A.B.Rosa, F.Saraiva, J.B.Pimentão, M.V.Queiroz

Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do
Hospital de Santa Maria, Lisboa

INTRODUÇÃO: A terapêutica intra-articular é utilizada quando apesar de terapêutica sistémica adequada da doença reumática existem manifestações localizadas à articulação em causa.

OBJECTIVO: Avaliar quantitativamente os vários tipos de terapêutica intra-articular executados na referida Unidade nos anos de 1994, 1995 e 1996, relacionando-os com os diagnósticos.

RESULTADOS: No período em causa foram executadas:

Anos:	94	95	96	Total
Sinoviorteses com HCTriamc.				
Ombro	25	33	37	95
Cotovelo	7	11	13	31
Punho	10	11	15	36
MCF	20	10	14	44
IFP mãos	7	13	13	33
IFD mãos	1	0	0	1
Joelho	50	76	79	205
Tibio-társica	20	17	9	46
Subastragalina	0	1	1	2
MTF	0	0	2	2
IFP pés	1	0	0	1
IFD pés	1	0	0	1
Sinov.c/a.ósmico(Joelho)	5	4	0	9
Sinov.c/Ytrium 90(Joelho)	0	2	0	2
Artroclises do joelho	19	19	14	52
Infiltrações com metilpred.				
IAP L4/L5	3	6	7	16
IAP L5/S1	7	12	7	26
Trapezo-metacárpica	4	10	8	22
Acromioclavicular	4	1	1	6
Costocronal	0	0	1	1

Por diagnósticos obteve-se: Sinoviorteses C/HCT: Ombro - Capsulite adesiva: 77 Artrite Reumatóide(AR): 12 Lúpus Eritematoso Sist.(LES): 1 Milwaukee: 2 Condrocálcinose(CC): 1 Artrite Psoriática(AP): 1 Cotovelo - AR: 23 Artrite Crónica Juvenil(ACJ): 4 Artrite Reactiva (AREACT): 1 S.Sjogren(SS): 1 Sem diagnóstico discriminado (ND): 2 Punho - AR: 25 AP: 6 SS: 2 Behçet: 1 ND: 2 MCF mãos - AR: 31 AP: 9 CC: 2 Osteoartrose(OA): 1 SS: 2 IFP mãos - AR: 21 AP: 7 ACJ: 4 Espondilartropatia indiferenciada(EASN): 1; IFD mãos - ACJ (Psoriática): 1 Joelho - AR: 77 AP: 23 AREACT: 13 ACJ: 23 D.Mista T.Conj: 3 CC: 17 OA: 15 Esp.Anquilosante(EA): 7 EASN:7 SS: 2 LES: 2 Gota: 2 Behçet:1 ND: 13 Tibio-társica - AR: 21 AP: 5 ACJ: 8 EASN: 2 AREACT:3 EA: 1 ND: 6 Subastragalina - AP: 2 MTF - AP: 2 IFP pés - AP: 1 IFD pés - AP: 1 Sinoviorteses do joelho c/ácido ósmico: AR: 5 AREACT: 2 AP: 1 EASN: 1; Sinoviorteses do joelho c/Ytrium 90: Sinovite vilonodular pigmentada: 1 AR: 1 Artroclises do joelho: AR: 23 Artrite séptica: 16 AP: 4 ACJ: 3 AREACT: 1 OA: 4 ND: 1 Infiltrações com metilprednisolona: OA localizada (excepto costo-condrais - Síndrome de Tietze: 1) CONCLUSÕES: Verifica-se o predomínio da sinoviortese do joelho e, quanto aos diagnósticos, da Artrite Reumatóide.

QUISTO DE BAKER COM MODO DE APRESENTAÇÃO RARO

F. Pimentel Santos, V. Tavares, P. Gonçalves, F. Menezes Brandão, C. Cyrne, J. Canas Silva. Serviços de Reumatologia, Dermatologia e Imagiologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

Os quistos de Baker são um achado frequente nos doentes com artrite reumatóide e a sua rotura acompanha-se de um quadro clínico de diagnóstico habitualmente fácil.

Os autores descrevem o caso de um homem de 55 anos com artrite reumatóide com 5 anos de evolução, muito irregularmente tratada por abandono frequente das consultas, com envolvimento das articulações dos punhos, MCFs, IFPs das mãos, joelhos e MTFs, que em Julho de 1996 refere como articulação mais afectada o joelho direito.

