

Vol. XXIV
Nº 90 • Jan./Fev. 1999

acta
reumatológica
portuguesa

Diclofenac de Sódio 75 mg • Misoprostol 200 µg

ARTHROTEC[®] 75

EXECUTIVO, Lda

+ Potência

+ Eficácia

+ Segurança



SEARLE

Monsanto Portugal, Lda • Rua Sanches Coelho, nº3, 9º - 1600 LISBOA
C.I.P.C. 501 339 230 • Capital Social 79.095.000\$00 • Mat. 57495 • C.R.C. Lisboa

Índice

- Editorial 7

Artigos de Revisão

- **Artigos de Revisão**

- Avanços recentes*

- Aspectos imagiológicos e clínicos das espondilartropatias seronegativas.

- Maria Carmo Afonso 10

- Um ano de progresso em osteoporose.

- Fernando Saraiva 16

- **Reumatologia em Medicina Familiar.**

- Quando referir um doente ao Reumatologista?

- Pedro Gonçalves e José António P. Silva 21

- Notícias 32
- Agenda Nacional 34
- Agenda Internacional 34
- Regulamento de Prémios 37
- Normas de Publicação 39

Acta Reumatológica Portuguesa

Conselho Editorial

Editor Chefe (Chief Editor)

Editores Associados (Associated Editors)

José António P. Silva

Fernando Saraiva

Iva de Brito

Luís Maurício

Manuela Costa

Maria do Carmo Afonso

Paulo Coelho

Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Direcção

Presidente	Dr. Mário Rodrigues	Tesoureiro	Dr.ª Viviana Tavares
Vice-Presidente	Dr. A. Alves de Matos	Vogal Região Sul	Dr. José Bravo Pimentão
Vice-Presidente	Dr. A. Domingos Araújo	Centro	Dr. Paulo Reis
Sec. Geral	Dr. Augusto Faustino	Norte	Dr. Carlos Vaz
Sec. Adjunto	Prof. José António P. Silva	Ilhas	Dr. José Quintal Freitas

Mesa da Assembleia Geral

Presidente	Dr. J. A. Melo Gomes
Relator	Dr.ª Sara de Freitas
Relator	Dr. Rui André Santos

Conselho Fiscal

Presidente	Dr. Carlos Miranda Rosa
Relator	Dr.ª Maria do Carmo Afonso
Vogal	Dr. Paulo Coelho

Presidente Eleito

Dr. António Aroso Dias

Conselho Científico

ANATOMIA PATOLÓGICA
BIOQUÍMICA
CARDIOLOGIA
ENDOCRINOLOGIA
GASTROENTEROLOGIA
HIDROLOGIA
IMUNOLOGIA
MED. FIS. REAB.
MEDICINA INTERNA
MEDICINA DO TRABALHO
NEUROCIRURGIA
OFTALMOLOGIA
ORTOPEDIA
PATOLOGIA CLÍNICA
PEDIATRIA
RADIOLOGIA
REUMATOLOGIA

Dr.ª Odete Almeida
Prof. Dr. J. Martins e Silva
Prof. Dr. Mário Lopes
Prof. Dr. Galvão Teles
Prof. Dr. Guilherme Peixe
Prof. Dr. Frederico Teixeira
Prof. Dr. Rui Victorino
Dr. Martins da Cunha
Dr. Monteiro Baptista
Dr. A. Meyrelles do Souto
Prof. Dr. António Trindade
Prof. Dr. Castanheira Diniz
Prof. Dr. Salis Amaral
Prof. Dr. Pinto de Barros
Dr.ª Maria José Vieira
Dr. J. Covas de Lima
Prof. Dr. A. Lopes Vaz

Edição e Propriedade: Sociedade Portuguesa de Reumatologia

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

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

Depósito Legal: 86 955/95

Publicidade: Rita Goulão Oliveira e Nuno Quintela Lucas

Dep. Gráfico: Lina Vinagre

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

Tiragem: 6 000 Exemplares

Preço de n.º Avulso: 500\$00 (\$10 USD); Anual (6 números): 2000\$00 (\$30 USD)

Coordenação
Editorial:



FARMAPRESS
EDIÇÕES, LDA.

Av. Almirante Reis, 219 - 3.º Dt.º 1000-049 Lisboa
Telef.: 849 89 55 • Fax: 849 44 05

Contents

• Editorial	7
• Reviews	
<i>Recent progress</i>	
Imaging and clinical aspects of seronegative spondylarthropathies.	
Maria Carmo Afonso	10

ABSTRACT

This paper presents a review of recent publications on seronegative spondylarthropathies, stressing the advances with potential implications in daily clinical practice. A number of studies suggest that magnetic resonance imaging may play an important role in early and differential diagnosis of these diseases.

Several authors have given, over the last months, relevant contributions to the understanding of the prevalence and complex etiopathogenesis of osteoporosis associated with these conditions. Some researchers have called attention to the association between ankylosing spondylitis and Sjögrens syndrome, previously thought to be rare.

The cardio-vascular aspects of seronegative spondylarthropathies and their manifestations in females have been the target of important papers, giving relevant contribution to the meaningful recent progress attained in this area of Rheumatology.

One year of progress in osteoporosis.

Fernando Saraiva 16

ABSTRACT

Osteoporosis – One Year of Progress

Osteoporotic fractures are a major health problem. Much research effort has been devoted to developing preventive strategies for these fractures. The results of recent studies open new prospects, with regard to fracture prevention, namely in the elderly.

The aim of this work was putting together the most meaningful studies published in 1997 on the subject “osteoporosis”, with focus on “physical activity and fracture risk”, “estrogen replacement therapy” and “calcium, nutrition and osteoporosis”. This work used “Current Opinion in Rheumatology” 1998, volume 10, as a general guide.

• **Reumatology in General Practice**

When should patients be referred to Rheumatology?

Pedro Gonçalves e José António P. Silva 21

ABSTRACT

This paper stresses the decisive role played Primary Care Physicians in the global approach to patients with locomotor system disorders and their adequate referral to Rheumatology. The theoretical and practical resources of Rheumatology are described, in view of the optimization of its contribution to Medical Care in this area in Portugal.

We present a proposal of reasons and timing for patient's referral to Rheumatology.

• News 32

• National Agenda 34

• International Agenda 34

• Prize Regulations 37

• Instructions to Authors 39

X CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

Data: 27 a 29 de Maio de 1999

Local: Auditórios dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Organização: Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Secretariado: AdMedic. Te.: 01. 882 0040. Fax: 01. 882 0049

Programa:

• *Mesas-Redondas:*

Neuro-imuno-endocrinologia

Osteoartrose

Conectivites/Vasculites

Lombalgias comuns

Reumatismos da infância e adolescência

• *IV Simpósio Luso-Brasileiro:*

Artrite Reumatóide - Novas Fronteiras

• *Fórum da Reumatologia:*

A Década do Osso e da Articulação

• *Comunicações Livres*

• *Posters*

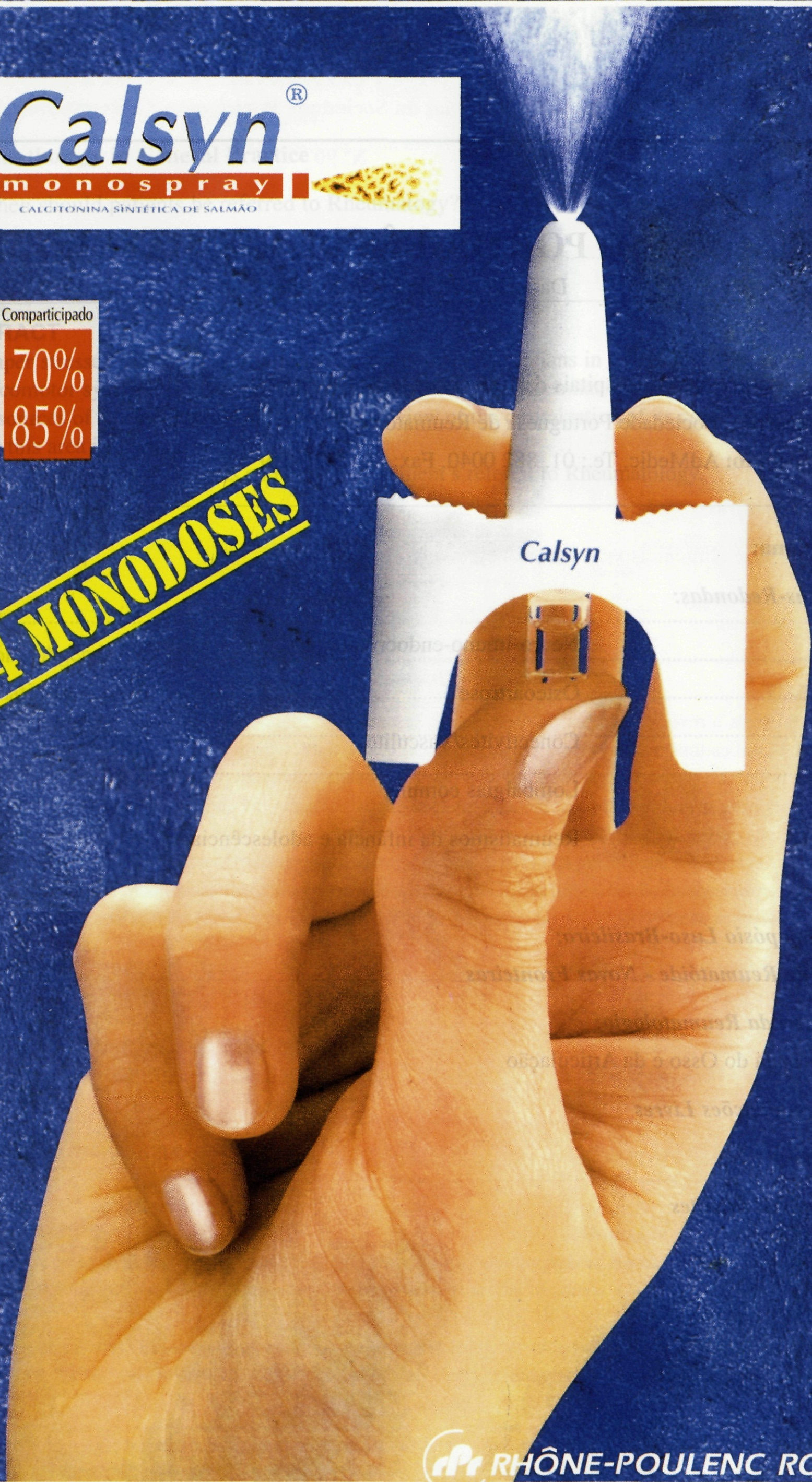
• *Simpósia satélites*



Comparticipado

70%
 85%

14 MONODOSES



RHÔNE-POULENC RORER

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

Apresentação	P.V.P.	REGIME GERAL		REGIME ESPECIAL	
		ESTADO	UTENTE	ESTADO	UTENTE
Calsyn Spray Nasal emb. 14 monodoses	9.450\$00	6.615\$00	2.835\$00	8.033\$00	1.417\$00

Acta Reumatológica: um projecto colectivo.

A Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia está firmemente empenhada num ambicioso programa de dinamização das actividades da Sociedade, visando contribuir para o contínuo desenvolvimento científico e técnico da Reumatologia Portuguesa, bem como para o aprofundamento da sua participação nos organismos nacionais e internacionais pertinentes à sua área de actividade. Este programa coloca particular ênfase na difusão dos avanços científicos no âmbito da Reumatologia e do seu contributo específico para o tratamento adequado das afecções reumáticas, bem como no desenvolvimento da cooperação com todas as outras especialidades envolvidas na abordagem destas patologias.

A *Acta Reumatológica*, como órgão oficial da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, não poderia deixar de dar eco a estas preocupações e projectos.

Com este número, damos também início a um novo projecto editorial que esperamos possa vir a resultar numa revista que constitua simultaneamente um justo reflexo e um agente motor da dinâmica da Reumatologia Portuguesa. A Reumatologia sofre ainda, em Portugal, as consequências da sua juventude como Especialidade, traduzida no escasso número de especialistas e centros de especializados e na limitação dos meios materiais e humanos de que dispõe. Goza, por outro lado, dos benefícios dessa mesma juventude, que galvaniza a forte vontade e determinação dos seus cultores em rebustecer entre nós o inegável prestígio da Reumatologia como Especialidade, assentes numa sólida formação científica e clínica, apoiados na experiência e merecido prestígio dos seus membros pioneiros e impulsionados pela energia e valor intelectual dos seus mais jovens aderentes.

A história da Reumatologia Portuguesa, ainda que relativamente recente, está recheada de figuras destacadas da Medicina Nacional. Apesar da limitação de recursos, tem dado contributo de vulto ao progresso da Medicina em Portugal, traduzido na abertura de novos centros, em novos doutoramentos, organização de reuniões científicas e participação activa e qualificada nos variados areópagos científi-

cos internacionais. Este historial, conjuntamente com a riqueza clínica e científica da especialidade, é certamente responsável pelo recrutamento para a Reumatologia de um valiosíssimo conjunto de jovens médicos que constituem a melhor garantia de um futuro dinâmico e “atrevido”, a que a *Acta* orgulhosamente se quer associar.

Deixamos assim, a todos os Reumatologistas, bem como a todos os profissionais de saúde envolvidos no tratamento de doenças reumáticas, o repto para que façam desta revista o palco da sua actividade de assistência, investigação e formação, sob a forma de todo o tipo de artigos, notícias e opiniões que possam contribuir para a cooperação e melhoria da formação reumatológica de todos.

Para além da continuação do espírito e linhas editoriais que caracterizam a *Acta*, criámos novas secções que esperamos atractivas e estimulantes. Os Editores Associados passarão a dar contribuição regular com artigos originais e com trabalhos de revisão sobre progressos recentes observados em áreas específicas da Reumatologia. A secção está, naturalmente, aberta a todos os que queiram colaborar.

Uma nova secção será especialmente dedicada à Reumatologia na Medicina Familiar, em resposta à consciência de que as doenças reumáticas assumem na prática quotidiana desta especialidade um lugar de destaque. Claramente, a melhoria dos cuidados a prestar aos doentes reumáticos em Portugal, passará, em boa medida, pela capacidade de cooperação e entendimento que Reumatologia e Medicina Familiar possam demonstrar nos anos vindouros. Imbuídos deste espírito de sincera abertura, manifestamos aos colegas de Medicina Familiar a nossa expectativa na sua colaboração, sob a forma de artigos, perguntas, casos-clínicos, ou sugestões de temas a tratar.

Inauguramos também uma secção dedicada a “Imagens em Reumatologia” a que procuraremos trazer, com a ajuda de todos, a riqueza iconográfica desta especialidade, acompanhada de algumas palavras que permitam enquadrar o caso. Todos são convidados a participar.

Outras secções poderão vir a surgir ao longo do desenvolvimento deste projecto editorial, que procuraremos manter tão próximo quanto possível dos

interesses dos que nos lêem.

Reiteramos, a todos os leitores interessados na Reumatologia, qualquer que seja a sua área de actividade, a satisfação com que os veríamos aceitar este repto de colaboração aberta e desinteressada.

Aos Editores Convidados que aceitaram partici-

par deste desafio, tomando, a si e às suas famílias, tempo que dedicam ao progresso colectivo, o nosso muito obrigado.

José António P. da Silva

NOVA EVIDÊNCIA CLÍNICA

FOSAMAX

O poder de EVITAR FRACTURAS



Anca¹
($p=0,047$)

51%

Vertebrais
múltiplas¹
(≥ 2) ($p<0,001$)

90%

NO TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE PÓS-MENOPÁUSICA



1 comprimido/dia



FOSAMAX

alendronato de sódio

¹ Black DM et al for the Fracture Intervention Trial Research Group: Alendronate reduces the risk of fractures in women with existing vertebral fractures: Results of the Fracture Intervention Trial. Lancet. 348:1535-1541, 1996. Estudo duplamente cego, controlado com placebo, em 6459 mulheres pós-menopáusicas divididas em 2 grupos. O primeiro grupo inclui 2027 mulheres com fracturas vertebrais prévias e DMO da anca $< -0,68$ g/cm³ determinadas por densitometria óptica de feixe único, seguidas durante 3 anos. O objectivo do estudo foi o número de fracturas vertebrais e não vertebrais ocorridas durante o período do estudo. A dosagem de Fosamax foi de 10 mg/dia (inicialmente foi de 5 mg/dia durante os dois primeiros anos). As mulheres com ingestão insuficiente de cálcio (inferior a 1000 mg/dia) foram administrado suplemento de Ca e vitamina D. O 2.º braço do estudo (mulheres sem fracturas vertebrais prévias) encontra-se ainda em curso.

 **MERCK SHARP & DOHME**

05-99FSM 98-P-024-JA

Aspectos Imagiológicos e Clínicos da Espondilite Anquilosante

Maria Carmo Afonso*

RESUMO

A autora procede a uma revisão de literatura recente sobre espondilartropatias seronegativas, sublinhando os progressos com potencial implicação na actividade prática corrente. Diversos trabalhos sugerem um importante papel para a ressonância magnética nuclear no diagnóstico precoce e diferencial destas afecções.

Diversos autores deram, ao longo dos últimos meses, contribuições relevantes para o conhecimento da prevalência e da complexa etiopatogenia da osteoporose associada a estas afecções. Alguns autores vieram chamar a atenção para a associação entre espondilite anquilosante e Síndrome de Sjögren, geralmente pouco reconhecida.

As manifestações cárdio-vasculares das espondilartropatias seronegativas e suas manifestações no sexo feminino foram objecto de importantes trabalhos, que contribuíram de forma relevante para os significativos progressos observados recentemente nesta área da Reumatologia.

Palavras-chave: espondilartropatias seronegativas; espondilite anquilosante; osteoporose; imagiologia.

A espondilite anquilosante (EA), o protótipo das espondiloartropatias seronegativas (EAPSN) é um reumatismo inflamatório crónico que afecta predominantemente as estruturas axiais, com tendência à anquilose, devida à ossificação de ligamentos e enteses.

As suas manifestações clínicas são dominadas pelo envolvimento inflamatório do raquis e sacro-ilíacas, traduzido pela raquialgia ou lombo-sacralgia de ritmo inflamatório, associada, frequentemente, ao envolvimento das enteses e articulações periféricas. As manifestações extra-esqueléticas, por vezes iniciais, acompanham habitualmente o curso evolutivo desta doença, podendo, no entanto, perante um quadro de reumatismo inflamatório não esclarecido, orientar, por vezes, para o diagnóstico de EA ou outra EAPSN. Entre estas, contam-se a sintomatologia geral, o envolvimento ocular, cutâneo, cárdio-vascular, pulmonar, renal, digestivo, neurológico e neuromuscular.

A susceptibilidade genética para a EA e outras EAPSN, associada à presença do antígeno HLA B27, continua no centro das investigações etiopatogénicas sobre estas doenças. No entanto, apesar dos inúmeros estudos sobre este assunto, os progressos na compreensão da razão para esta associação continuam lentos.

Na literatura mais recente, além dos estudos e dos novos conhecimentos que vão surgindo no âmbito da etiopatogénese destas entidades clínicas, o contributo das novas técnicas imagiológicas para um diagnóstico mais preciso e mais precoce e alguns aspectos clínicos foram também alvo de maior relevo.

Imagiologia na EA

A presença de sacroilíte é, de acordo com critérios de diagnóstico ainda usados, condição indispensável para o diagnóstico da EA e importante na distinção entre a EA e a espondiloartropatia indiferenciada^(1,2,3).

Nos estadios precoces e agudos de sacroilíte, a

*Reumatologista; Hospital Conde de Bertiandos - Ponte de Lima

radiologia convencional parece ter valor limitado, mas o diagnóstico de sacroilíte poderá ser estabelecido com a tomografia axial computadorizada (TAC), dotada de maior sensibilidade diagnóstica⁽⁴⁾. A ressonância magnética nuclear (RMN) é ainda superior à TAC no diagnóstico precoce, uma vez que permite detectar anomalias cartilagíneas, que precedem as alterações ósseas permitindo, além disso, efectuar medidas dinâmicas crescentemente valorizadas^(5,6,7,8).