No exame objectivo este apresenta-se tumefacto, com flexo de 5º e movimentos dolorosos. A observação revela ainda, na transição do terço superior com o terço médio da face externa da perna, uma zona eritemato-papulosa, exsudativa, que o doente refere ter aparecido há cerca de 12 meses e não ser pruriginosa. É observado em Dermatologia, onde é efectuada biópsia da lesão sendo o resultado não conclusivo (pseudoangiosarcoma?). O exame bacteriológico do exsudado é negativo. A ecografia da zona da lesão revela um edema subcutâneo inespecífico. A existência de um ponto de exsudação permanente leva à execução de uma fistulografia que revela a presença de uma extensa bolsa tibio-peroneal, sem contacto aparente com a articulação do joelho. A RMN do joelho revela a existência de um quisto de Baker, com localização interna clássica e um outro de localização antero-lateral, com evidência de fistulização à pele.

O caso clínico apresentado parece-nos raro, não só pela localização invulgar do quisto de Baker como pelo modo de apresentação da sua rotura, concluindo-se que a lesão cutânea parece traduzir uma reacção inflamatória ao próprio líquido sinovial.

P45 **QUANDO SUSPEITAR DE ACROMEGÁLIA EM DOENTES REUMÁTICOS : a propósito de 2 casos clínicos**

M.J.Mediavilla, H.Madeira, A.Faustino, M. Parente, J.Ramos
Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

INTRODUÇÃO : As manifestações musculoesqueléticas da acromegalia são conhecidas desde 1886, altura em que Pierre Marie descreveu pela primeira vez esta doença. O envolvimento osteoarticular resulta principalmente do hipercrecimento do osso, da cartilagem articular e das partes moles periarticulares.

Os autores descrevem 2 casos clínicos de acromegalia com manifestações reumatológicas.

CASO 1: Doente do sexo F, 31 anos, que recorreu à consulta de reumatologia por lombalgias de ritmo mecânico, deformação progressiva das pequenas articulações das mãos, e aumento da espessura da pele. Nos antecedentes salienta-se acromegalia por adenoma da hipófise diagnosticado há 6 anos e submetida, nessa altura, a hipofisectomia por via transfenoidal. Nas radiografias apresentava aumento da entrelinha articular das MCF, MTF e aumento da espessura da almofada adiposa plantar.

CASO 2 : Doente do sexo F, 42 anos, com poliartralgias e síndrome do canal cárpico bilateral. Nos antecedentes pessoais salienta-se aumento do espaço interdentário, do tamanho dos pés e da espessura dos dedos das mãos. Os exames laboratoriais mostraram um aumento dos níveis de GH e IGF1, e a RMN da hipófise revelou um adenoma. Foi submetida a hipofisectomia transfenoidal com desaparecimento dos sintomas reumatológicos.

CONCLUSÃO : As manifestações musculoesqueléticas da acromegalia são geralmente tardias, na evolução da doença. Por vezes constituem os sintomas de apresentação desta entidade mais valorizados pelo doente (caso2). Integrados com outras manifestações clínicas devem conduzir o reumatologista a um diagnóstico mais precoce.

P46 **RESPOSTA SUPRA-RENAL E GONÁDICA À AGRESSÃO INFLAMATÓRIA: DIFERENÇAS INTERSEXUAIS.**

José António P. Silva, Alberto Pinto, Maurizio Cutolo*, A. Porto.

Serviço de Med III e Reumatologia. H.U.C. Coimbra. * Università di Genova, Itália.

A qualidade e magnitude da "resposta de stress", nomeadamente no seu componente supra-renal, parece desempenhar um papel decisivo na instalação e cronicidade de doenças autoimunes, numa variedade de modelos experimentais. Acumulam-se indícios de que o mesmo será verdadeiro em humanos. A maior prevalência de doenças autoimunes no sexo feminino e a demonstração, em trabalhos experimentais anteriores, de que as hormonas sexuais modulam a resposta supra-renal, levaram-nos a estudar a resposta do eixo hipotálamo-suprarrenal-gonádico ao stress representado pela prótese total da anca.

Métodos. Foram incluídos 19 doentes (10F; 9M), submetidos a PTA por artrose, com idades compreendidas entre 48 e 77 anos. Todas as mulheres eram pós-menopáusicas. Procedemos à determinação dos níveis de Cortisol (C), Prolactina (PRL), Sulfato de Dehidroepiandrosterona (DHEAS), Testosterona (T), Estradiol (E) e Proteína C Reactiva (PCR) em soro recolhido antes e nos 4 dias subsequentes à intervenção cirúrgica. Os valores foram apreciados no seu conjunto relativamente aos valores basais e procedemos também à comparação entre os sexos. Análise estatística por teste de Student não emparelhado bilateral e teste de Wilcoxon.