Com efeito, em doentes com dor lombar de tipo inflamatório, a RMN dinâmica permitiu demonstrar que a administração de gadolínio via e.v., resulta num realce significativo das articulações sacro-ilíacas, da sua cápsula articular e da medula óssea adjacente, o que não acontece nos controlos. Este realce pode ser quantificado, indicando a intensidade da inflamação que apresenta correlação significativa com a intensidade de dor lombar medida por escala visual analógica.

Embora nem sempre se justifique o recurso a exames sofisticados, na ausência de alterações na radiologia convencional, o diagnóstico precoce de sacroilíte em doentes com dor lombar de tipo inflamatório poderá ser importante na medida em que uma classificação também mais precoce entre os vários sub-grupos de espondiloartropatia, tem implicações terapêuticas e prognósticas relevantes.

Num estudo recente⁽⁹⁾, pretendeu-se demonstrar a importância da RMN dinâmica no diagnóstico de EAPSN em crianças com artrite juvenil, tendo os autores encontrado uma percentagem significativa de sacroilíte nas crianças portadoras de antigénio HLA B27. Além da maior sensibilidade na detecção de sacroilíte em fases precoces da doença e da possibilidade de distinção entre lesões agudas e crónicas, nas crianças, este método tem ainda a vantagem da ausência de radiação ionizante. Como desvantagens, há a referir o custo económico e a morosidade do exame.

No entanto, a detecção de sacroilíte, numa fase precoce da evolução de um quadro clínico de artrite crónica juvenil ainda não completamente esclarecido, terá, concerteza, implicações prognósticas e terapêuticas importantes.

Numa revisão recente sobre a imagiologia das EAPSN⁽¹⁰⁾ é ainda realçado o potencial da RMN no

diagnóstico da inflamação raquidiana, isto é, na detecção precoce de espondilite e/ou espondilodiscite e na avaliação da sua evolução após intervenção terapêutica, usando-se a injeção local de corticosteróides orientada radiologicamente, à semelhança do que já está referido acerca da infiltração local das sacro-ilíacas.

Com a ecografia, outra técnica imagiológica que tem vindo a revelar-se de grande importância, comparativamente à radiologia convencional, no diagnóstico de patologia tendinosa e peritendinosa, muito comuns no quadro clínico das várias EAPSN, pode detectar-se a tumefacção das enteses e dos tecidos moles peritendinosos, bem como a distensão das bolsas serosas adjacentes^(4,11).

A ecografia e a RMN mostraram que a dactilite, uma manifestação característica das EAPSN, é devida à tenossinovite dos tendões flexores, não sendo constante a presença de distensão articular⁽⁴⁾. No entanto, o exame clínico é suficiente para o diagnóstico de dactilite.

A Osteoporose na EA

A patogenia da osteoporose na EA continua ainda em discussão, havendo muito provavelmente vários factores intervenientes: o processo inflamatório em todas as fases da doença, a imobilidade em fases mais tardias e, eventualmente, a carência relativa de esteróides sexuais⁽¹²⁾.

Alguns dados sugerem aumento da reabsorção óssea devida ao processo inflamatório⁽¹³⁾, enquanto que outros sugerem predominar uma diminuição da formação⁽¹⁴⁾. Adicionalmente, em estudos histomorfométricos, constataram-se defeitos de mineralização em grande parte dos doentes⁽¹⁵⁾.

Contrariamente ao que acontece na artrite reumatoide, em que a terapêutica sistémica com corticosteróides poderá ser também determinante no surgimento de osteoporose, nos doentes com EA, a corticoterapia sistémica terá pouca importância como factor osteopenizante, dado que raramente é utilizada nestes doentes, dada a sua ineficácia.

Em doentes com EA, a osteoporose é frequentemente indiciada por hipertransparência radiológica e pela frequência aumentada de achatamentos vertebrais⁽¹⁶⁾, traduzindo, essencialmente, osteoporose de predomínio trabecular.

Estudos densitométricos demonstraram uma elevada prevalência de diminuição do conteúdo mineral ósseo vertebral e do colo do fémur, mesmo em fases precoces da doença⁽¹²⁾.

Num estudo que incluiu 32 doentes com EA, os autores verificaram que nos 22 doentes com EA considerada ligeira, definida pela ausência de sindesmófitos, a densidade mineral óssea (DMO) a nível da coluna lombar estava diminuída tanto no sexo feminino como no sexo masculino, comparativamente aos controlos. Nos doentes com EA considerada avançada, a DMO da coluna estava aumentada. Estes resultados foram interpretados considerando que a diminuição da DMO nos doentes com EA ligeira resultava do processo inflamatório e que a DMO aumentada nos doentes com EA avançada resultava da neoformação sindesmofitária e da ossificação ligamentar⁽¹⁷⁾.

Mais recentemente, num outro trabalho⁽¹⁸⁾, além da realização da densitometria óssea da coluna na projecção antero-posterior e da avaliação da DMO a nível do colo do fémur, foi também efectuada a avaliação da DMO da coluna lombar na projecção lateral, com o doente em decúbito lateral, com o objectivo de isolar o corpo vertebral dos elementos vertebrais posteriores, eventualmente ossificados e anquilosados.

Com esta última técnica, foi confirmada a presença de osteopenia do corpo vertebral nos doentes com EA evoluída, como havia já sido verificado nos estudos em que foi usada a tomografia computadorizada quantitativa. A determinação da DMO por densitometria radiológica de dupla energia (DEXA) na projecção antero-posterior, não revelou diferenças entre os doentes com EA e os controlos, considerando-se que a anquilose dos elementos posteriores do raquis, contribuiu para uma falsa elevação da DMO, de forma semelhante ao que acontece nos portadores de doença degenerativa do raquis e fracturas vertebrais. A diminuição da DMO medida em projecção lateral da coluna, correlacionava-se com a DMO a nível do colo do fémur.

Neste mesmo trabalho, foram efectuados vários estudos hormonais e doseamento de marcadores bioquímicos da remodelação óssea, com o objectivo de melhor caracterizar os mecanismos da osteopenia associada à EA. O estudo incluiu apenas pessoas do sexo masculino, com o fim de evitar a multiplicidade de factores que, no sexo feminino, pudessem contri-

buir para a diminuição da DMO.

Não foram encontradas diferenças significativas nos níveis dos minerais séricos nem nas concentrações séricas de vitamina D, hormona paratiroideia ou testosterona. Os níveis médios dos marcadores da formação óssea nos doentes e nos controlos não foram significativamente diferentes. Três dos marcadores da reabsorção óssea mostraram-se significativamente mais elevados nos doentes do que nos controlos, mas o seu significado estatístico parece dependente de valores especialmente elevados que se observaram em apenas dois doentes.

Os autores concluíram que os doentes do sexo masculino com EA severa tinham osteopenia ou osteoporose, que não pode ser explicada por índices anormais na formação ou na remodelação ósseas. Sublinha-se ainda que a realização da DEXA em decúbito lateral é tecnicamente mais difícil e a sua precisão é menor. Dadas estas limitações, a medição da DMO a nível do colo do fémur parece ser o melhor método para avaliar a massa óssea em doentes com EA evoluída.

Outros autores⁽¹⁵⁾, abordaram o estudo do mesmo problema através de estudo histomorfométrico de fragmentos ósseos recolhidos por biópsia a nível do osso ilíaco, em 16 doentes do sexo masculino com EA. Encontraram osteopenia em 14, defeitos da mineralização em 10 e osteomalácia em 3 doentes. Em todos os doentes foi verificada a normalidade dos vários parâmetros bioquímicos do metabolismo fosfo-cálcio e nenhum dos pacientes apresentava sintomatologia sugestiva de envolvimento intestinal, eventualmente responsável por um quadro de mal-absorção.

Concluíram que a diminuição da DMO nos doentes com EA pode também estar relacionada com defeitos da mineralização e que havia correlação entre a duração da doença e os parâmetros osteóides. Dado que os parâmetros indicadores de reabsorção óssea nestes doentes eram normais, é provável que a osteoporose nos doentes com EA, esteja relacionada com depressão na formação óssea mais do que com aumento da reabsorção.

Síndrome de Sjögren e EA

A associação de Síndrome de Sjögren (SS) à artrite reumatóide, ao lupus eritematoso sistémico e à

cirrose biliar primária está bem documentada. A associação à EA ou outras EAPSN não tem sido referida. No entanto, foram recentemente relatados dois casos clínicos⁽¹⁹⁾ que preenchiam os critérios de diagnóstico para ambas as doenças e, em ambos, o fenótipo HLA incluía o antígeno HLA B27 e antígenos de classe II, HLA DQ, que se sabe estarem associados à presença de anticorpos anti SSa/Ro.

Se estas observações constituem uma verdadeira associação ou simplesmente uma coincidência está ainda por esclarecer.

Também recentemente, numa coorte de 105 doentes com EA ou espondiloartropatia indiferenciada⁽²⁰⁾, a presença de síndrome seco foi investigada realizando-se um inquérito validado, contendo seis questões, a todos os doentes e a 150 controlos saudáveis. Nos doentes em que foi identificado o síndrome seco e nos doentes com ANA positivo, foram realizadas biópsias das glândulas salivares «minor» e/ou sialografia para despiste de SS. Dos 105 doentes estudados, oito reuniam os critérios Europeus de diagnóstico para SS (7,6%).

Os autores concluíram que o SS ocorre em doentes com EA mais frequentemente do que o previamente assumido, principalmente em doentes com ANA positivo e que a ocorrência de um SS secundário numa variedade de doenças inflamatórias, sugere que o envolvimento das glândulas salivares nestas condições, resulta de um mecanismo comum ainda não identificado.

Esta associação, a confirmar-se, é no mínimo curiosa, atendendo a que a EA e as outras EAPSN são mais frequentes no sexo masculino, com uma prevalência aproximada de 3/1. Pelo contrário, o SS é mais frequente no sexo feminino, quer na sua forma primária, quer na forma associada a outras doenças autoimunes, por sua vez também muito mais frequentes no sexo feminino, como são a artrite reumatóide, o lupus eritematoso sistémico e a cirrose biliar primária. Por outro lado, há a considerar que, por definição, as EAPSN são seronegativas em relação à presença de factores reumatóides e o SS cursa habitualmente com títulos altos de factores reumatóides.

Manifestações Cardio-vasculares em Doentes com EA

O envolvimento da válvula aórtica, a manifes-

tação mais característica, e as perturbações da condução, constituem um síndrome reconhecidamente associado ao antígeno HLA B27, independente da presença de doença reumatológica⁽²¹⁾. A ectasia da raiz da aorta é outra das manifestações descritas.

Num estudo recente⁽²²⁾, os autores salientam a prevalência e a morbilidade decorrente do envolvimento valvular cardíaco e da raiz da aorta em doentes com EA, tendo realizado ecocardiografia trans-esofágica a 44 doentes ambulatoriais com EA e a 30 voluntários saudáveis, emparelhados por sexo e idade. Em 25 doentes foi realizada nova avaliação clínica e ecocardiográfica 39±10 meses após a primeira.

Foram encontradas lesões valvulares e lesões da raiz da aorta em 82% dos doentes, que não se correlacionaram com a actividade da doença, com a sua gravidade ou com a terapêutica instituída. Foi encontrada correlação apenas com a duração da doença. No seguimento de 25 dos 44 doentes foi constatada instalação de novas lesões valvulares ou da raiz da aorta em mais de 24% dos casos, em 12% dos casos foi constatado agravamento das lesões existentes. Curiosamente, em 20% dos doentes seguidos, as anomalias verificadas inicialmente, desapareceram.

A EA no Sexo Feminino

A EA atinge mais frequentemente o sexo masculino numa proporção aproximada de 3/1. A sintomatologia clínica na mulher é sobreponível à que ocorre no sexo masculino, sendo no entanto referido que as formas femininas podem ter um curso evolutivo mais benigno comparativamente às formas masculinas.

Um estudo retrospectivo internacional, realizado em mais de 900 doentes com EA, tendo por objectivo estudar a capacidade reprodutiva destas doentes e avaliar a interacção entre a EA e a gravidez⁽²³⁾, permitiu estabelecer algumas características.

A idade média de começo da doença foi de 23 anos e o início da doença foi ligado a uma gravidez em 21% dos casos. Constatou-se a presença de artrite periférica em 45% dos casos, de uveíte anterior em 48% dos casos, de psoríase em 18% dos casos e de doença inflamatória intestinal em 16% dos casos. A fertilidade e a gravidez foram normais e os recém-nascidos de termo, saudáveis. A influência da gravidez na actividade da doença repartiu-se do seguinte

modo: não houve qualquer alteração em um terço dos casos, houve melhoria noutro terço dos casos e agravamento também em um terço dos casos. A melhoria durante a gravidez estava relacionada com a história de artrite periférica e com a existência de um feto do sexo feminino. Nos seis meses seguintes ao parto houve exacerbação da doença em 60% dos casos, particularmente nas formas que estavam activas na altura da concepção

Bibliografia

1. Van der Linden S, Valkenburg H, Cats A: Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 27: 361-368, 1984
2. Braun J, Sieper J: The sacroiliac joint in the spondylarthropathies. *Curr Opin Rheumatol* 7:275-283, 1996
3. Dougados M, Van der Linden S, Juhlin R, et al: The European Spondylarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. *Arthritis Rheum* 34:1218-1227, 1991
4. Barozzi L, Olivieri I, De Matteis M, Padula A, Pavlica P: Seronegative Spondylarthropathies: imaging of spondylitis, enthesitis and dactylitis. *Eur J Radiol. Suppl* 1: S12-7, 1998
5. Bollow M, Braun J, Hamm B, et al: Early sacroiliitis in patients with spondylarthropathy: Evaluation with dynamic gadolinium-enhanced MR imaging. *Radiology* 194:529-536, 1995
6. Braun J, Bollow M, Eggens U, et al: Use of dynamic magnetic resonance imaging with fast imaging in the detection of early and advanced sacroiliitis in spondylarthropathy patients. *Arthritis Rheum* 37:1039-1045, 1994
7. Blum U, Buitrago-Tellez C, Mundinger A et al: Magnetic resonance imaging (MRI) for detection of active sacroiliitis: A prospective study comparing conventional radiography, scintigraphy, and contrast enhanced MRI. *J Rheumatol* 23:2107-2115, 1996
8. Braun J, Bollow M, Seyrekbasan SF, et al: Computed tomography corticosteroid injection of the sacroiliac joint in patients with spondylarthropathy with sacroiliitis: Clinical outcome and follow-up by dynamic magnetic resonance imaging. *J Rheumatol* 23:659-664, 1996
9. Bollow M, Biedermann T, Kannenberg J, et al: Use of dynamic magnetic resonance imaging to detect sacroiliitis in HLA-B27 positive and negative children with juvenile arthritides. *J Rheumatol* 25:556-564, 1998
10. Braun J, Bollow M, Sieper J: Radiologic diagnosis and pathology of the spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am* 24:4, 697-735, 1998
11. Olivieri I, Barozzi L, Padula A et al: Retrocalcaneal bursitis in spondyloarthropathy: Assessment by ultrasonography and magnetic resonance imaging. *J Rheumatol* 25:1352-1357, 1998
12. Toussiro E, Wendling D: L'ostéoporose de la spondylartrite ankylosante. *Presse Med* 25:720-724, 1996
13. MacDonald AG, Birkinshaw G, Durham B, et al: Biochemical markers of bone turnover in seronegative spondyloarthropathy: Relationship to disease activity. *Br J Rheumatol* 36:50-53, 1997
14. Franck H, Keck E: Serum osteocalcin and vitamin D metabolites in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 52:343-346, 1993
15. Szejnfeld VL, Monier-Faugere MC, Bogner BJ, Ferraz MB, Malluche HH: Systemic osteopenia and mineralization defect in patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 24:683-688, 1997
16. Cooper C, Carbone L, Michet CH, Atkinson EJ, O'Fallon WM, Melton III LJ: Fracture risk in patients with ankylosing spondylitis, a population based study. *J Rheumatol* 21:1877-1882, 1994
17. Mullaji AB, Upadhyay SS, Ho EKW: Bone mineral density in ankylosing spondylitis. *J Bone Joint Surg* 76B:660-665, 1997
18. Bronson WD, Walker SE, Hillman LS, Keisler D, Hoyt T, Allen SH: Bone mineral density and biochemical markers of bone metabolism in ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 25:929-935, 1998
19. Golstein MC, Steinfeld S: Spondylartrite ankylosante et syndrome de Gougerot-Sjögren primitif, nouvelle association: a propos de deux cas. *Revue Rhum (Ed Fr)* 65(6):478-480, 1998
20. Brandt J, Rudwaleit M, Eggens U, et al: Increased frequency of SS in patients with spondyloarthropathy. *J Rheumatol* 25:718-724, 1998
21. Bergfeld L, Insulander R, Lindblom D, Moller E, Edhag O: HLA-B27: na important genetic risk factor for aortic regurgitation and severe conduction system abnormalities. *Am J Med* 85:12-18, 1988
22. Roldan CA, Chavez J, Wiest PW, Qualls CR, Crawford MH: Aortic root disease and valve disease associated with ankylosing spondylitis. *J Am Coll Cardiol* 32(5):1397-1404, 1998
23. Ostensen M, Ostensen H: Ankylosing spondylitis-The female aspect. *J Rheumatol* 25:120-124, 1998