Resultados. Os valores de PCR mostraram um aumento significativo do 1º ao 4º dia após a cirurgia em ambos os sexos ($p < 0,001$) demonstrando a presença de reacção sistémica de fase aguda. Contudo, os níveis séricos de C não apresentaram elevação significativa em qualquer dos sexos. Verificámos uma baixa significativa de DHEAS a partir do 2º dia no sexo masculino mas não no feminino. Esta descida foi acompanhada por uma diminuição igualmente significativa dos níveis de T em homens, enquanto os valores de E mostraram ligeira elevação nos sexo feminino. Não se observaram alterações significativas de PRL em qualquer dos sexos.

A comparação dos valores médios de PCR, C, PRL e DHEAS em homens e mulheres, a cada dia, não revelou diferenças estatisticamente significativas.

Conclusões. O estudo apresenta duas limitações importantes para apreciação dos objectivos em vista: 1. número reduzido de doentes e 2. idade avançada dos participantes, esbatendo as diferenças intersexuais no clima hormonal. A falta de resposta significativa de C, apesar da elevação de PCR, que observamos pela 2ª vez, é surpreendente, especialmente no sexo feminino e poderá sugerir uma diminuição da resposta do eixo H-SR em idosos, possivelmente mediada pela carência estrogénica. Os homens, mas não as mulheres, mostraram uma diminuição rápida e significativa de T e DHEAS. Este facto, observado em outras situações de stress, sugere que o hipogonadismo associado a várias doenças autoimunes em homens, poderá ser uma consequência inespecífica de doença, e não uma causa. Os resultados apontam a necessidade de estudos semelhantes em grupos populacionais mais jovens.

VELOCIDADE DE TRANSMISSÃO DOS ULTRA-SONS E DENSITOMETRIA RADIOLÓGICA DE DUPLA ENERGIA EM MULHERES PERI E PÓS-MENOPÁUSICAS SAUDÁVEIS

J. C. Romeu, M. J. Leandro, L. Gomes, R. Ramos, P. Reis, M. V. Queiroz.

Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas. H.S.Maria. Lisboa

Estudos recentes têm avaliado a utilização dos Ultra-sons (US) no estudo da massa e fragilidade ósseas. Considerando tratar-se de uma técnica rápida, de baixo custo e sem exposição a radiações, alguns autores sugerem o seu uso no *screening* da osteoporose. O presente estudo compara a velocidade de transmissão dos ultra-sons (VTU) nas falanges proximais dos dedos da mão com a densidade mineral óssea (DMO) na coluna lombar e no fémur proximal de mulheres peri e pós-menopáusicas saudáveis.

Material e Métodos: Foram estudadas 29 mulheres caucásicas saudáveis peri e pós-menopáusicas (15 e 14, respectivamente), com idades compreendidas entre os 40 e os 60 anos (média±DP=49,5±5,9 anos). Nove mulheres estavam submetidas a terapêutica hormonal de substituição (HTS). Foram excluídas as mulheres sob outras terapêuticas reconhecidas com influência no metabolismo ósseo. A VTU foi medida por DBM Sonic 1200 na metafase distal da falange proximal dos últimos 4 dedos da mão não-dominante (média aritmética dos 4 dedos). A DMO foi determinada por DEXA (Hologic QDR 1500) na coluna lombar (L1-L4) e fémur proximal (colo, triângulo de Ward e trocanter).

Resultados: A determinação dos coeficientes de correlação e a análise da regressão linear entre os valores da DMO e da VTU mostraram que a DMO no colo do fémur, no triângulo de Ward e no trocanter se correlacionava significativamente com a VTU, sendo a inclinação significativamente diferente de zero:

	coeficiente correlação	p	slope	SEE	CI 95%
Neck BMD/UTV	r=0,46	<0,02	0,818	124	0,192 ; 1,445
Ward BMD/UTV	r=0,51	<0,005	1,064	139	0,361 ; 1,767
Troc BMD/UTV	r=0,38	<0,05	0,509	97	0,018 ; 1,001
L1L4 BMD/UTV	r=0,34	NS	0,398	162	-0,339 ; 1,739

A exclusão das 9 mulheres sob HTS levou a ligeiras alterações nos resultados:

	coeficiente correlação	p	slope	SEE	CI 95%
Neck BMD/UTV	r=0,46	<0,05	0,710	119	0,026 ; 1,394
Ward BMD/UTV	r=0,52	<0,02	0,932	133	0,170 ; 1,695
Troc BMD/UTV	r=0,41	NS	0,434	83	-0,043 ; 0,912
L1L4 BMD/UTV	r=0,43	NS	0,718	130	-0,030 ; 1,467

Conclusão: Estes resultados sugerem que em mulheres caucásicas peri e pós-menopáusicas saudáveis a VTU falangea se correlaciona fracamente com a DMO a nível do fémur proximal. É necessário avaliar a capacidade da VTU falangea em discriminar o risco de fractura independente da DMO, como sugerido com estudos efectuados com os US no calcâneo. Assim, esta fraca correlação poderá significar que a VTU fornece informações sobre a estrutura óssea, podendo constituir um método seguro, simples e de baixo custo, adicional à DEXA, na avaliação do risco de fractura.