Diclootec®

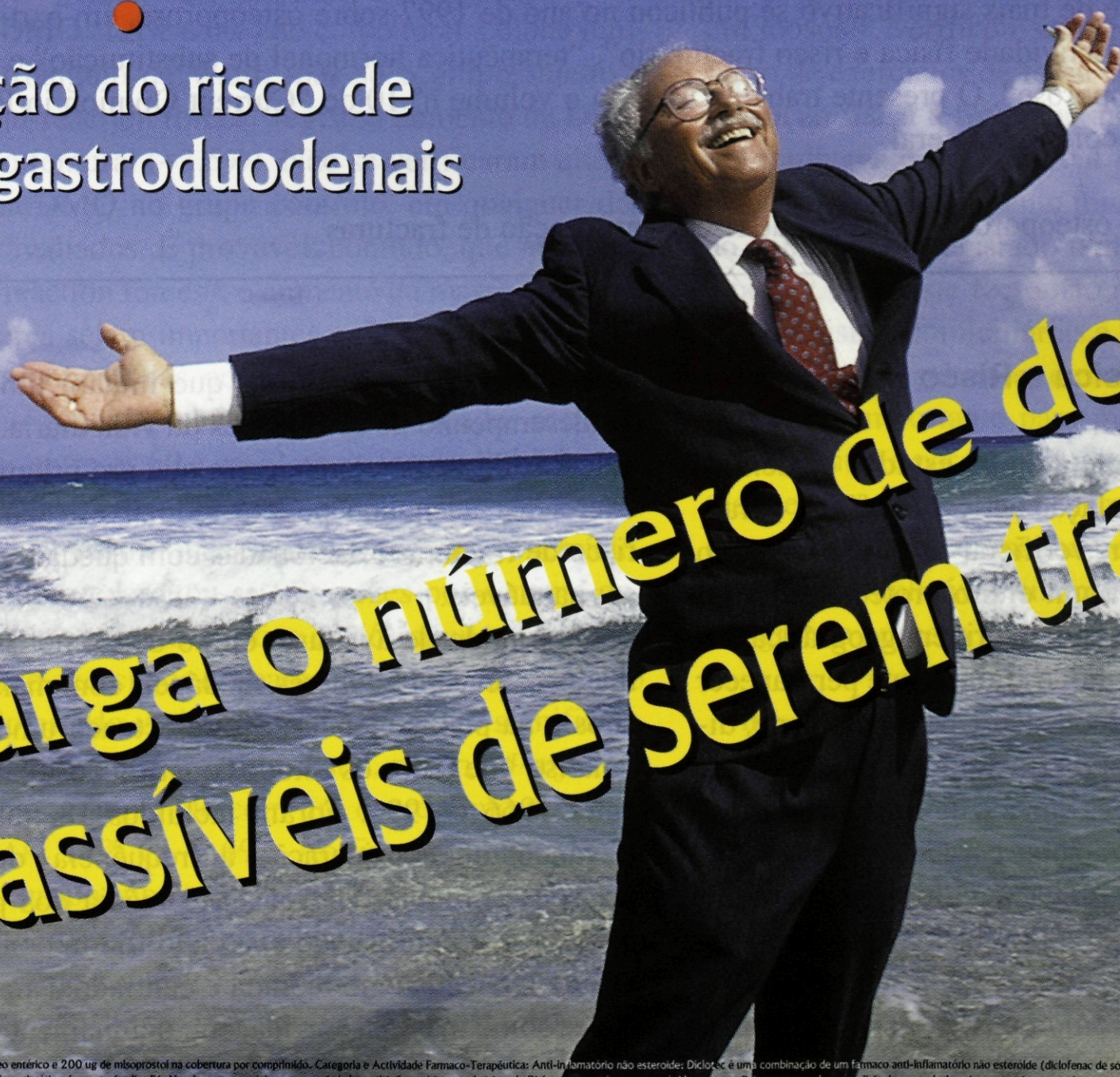
diclofenac Na/misoprostol

elevada eficácia
anti-inflamatória
e analgésica

redução do risco de
lesões gastroduodenais

FDA APPROVED

Alarga o número de doentes
passíveis de serem tratados



Composição: 50 mg de diclofenac de Na no núcleo entérico e 200 µg de misoprostol na cobertura por comprimido. Categoria e Actividade Farmaco-Terapêutica: Anti-Inflamatório não esteroide; Diclootec é uma combinação de um fármaco anti-inflamatório não esteroide (diclofenac de sódio) com actividade anti-reumática, analgésica e antiprética, e de um agente protector da mucosa gastroduodenal (misoprostol), um análogo sintético da prostaglandina E1. Nas doenças reumáticas, as propriedades anti-inflamatórias e analgésicas do Diclootec proporcionam uma rápida resposta clínica que se traduz num alívio dos seus sinais e sintomas, tais como a dor em repouso, a dor em movimento, rigidez matinal e edema articular, conferindo uma melhoria funcional. Devido à acção protectora da mucosa gastroduodenal do misoprostol, o Diclootec está associado a uma menor incidência de lesões clinicamente significativas na mucosa gastroduodenal comparativamente ao diclofenac quando administrado isoladamente. O misoprostol estimula múltiplos factores implicados na manutenção da integridade da mucosa gastroduodenal, tais como a manutenção do fluxo sanguíneo para a mucosa gástrica, o aumento da secreção de bicarbonato duodenal e a secreção de muco gástrico, bem como a inibição da secreção gástrica de ácido basal e estimulada. A capacidade do misoprostol em proteger a mucosa gastroduodenal foi demonstrada em estudos com voluntários saudáveis e doentes com patologia reumática. Os perfis farmacocinéticos do diclofenac e do misoprostol quando administrados isoladamente são semelhantes aos perfis dos mesmos quando administrados em comprimidos de combinação fixa, o Diclootec. Não se registaram interações farmacocinéticas entre os dois fármacos depois de tomas múltiplas. Não houve acumulação plasmática de diclofenac ou misoprostol depois de tomas repetidas de diclofenac/misoprostol. O misoprostol administrado oralmente e extensivamente absorvido e sofre uma rápida desesterificação para a sua forma de ácido livre, o ácido misoprostol, seu principal metabolito. Os níveis plasmáticos normais são atingidos em dois dias. No homem, o diclofenac administrado oralmente é rápida e quase completamente absorvido e distribuído no sangue, fígado e rins, e está extensivamente ligado às proteínas plasmáticas. As concentrações plasmáticas apresentam uma relação linear relativamente à quantidade de fármaco e não ocorre acumulação desde que se respeitem os intervalos entre as tomas. Indicações: O Diclootec está indicado na terapêutica da artrite reumatóide e da osteoartrite em fase aguda ou crónica, particularmente em doentes com suspeita de intolerância gástrica ou hemorragia digestiva devido ao uso de anti-inflamatórios. Contra-indicações: O Diclootec está contra-indicado em doentes com úlcera péptica e/ou história recente de hemorragia digestiva ou perfuração. Em doentes com hipersensibilidade ao diclofenac ou a outros AINEs, incluindo a aspirina, e ao misoprostol ou outras prostaglandinas. O Diclootec está contra-indicado em mulheres grávidas. Reacções Adversas Gerais: Em geral, o Diclootec é bem tolerado nas doses recomendadas. As reacções adversas são sobretudo de natureza gastrointestinal, sendo as mais frequentes: dispepsia, dor abdominal e alguns casos de diarreia ligeira e transitória, que podem surgir no início do tratamento. Só ocasionalmente esses casos resultam em diarreia mais persistente, conduzindo à interrupção da terapêutica. Apesar de não ter sido referenciada nenhuma alteração ginecológica em mulheres que recebem Diclootec, estão descritos casos raros de alterações menstruais e "spotting" (normalmente inferior a 1%) em ensaios com misoprostol. Independentemente da relação com o Diclootec, os efeitos secundários com uma incidência igual ou superior a 1% para todos os doentes e indivíduos foram: dor abdominal, dor de cabeça, náusea, dispepsia, flatulência, tontura, fadiga, tontura, vômitos, gastrite, obstipação, eructação, sintomas de tipo "gripe", infecções do tracto respiratório superior, faringite e "rash" cutâneo. A menorragia teve uma incidência de 1% quando foi calculada tendo em vista o número total de doentes e indivíduos do sexo feminino. Interações: Embora não existam evidências farmacológicas em estudos efectuados com Diclootec, os componentes presentes podem evidenciar as seguintes interações: Os antiácidos são passíveis de retardar a absorção do diclofenac, podendo o hidróxido de magnésio exacerbar a tendência para a diarreia associada ao misoprostol; a administração de doses elevadas de antiácidos pode impedir a biodisponibilidade do misoprostol; O diclofenac pode atenuar a concentração plasmática da oxitina, pelo que os níveis séricos deste fármaco devem ser cuidadosamente monitorizados e ajustados; A terapêutica concomitante do diclofenac com diuréticos poupadores de potássio pode estar associada a um aumento dos níveis séricos deste electrolítico; O diclofenac pode reduzir a eficácia dos fármacos anti-hipertensivos em doentes com hipertensão arterial; Deve proceder-se a uma cuidadosa monitorização dos doentes medicados com anti-coagulantes e Diclootec no sentido de avaliar a necessidade de eventuais ajustes posológicos na terapêutica anti-coagulante; Devem ser tomadas precauções especiais quando da utilização concomitante de Diclootec com AINEs, incluindo o diclofenac/misoprostol, pois a administração de AINEs pode levar a uma elevação dos níveis plasmáticos de metotrexato; O diclofenac provoca uma redução da "clearance" renal do lítio e aumenta os níveis plasmáticos do mesmo; consequentemente, poderão ser necessários ajustes posológicos do lítio com Diclootec; Não é aconselhável a utilização concomitante de Diclootec e Insulina. O diclofenac altera o metabolismo da glicose nos indivíduos saudáveis, não se verificando igualmente alterações nos efeitos dos anti-diabéticos orais quando co-administrados com o diclofenac. Registraram-se, contudo, casos de alterações dos efeitos dos anti-diabéticos orais (hipo e hiperglicémia) na presença de AINEs. Recomenda-se, portanto, cautela na administração do Diclootec a doentes que recebem insulina ou anti-diabéticos orais. Precauções: A presença do misoprostol em combinação demonstrou reduzir os efeitos lesivos dos AINEs na mucosa gastroduodenal. Apesar disso, podem ocorrer úlcera péptica, perfuração e hemorragia gastrointestinal durante a terapêutica com Diclootec. Em presença destas situações, a terapêutica com Diclootec deve ser interrompida e instituídas as medidas adequadas. O médico deve estar de sobreaviso quando recetar Diclootec a doentes com história de divertículos e doença inflamatória intestinal. O diclofenac e os seus metabolitos são eliminados pelo rim e pelo fígado. Assim, o Diclootec deve ser usado cuidadosamente em doentes com insuficiência renal ou hepática, sendo conveniente vigiar atentamente estes doentes. Estão descritas alterações das provas de função hepática, alguns casos de icterícia e mesmo hepatite com o uso continuado de AINEs, pelo que se aconselha, desde o início da terapêutica, a realização periódica de provas de função hepática em doentes submetidos a tratamento prolongado com estes fármacos. Devido à retenção de fluidos provocada pelos anti-inflamatórios, o Diclootec deve ser usado com precaução em doentes com insuficiência cardíaca, hipertensão ou patologias que condicionem retenção hídrica. Embora raras, estão descritas discrasias hemorrágicas associadas ao uso de AINEs. Apesar do misoprostol não aumentar o efeito do diclofenac na função plaquetária, o Diclootec deve ser usado com precaução em doentes com coagulopatias. Tal como os outros anti-inflamatórios não esteróides, o Diclootec pode mascarar os sinais de infecção. O Diclootec não deve ser administrado a doentes com asma, urticária, rinite ou outras manifestações alérgicas precipitadas pelo ácido acetilsalicílico ou outros AINEs. Mantenha o Diclootec fora do alcance das crianças. Efeitos em Grávidas e Lactantes: O Diclootec está contra-indicado na gravidez. O Diclootec pode causar o encerramento prematuro do canal arterial. O misoprostol pode complicar a gravidez (induzir o aborto) e, como tal, lesar o feto, quando administrado à gravida. O misoprostol pode estimular as contrações uterinas, provocar hemorragias e a redução da produção de oxitocina. O aborto provocado pelo misoprostol pode ser incompleto. Em estudos com mulheres que se submeteram a interrupção electiva da gravidez durante o primeiro trimestre, o misoprostol causou a expulsão parcial ou completa do feto em 11% dos casos, e provocou um aumento da incidência de hemorragia em 41%. Caso se verifique gravidez durante o tratamento, deverá interromper-se a administração do fármaco informando os doentes dos seus potenciais riscos sobre o feto. O Diclootec não é recomendado em mulheres que amamentam. Efeitos em Crianças: A segurança e eficácia do Diclootec não foram avaliadas em pediatria. Efeitos em Idosos e Doentes com Patologias Especiais: Ver precauções. Efeitos sobre a Condução de Veículos e uso de Máquinas: Foram descritos casos de cefaleias, tonturas (sensação de vazio) e diminuição da acuidade visual. Os doentes que apresentem estes sintomas devem ser advertidos para tomarem precauções quando utilizarem máquinas ou conduzirem veículos com motor, até que a reacção ao medicamento seja conhecida e se verifique que não produz efeitos adversos. Aviso: Contém lactose. As mulheres em idade fértil devem ser aconselhadas a utilizar métodos contraceptivos adequados enquanto estão a ser medicadas com Diclootec. Se for registada gravidez, a utilização do fármaco deve ser imediatamente interrompida. Posologia: A dose recomendada de Diclootec é de 1 comprimido duas a três vezes ao dia, sempre tomado por via oral, antes e às refeições. Duração do Tratamento: De acordo com o critério clínico. Sobredosagem: Não existe antídoto para o diclofenac, pelo que se deve evitar a sua absorção o mais rapidamente possível, por indução do vômito, lavagem gástrica e/ou terapêutica com carvão activado. O tratamento sintomático e de suporte para controlo das complicações deve incluir medidas gerais contra a hipotensão, a insuficiência renal, convulsões, queixas gastrointestinais e depressão respiratória. Podem ser necessárias medidas para acelerar a eliminação (diálise forçada). Atenção: Avise o seu médico ou farmacêutico dos efeitos indesejáveis que não constem do folheto informativo. Verifique o prazo de validade inscrito na cartomagem e guarde em local fresco e seco. F. F. e Via de Administração/Preço: Diclootec 20 comprimidos - P.V.P. 1.798\$00, R.G. 40%, Estado: 719\$20, Utente: 1.078\$80; R.E. 55%, Estado: 988\$90, Utente: 809\$10; Diclootec 60 comprimidos - P.V.P. 4.585\$00, R.G. 40%, Estado: 1.834\$00, Utente: 2.751\$00, R.E. 55%, Estado: 2.521\$80, Utente: 2.063\$20. CONT. Nº 500 141 739 - CAPITAL SOCIAL: 587 000 000\$00 REGISTO Nº 20459 C.R.C. DE LISBOA

Um Ano de Progresso em Osteoporose

Fernando Saraiva

RESUMO

Um Ano de Progresso em Osteoporose

As fracturas osteoporóticas constituem um importante problema de saúde pública. Nos últimos anos têm-se multiplicado os estudos direccionados para o estabelecimento de estratégias de prevenção eficazes destas fracturas. Os resultados de alguns trabalhos recentes abrem novas perspectivas no que respeita à possibilidade de diminuir a frequência de fracturas na população idosa. O objectivo da presente revisão foi o de reunir o que de mais significativo se publicou no ano de 1997 sobre osteoporose, em particular no que respeitou a “actividade física e risco fracturário”, “terapêutica hormonal de substituição” e “cálcio, nutrição e osteoporose”. O presente trabalho utilizou o volume nº 10 do “Current Opinion in Rheumatology” de 1998 como guia geral.

Palavras-chave: osteoporose – factores de risco – prevenção de fracturas

I – Actividade Física e Risco Fracturário

Numa revisão recente⁽¹⁾ de 22 estudos epidemiológicos incidindo na relação actividade física – fractura do cólo do fémur, verificou-se que o primeiro destes factores exercia um efeito protector sobre o segundo, qualquer que fosse a origem geográfica das populações estudadas. Foi estimado que permanecer fisicamente activo, independentemente da idade, diminuía o risco posterior de fractura do cólo do fémur em até 50%. Actividades da vida diária como permanecer de pé, caminhar e subir escadas, também protegeram contra a fractura naquela localização. Num estudo incidindo em indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos⁽²⁾, verificou-se que a actividade física vigorosa, definida como fazer exercício, trabalho doméstico ou outro trabalho pesado, pelo menos três vezes por semana, se associava a um risco significativamente mais baixo de fractura grave relacionada com quedas, em idosos sem limitações funcionais, associando-se em contra-partida a um risco fractu-

rário aumentado nos idosos que tinham limitações no desempenho de actividades da vida diária. Os resultados deste estudo sugerem que um programa de exercícios adequado poderá reduzir eficazmente o risco de fracturas relacionadas com quedas, em idosos saudáveis.

No sentido de avaliar o efeito do treino físico na massa óssea, em mulheres saudáveis com mais de 50 anos e na pós-menopausa, foi efectuada uma meta-análise⁽³⁾ de todos os estudos controlados realizados entre 1966 e 1996. Foram incluídos 18 trabalhos. Levando em consideração a frequência, duração, taxa de “compliance” e a idade média dos participantes, os programas de exercício foram considerados de intensidade moderada e centrados em actividades como marcha, corrida, condicionamento físico e aeróbica. A meta-análise sugeriu que estes programas de exercício exerciam um efeito significativo em mulheres pós-menopáusicas de idade superior a 50 anos, designadamente na prevenção da perda de massa óssea a nível da coluna lombar, mas não a nível do antebraço ou do cólo do fémur. Todavia, atendendo a que alguns dos estudos não foram “randomizados” e apenas incluíram um pequeno número de doentes, as conclusões desta meta-análise ne-

Reumatologista; Unidade de Reumatologia. Hospital de Santa Maria
(Dir: Prof. Viana de Queiróz)

cessitarão de ser confirmadas por estudos ulteriores, mais fiáveis.

Qual o tipo de exercício mais adequado? Pouco se sabe sobre esta matéria. Um estudo recente⁽⁴⁾ debruçou-se sobre este assunto, comparando os efeitos de dois programas de exercícios sobre a densidade mineral óssea (DMO), em 39 mulheres sedentárias com idades compreendidas entre os 60 e os 74 anos de idade. Um programa incluía exercícios que envolviam aquilo que foi designado por “ground-reaction forces” (marcha, “jogging”, subir escadas). O outro programa incluía exercícios que envolviam aquilo que foi designado por “joint-reaction forces” (levantamento de pesos, remar). Após 11 meses ambos os grupos registaram um aumento significativo da DMO (1.5% a 6%) no corpo total, coluna lombar e triângulo de Ward, mas só o grupo sujeito a “ground-reaction forces” registou aumento da DMO no cólo femural (+3.5%). Não se verificaram alterações na DMO no grupo controlo, em qualquer dos locais avaliados. É provável, contudo, que no grupo “joint-reaction forces”, o aumento da massa muscular e da força sejam importantes na prevenção das fracturas osteoporóticas, ao reduzirem o risco de quedas.

Noutro estudo⁽⁵⁾, 118 mulheres de idades compreendidas entre os 60 e os 73 anos, foram divididas em dois grupos, um a fazer suplementos de cálcio e outro a fazer os mesmos suplementos mais exercício. Este último exercitou-se três vezes por semana durante dois anos, em sessões de 45 minutos cada, envolvendo exercícios em carga sob fundo musical. No final do estudo verificou-se um aumento significativo da DMO no rádio ultra-distal, no grupo sujeito a exercício, comparado com um decréscimo no outro grupo (+1.14% vs -2.6%). Ao fim de um ano de estudo, o grupo submetido a exercício regular registou um número significativamente menor de quedas do que o grupo controlo. Estes resultados sugerem que a prevenção de quedas através de melhorias conseguidas no equilíbrio, força e flexibilidade, podem ser de importância crítica na prevenção de eventos fracturários. Todavia, promover o exercício em idosos pode não ser destituído de riscos. Um estudo⁽⁶⁾ apreciou o efeito da marcha rápida na DMO, em 165 mulheres que já tinham sofrido fractura de um membro superior nos dois anos anteriores. As mulheres foram aleatoriamente distribuídas por um grupo sujeito a marcha rápida e por um grupo placebo

(exercícios para os membros superiores). Após dois anos, verificou-se que a DMO do cólo femural tinha diminuído mais no grupo placebo que no grupo submetido a exercício (diferença de 2%). Todavia, o “grupo marcha rápida” sofreu mais quedas que o grupo controlo durante o primeiro ano de estudo, embora a taxa clínica de fracturas tenha permanecido idêntica nos dois grupos. Estes resultados sugerem que uma vigilância apertada (pelo menos no início) e conselhos adicionais respeitando a evicção de quedas, podem ser necessários para os idosos incrementarem em segurança o seu nível de actividade física, nomeadamente através de marcha rápida.

Noutro estudo, desenhado para avaliar o efeito dos programas de exercício na prevenção de quedas em idosos⁽⁷⁾, verificou-se que um programa domiciliário de exercícios de força e equilíbrio, melhorou a condição física e foi eficaz na prevenção de quedas em mulheres de idade igual ou superior a 80 anos. Não se verificou aumento inicial do risco de quedas, ao contrário do registado num estudo anteriormente citado⁽⁶⁾. Para este facto não deve ser irrelevante ter havido visitas domiciliárias e telefonemas, a intervalos regulares, às doentes envolvidas, o que provavelmente foi importante para manter a motivação das participantes e para diminuir o risco de quedas eventualmente associado ao programa. Todavia, o apertado sistema de acompanhamento adoptado, dificilmente será aplicável em programas que envolvam um grande número de participantes.

II – Cálcio, Nutrição e Osteoporose

Existem evidências consistentes que indicam ser a suplementação de cálcio eficaz na redução da perda de massa óssea em até 50%, em mulheres pós-menopáusicas⁽⁸⁻¹⁰⁾. A recomendação duma elevada ingestão de cálcio em idades avançadas, baseia-se na diminuição da absorção deste elemento a nível intestinal, verificada nos idosos. Vários estudos revelaram ser a suplementação de cálcio eficaz na diminuição da perda de massa óssea em mulheres idosas, possivelmente interagindo de forma sinérgica com os exercícios em carga⁽¹¹⁻¹³⁾. Provavelmente os suplementos de cálcio também são eficazes na prevenção de fracturas^(14,15). Todavia, a acção do cálcio sobre o risco fracturário permanece ainda algo indefinida. Uma revisão recente da literatura⁽¹⁶⁾, focou esta ma-

téria, interessando 14 estudos de suplementação de cálcio e 23 estudos de cálcio na dieta. Quatro estudos “randomizados”, em que se utilizou suplementação de cálcio (dose média: 1050 mg/dia), evidenciaram uma diminuição do risco fracturário entre 25% e 70%. A meta-análise aplicada aos estudos que utilizaram a ingestão de cálcio na dieta, revelou uma diminuição de 4% no risco de fractura da anca, por cada copo de leite adicionado naquela. Esta revisão da literatura suporta, assim, a habitual recomendação de aumentar a ingestão de cálcio para prevenção de fracturas, em mulheres idosas. No entanto, dado que os doentes em maior risco fracturário, têm também uma maior probabilidade de estarem a tomar cálcio (auto-medicado ou prescrito pelo médico), este facto pode ser responsável por um “bias” de selecção, originando resultados menos esperados. Possivelmente foi o que aconteceu no “Study of Osteoporotic Fractures”⁽¹⁷⁾, em que se verificou que a suplementação de cálcio estava associada a um maior risco fracturário.