DENSITOMETRIA DA COLUNA LOMBAR: RELAÇÃO COM O PESO, IDADE E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

J. Silva, M. Alexandre, L. Inês, J. Moura, A. Porto.

Sector de Reumatologia do Serviço de Medicina III/Reumatologia HUC. COIMBRA (DIR Prof Armando Porto).

Realizámos 968 exames de densitometria da coluna lombar(L1-L4) (Hologic1500-Rx) no Sector de REUMATOLOGIA do SERVIÇO de MEDICINA III/REUMATOLOGIA dos HUC e fomos analisar os seus resultados (sexo, idade, peso, IMC e BMD).

Resultados : 875 eram do sexo feminino e 93 do sexo masculino.

Idade média foi de 55,8 anos.

Peso médio de 63,9 Kg.

IMC médio de 25,2.

PESO	BMD	IDADE	BMD	IMC	BMD
<45 Kg	0,81	<40 A	0,96	<20	0,85
45-54	0,86	40-49	0,94	20-25	0,88
55-64	0,87	50-59	0,9	25-30	0,88
65-74	0,89	60-69	0,81	30-35	0,88
> 75	0,9	>70	0,81	>35	0,97

CONCLUSÃO: encontramos osteoporose (T < - 2,5 SD) em indivíduos com menos de 55 Kg, com IDADE superior aos 60 anos e fundamentalmente com baixo índice de massa corporal.

Normas de Publicação

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

Os artigos podem ser redigidos em português ou inglês.

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

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

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

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

Instruções aos Autores

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

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

Os manuscritos devem ser acompanhados de declaração de originalidade e de cedência dos direitos de propriedade do artigo, assinada por

todos os autores, conforme minuta publicada em anexo.

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

O manuscrito deve ser organizado da seguinte forma:

a) *Página título* (pág. 1)

Título; nome dos autores; categoria profissional; serviços ou organismos onde os autores exerçam a sua actividade e onde o trabalho foi executado; subsídios ou bolsas que contribuíram para a realização do trabalho; morada e telefones do autor responsável pela correspondência e contactos com os editores; título breve para rodapé.

b) *Resumo* (pág. 2)

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

c) *Palavras-chave* (pág. 2)

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

d) *Texto* (pág. 3 e seguintes)

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

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

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

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

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

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

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

Revista

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

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

Capítulo de livro

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

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

Livro

Nome(s) e iniciais do(s) autor(es). Título do

livro. Cidade: Nome da casa editora, ano de publicação: página(s).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Minuta da carta a enviar ao Editor

Enviar este documento com o manuscrito para:

Editor

Acta Reumatológica Portuguesa
R. D. Estefânia, 177 - 1º D.
1000 Lisboa

O(s) autor(es) certifica(m) que o manuscrito intitulado:

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

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

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

Todos os autores devem assinar

Data _____
Nome (maiúsculas) _____
Assinatura _____

Instructions to Authors

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

The articles can be written in portuguese or in english.

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

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

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

All manuscripts must be sent to:

Editor
Acta Reumatológica Portuguesa
R. D. Estefânia, 177 - 1º D
1000 Lisboa - Portugal

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

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

Manuscripts should be organized as explained below:

a) Title page (page 1)

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

b) Abstract (page 2)

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

c) Keywords (page 2)

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

d) Text (page 3 and following pages)

The text of the original works should be presented with the following subtitles: Introduction, Objectives, Patients and methods, Results, Conclusions, Acknowledgments, References. Subtitles for case reports should be: Introduction, Case report, Discussion, References.

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

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

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

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

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

Authors are responsible for the accuracy of the references.

Examples:

Journal article

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

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

Chapter in Book

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

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

Book

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

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

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

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

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

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

Editorials: Editorials will be requested by the editor and will be comments on important and actual issues or comments on articles published in the journal. Editorials should not exceed 1200 words, with a maximum of 15 references and no tables or figures.

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

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

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

Novo

CALCIMON[®]

SALCATONINA



A CALCITONINA MAIS VANTAJOSA



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

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

Contra - indicações: Hipersensibilidade conhecida à salcatonina.

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

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

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

Preços:

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

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



Byk Portugal

N *Nem dor Nem dano !* **oloitol**®



*E*LEVADA
EFICÁCIA
NO ALÍVIO
DA DOR

*E*XCELENTE
TOLERÂNCIA

**Boehringer
Ingelheim**



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

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