A relação composição da dieta-risco fracturário, foi salientada noutro estudo recente⁽¹⁸⁾ em que se verificou que mulheres com elevada ingestão de proteínas de origem animal (carne, peixe, ovos) e baixa ingestão de cálcio ou leite, apresentavam um risco aumentado de fractura.

Esta ocorrência pode dever-se ao aumento da calciúria, ou ao facto das proteínas da dieta aumentarem a produção endógena de ácidos e assim levarem à mobilização de cálcio do osso, destinada a neutralizar a consequente acidez, através da formação de sais. Inversamente, dietas hipoproteicas podem associar-se a massas musculares insuficientes, com a consequente diminuição da DMO e aumento do risco de fracturas. Esta perspectiva é suportada por dois estudos recentes, levados a cabo em mulheres vegetarianas chinesas com baixa ingestão de proteínas na dieta^(19,20).

Natrúrias elevadas podem associar-se a hipercalciúria e a aumento da hidroxiprolinúria⁽²¹⁻²³⁾. Todavia, ingestões adequadas de cálcio (1g de Ca para ingestões de 2g de NaCl), serão suficientes para prevenir a perda de massa óssea em mulheres idosas, ao nível da anca⁽²⁴⁾.

O mesmo efeito negativo sobre a massa óssea se evidencia em mulheres com elevada ingestão de café (nove ou mais/dia), o qual diminui a absorção intes-

tinal de cálcio. Assim, embora estes resultados não impliquem necessariamente uma relação de causa-efeito, sugerem a existência de factores de risco para fractura do cólo do fémur, actuando provavelmente através dum balanço negativo do cálcio.

Outros estudos suportam a utilidade da associação cálcio - vitamina D na prevenção de fracturas osteoporóticas em idosos institucionalizados⁽²⁵⁾, mas também em idosos vivendo na comunidade⁽²⁶⁾. Contudo, apesar de existirem evidências convincentes apontando no sentido de que esta associação é eficaz na prevenção da perda de massa óssea e na redução do risco fracturário em idosos⁽²⁶⁻²⁸⁾, é possível que a sua acção benéfica ocorra apenas em idosos cujos níveis de 25-OH vitamina D sejam baixos à partida⁽²⁸⁾.

III – Terapêutica Hormonal de Substituição

A terapêutica hormonal de substituição com estrogéneos (THS) é consensualmente aceite como a melhor forma de prevenir a osteoporose, em mulheres pós-menopáusicas. Todavia, a duração do tratamento e a melhor altura para o iniciar ainda são objecto de controvérsia⁽²⁹⁻³¹⁾. Vários estudos epidemiológicos sugerem que o benefício dos estrogéneos na osteoporose diminui progressivamente com a paragem do tratamento, não exercendo assim um efeito protector substancial na perda de massa óssea, ou no risco fracturário, mais tarde, em idades avançadas⁽³²⁻³⁴⁾. Uma forma de ultrapassar esta insuficiência seria continuar a THS indefinidamente. Outra, seria iniciá-la mais tarde, aos 65 anos ou mesmo depois.

Num estudo recente⁽³⁵⁾ interessando 760 mulheres com idades compreendidas entre os 60 e os 98 anos, verificou-se que o grupo que tinha começado estrogéneos no início da menopausa, mantendo-os até à data da realização do estudo (20 anos de terapêutica em média), mas também o grupo que só tinha iniciado aquela medicação após os 60 anos (9 anos de terapêutica em média), tinham DMO semelhantes. No entanto, o grupo que tinha começado estrogéneos no início da menopausa, mas que os tinha parado após 10 anos de terapêutica, tinham uma DMO apenas ligeiramente superior à do grupo não-utilizador. Estes resultados sugerem que a THS poderá ser iniciada em idades mais avançadas, quando a maior parte das fracturas osteoporóticas ocorrem, diminuindo o cus-

to e possivelmente também os riscos a longo prazo da THS.

Quanto aos riscos e segundo uma revisão da literatura interessando a maior parte dos dados epidemiológicos internacionais⁽³⁶⁾, o risco de cancro da mama aumenta em mulheres sob THS, sendo proporcional à duração do tratamento. Por outro lado, verificou-se uma diminuição da mortalidade (todas as causas) em utilizadoras recentes de estrogéneos, facto atribuído, em grande parte, a um decréscimo na mortalidade por coronariopatia⁽³⁷⁾. Mas também neste estudo se verificou que as utilizadoras a longo prazo da THS tinham um risco acrescido de morte por cancro da mama.

A estrogénoterapia em baixas doses poderá ser menos eficaz na prevenção da perda de massa óssea, mas tem seguramente menos efeitos adversos e poderá aumentar a adesão à terapêutica, particularmente em mulheres idosas. Um pequeno estudo sugere que baixas doses de estradiol (7.5mg/24 horas), administrado topicamente, previne a perda de massa óssea em mulheres de idade igual ou superior a 60 anos⁽³⁸⁾. Mas os estrogéneos poderão prevenir a fratura por outros mecanismos: um estudo recente sugere que a THS a longo prazo melhora o equilíbrio postural em idosas⁽³⁹⁾. Todavia serão necessários mais estudos prospectivos para determinar se o equilíbrio postural também melhora se o tratamento for iniciado em idades mais avançadas e se aquela melhoria corresponde, efectivamente, uma redução da taxa de eventos fracturários.

Bibliografia

- Joakimsen RM, Magnus JH, Fonnebo V: Physical activity and pre-disposition for hip fractures: a review. *Osteoporosis Int* 1997, 7: 503-513
- Stevens JA, Powell KE, Smith SM, Wingo PA, Sattin RW: Physical activity, functional limitations and the risk of fall-related fractures in community-dwelling elderly. *Ann Epidemiol* 1997, 7: 54-61
- Kohrt WMBérard A, Bravo G, Gauthier P: Meta-analysis of the effectiveness of physical activity for the prevention of bone loss in postmenopausal women. *Osteoporosis Int* 1997, 7: 331-337
- Kohrt WM, Ehsam AA, Birge SJ: Effects of exercise involving predominantly either joint-reaction forces or ground forces on bone mineral density in older women. *J Bone Miner Res* 1997, 12: 1253-1261
- McMurdo MET, Mole PA, Paterson CR: Controlled trial of weight bearing exercise in older women in relation to bone density and falls. *BMJ* 1997, 314: 569
- Ebrahim S, Thompson PW, Baskaran V, Evans K: Randomised placebo-controlled trial of brisk walking in the prevention of postmenopausal osteoporosis. *Age Ageing* 1997, 26: 253-260
- Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Tilyard MW, Buchner DM: Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercises to prevent falls in elderly women. *BMJ* 1997, 315: 1065-1069
- Cumming RG: Calcium intake and bone mass: a quantitative review of the evidence. *Calcif Tissue Int* 1990, 47: 194-1201
- Reid IR, Ames RW, Evans MC, Gamble GD, Sharpe SJ: Effect of calcium supplementation on bone mass in postmenopausal women. *N Engl J Med* 1993, 328: 460-464
- Devine A, Dick IM, Heal SJ, Criddle RA, Prince ML: A 4-year follow-up study of the effects of calcium supplementation on bone density in elderly postmenopausal women. *Osteoporosis Int* 1997, 7: 23-28
- Lau EMC, Woo J, Leung PC, Swaminathan R, Leung D: The effects of calcium supplementation and exercise on bone density in elderly Chinese women. *Osteoporosis Int* 1992, 2: 168-173
- Chevalley T, Rizzoli R, Nydegger D, Slosman D, Rapin CH, Michel JP, Vasey MH, Bonjour JP: Effects of calcium supplements on femoral bone mineral density and vertebral fracture rate in vitamin D replete elderly patients. *Osteoporosis Int* 1994, 4: 245-252
- Prince R, Devine A, Dick I, Criddle A, Kerr D, Kent N, Price R, Randell A: The effects of calcium supplementation (milk powder or tablets) and exercise on bone density in postmenopausal women. *J Bone Miner Res* 1995, 10: 1068-1075
- Reid IR, Ames RW, Evans MC, Gamble GD, Sharpe SJ: Long-term effects of calcium supplementation on bone loss and fractures in postmenopausal women: a randomised controlled trial. *Am J Med* 1995, 98: 331-335
- Recker RR, Kimmel DB, Hinders S, Davies KM: Anti-fracture efficacy of calcium in elderly women (abstract). *J Bone Miner Res* 1994, 9 (suppl 1): 135
- Cumming RG, Nevitt MC: Calcium for the prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *J Bone Miner Res* 1997, 12: 1321-1329
- Cumming RG, Cummings SR, Nevitt MC, Scott J, Ensrud KE, Vogt TM, Fox K: Calcium intake and fracture risk: results from the study of osteoporotic fractures. *Am J Epidemiol* 1997, 145: 926-934
- Meyer HE, Pederson J, Loken EB, Tverdal A: Dietary factor and the incidence of hip fracture in middle-aged Norwegians (a prospective study). *Am J Epidemiol* 1997, 145: 117-123
- Lau LMC, Kwok T, Woo J, Ho SC: Bone mineral density in Chinese elderly female vegetarians, vegans, lacto-vegetarians and omnivores. *Eur J Clin Nutr* 1998, 52: 60-64
- Chiu JF, Lau SJ, Yang CY, Wang PW, Yao WJ, Su LH, Hsieh CC: Long-term vegetarian diet and bone mineral density in postmenopausal Taiwanese women. *Calc Tissue Int* 1997, 60: 245-249
- Goulding A, Lim PE: Effects of varying dietary salt intake on the fasting urinary excretion of sodium, calcium and hydroxyproline in young women. *N Z Med J* 1983, 96: 853-854
- Goulding A: Fasting urinary sodium/creatinine in relation to calcium/creatinine and hydroxyproline/creatinine in a general population of women. *N Z Med J* 1981, 93: 294-297
- Law LK, Swaminathan R, Donnan SPB: Relationship between sodium excretion and calcium excretion in healthy subjects. *Med Sci Res* 1988, 16: 643-644
- Massey LK, Whiting SJ: Dietary salt, urinary calcium and bone loss. *J Bone Miner Res* 1996, 11: 731-736
- Chapuy MC Arlot ME, Dubouef F, Brun J, Crouzet B, Arnaud S, Delmas PD, Meunier PJ: Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in elderly women. *N Engl J Med* 1992, 327: 1637-1642
- Dawson-Hughes B, Harris SS, Krall EA, Dallal GE: Effect of calcium and vitamin D supplementation on bone density in men and women 65 years of age or older. *N Engl J Med* 1997, 337: 670-676
- Dawson-Hughes B, Ballal GE, Krall EA, Harris SS, Sokoff LJ, Falconer G: Effect of vitamin D supplementation on wintertime and overall bone loss in healthy postmenopausal women. *Ann Int Med* 1991, 115: 505-512
- Dawson-Hughes B, Harris SS, Krall EA, Dallal GE, Falconer G, Green CL: Rates of bone loss in postmenopausal women randomly assigned to one of two dosages of vitamin D. *Am J Clin Nutr* 1995, 61: 1140-1145

29. Kanis JA: Treatment of osteoporosis in elderly women. *Am J Med* 1995, 98 (supl 2A): 60S-66S

30. Black DM: Screening and treatment in the elderly to reduce osteoporotic fracture risk. *Br J Obstet Gynaecol* 1996, 103: 2-8

31. Brinton LA, Schairer C: Postmenopausal hormone replacement therapy: time for a reappraisal? *N Engl J Med* 1997, 336: 1821-1822

32. Felson DT, Zhang Y, Hannan MT, Kiel DP, Wilson PWF, Anderson JJ: The effect of postmenopausal therapy on bone density in elderly women. *N Engl J Med* 1993, 329: 1141-1146

33. Lindsay R, Hart DM, MacLean A, Clark AC, Kraszewsky A, Garwood J: Bone response to termination of oestrogen therapy. *Lancet* 1978, 1: 1325-1327

34. Cauley JA, Seeley DG, Ensrud K, Ettinger B, Black D, Cummings SR: Estrogen replacement therapy and fractures in older women. *Ann Int Med* 1995, 122: 9-16

35. Schneider DL, Barrett-Connor EL, Morton DJ: Timing of postmenopausal estrogen for optimal bone mineral density. *JAMA* 1997,

277: 543-547

36. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer: Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52705 women with breast cancer and 108411 women without breast cancer. *Lancet* 1997, 350: 1047-1059

37. Goldstein F, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, Manson JE, Joffe M, Rosner B, Fuchs C, Hankinson SE, Hunter DJ et al: Postmenopausal hormone therapy and mortality. *N Engl J Med* 1997, 336: 1769-1775

38. Naessen T, Berglund L, Ulmsten U: Bone loss in elderly women prevented by ultralow doses of parenteral 17 β -estradiol. *Am J Obstet Gynaecol* 1997, 177: 115-119

39. Naessen T, Lindmark B, Larsen HC: Better postural balance in elderly women receiving estrogens. *Am J Obstet Gynaecol* 1997, 177: 412-416

ROTTA
Farmacêutica
Grupo Rotta Research

A Arte de Investigar...

Dermestril[®]
17 β -estradiol

viartil-S[®]
sulfato de glucosamina

BIONOCALCIN[®]
Salcatonina

Protaxil[®]
DIMALEATO DE PROGLUMETACINA

ANANASE[®]
Bromelaina

Reumatologia em Medicina Familiar. Quando Referir um Doente ao Reumatologista?

Pedro Gonçalves¹, J A Pereira da Silva²

RESUMO

Neste trabalho pretende-se realçar o papel determinante dos Cuidados de Saúde Primários na abordagem dos doentes com patologia do aparelho locomotor e na sua referência ponderada à Reumatologia. Descrevem-se os recursos teóricos e técnicos desta especialidade, numa perspectiva de optimização da sua actuação na prestação de cuidados de saúde em Portugal. Apresenta-se uma proposta de indicações para o envio de doentes à Reumatologia.

Introdução

A Reumatologia em Portugal carece de uma adequada cobertura nacional. A utilização adequada e rentável dos recursos da especialidade, reduzidos e concentrados em poucos centros nas principais cidades, exige um continuado esforço de articulação e partilha de cuidados, por forma a que tenham acesso privilegiado à Reumatologia os doentes que dela mais tenham a beneficiar.

É neste espírito que se insere este trabalho, cujo objectivo é contribuir para a rentabilização dos recursos humanos e técnicos da Reumatologia.

A sobreocupação dos Centros Reumatológicos com doentes que poderão não beneficiar significativamente com uma consulta da especialidade, deve naturalmente, ser combatida. Só assim se poderão evitar as longas listas de espera que retardam o acesso à consulta de doentes muito necessitados. Só assim será possível dar uma resposta adequada às

necessidades dos doentes e desenvolver uma colaboração frutífera com as diferentes especialidades médicas e cirúrgicas que contribuem para o diagnóstico e tratamento das afecções do aparelho locomotor.

A referência à Reumatologia, habitualmente a cargo dos Cuidados de Saúde Primários, pode e deve também ser efectuada por colegas de outras especialidades. A racionalização do envio à Reumatologia pressupõe um correcto conhecimento das potencialidades e recursos desta especialidade.

Definição de Reumatologia

A Reumatologia é o ramo das ciências médicas dedicado à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças do aparelho locomotor, incluindo não só as afecções que aí têm sede primária, mas também uma variedade de doenças sistémicas com repercussões neste aparelho. O tratamento que os Reumatologistas disponibilizam é médico, orientando os doentes para os Cirurgiões Ortopedistas, sempre que necessária uma eventual abordagem cirúrgica.

O termo *reuma* de que deriva a palavra Reumatologia, apareceu no primeiro século, referindo-se a

¹ Reumatologista. Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada.

² Reumatologista, Professor Auxiliar de Medicina e Reumatologia. Serviço de Medicina III e Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

“substância que flui”, e provavelmente derivou de *phlegm*, um “humor primário antigo”, que se pensava existir no cérebro e daí fluir para as várias partes do corpo.

O termo *Reumatismo* foi introduzido na literatura em 1642, pelo médico francês G. Baillou, que enfatizou que a artrite podia ser uma doença sistémica.

Conhecem-se actualmente mais de 120 doenças reumáticas, localizadas, generalizadas ou sistémicas. As queixas músculo-esqueléticas atingem pelo menos 30 % da população geral ao longo da sua vida, mas apenas 20 % recorre aos cuidados médicos. A prevalência das queixas músculo-esqueléticas aumenta com a idade.

De acordo com estudos nacionais recentes, 20 a 30% das consultas de Medicina Familiar são devidas a queixas relacionadas com o sistema locomotor. Os problemas mais frequentemente encontrados são a Osteoartrose, a Lombalgia, a Fibromialgia, os Reumatismos de partes moles ou loco-regionais e as Doenças por deposição de cristais.

As doenças do aparelho locomotor são a principal causa de incapacidade e são responsáveis por cerca de 10 % de todas as intervenções cirúrgicas realizadas. Os custos relacionados com a morbilidade associada às doenças reumáticas traduzem nos EUA uma parcela muito significativa do PIB (2,5 %). Em Portugal, os custos relacionados com as doenças reumáticas, por extrapolação daquilo que se passa nomeadamente noutros países europeus, andarão perto desses valores.

A maioria das doenças reumáticas podem ser agrupadas em 9 categorias principais, segundo a classificação das doenças reumáticas da *American Rheumatism Association* (ARA) de 1983 (Quadro 1).

Quadro I Classificação Sistémica do Tecido Conjuntivo*

- Doenças Sistémicas do Tecido Conjuntivo
- Vasculites
- Espondiloartropatias Seronegativas
- Artropatias associadas a Agentes Infecciosos
- Doenças Reumáticas associadas a Doenças Metabólicas, Endócrinas e Hematológicas
- Doenças Ósseas e da Cartilagem
- Reumatismos Regionais não articulares
- Neoplasias
- Outras situações

* *American Rheumatism Association - 1983*

O restante trabalho vai ser dividido em dois capítulos fundamentais. No primeiro vamos abordar o que a Reumatologia tem para oferecer, em termos de recursos de saúde, aos outros profissionais de saúde e aos próprios doentes. Na parte final deste trabalho tentaremos responder à questão: *Quando referir um doente ao Reumatologista ?*

Recursos da Reumatologia

Os Reumatologistas têm uma capacidade diagnóstica (Quadro 2) que lhes é atribuída pelo treino específico na sua área e pela experiência adquirida com o contacto quase exclusivo com as doenças reumáticas. O diagnóstico em Reumatologia tem uma base essencialmente clínica que assenta em princípios aparentemente simples, exigindo uma apurada técnica de colheita e valorização de dados clínicos e um exame objectivo reumatológico minucioso.

Quadro II Recursos da Reumatologia - I

>> Capacidade Diagnóstica

- Clínica
- Laboratorial
- Imagiológica

Estas técnicas não são, habitualmente, abordadas de forma adequada nos cursos de Medicina, continuando, por exemplo, na Faculdade de Medicina de Lisboa, a disciplina de Reumatologia, a ser ministrada apenas como cadeira opcional no 6º ano lectivo. Por outro lado, quer o Internato Geral, quer o Exame de acesso à especialidade ignoram quase por completo as doenças do aparelho locomotor. É difícil de compreender que uma área da medicina com tamanha importância epidemiológica e impacto na clínica diária continue a ter tratamento tão exíguo nos planos de formação médica geral em Portugal, contrariando o que se passa noutros países desenvolvidos e todas as recomendações internacionais relativas aos planos de formação pré-graduada e pós-graduada em medicina geral.

O resultado é que, apesar dos seus esforços em cursos de pós-graduação, os Médicos de Família portugueses reconhecem ter na Reumatologia, ca-

rências de formação mais acentuadas do que em qualquer outra área de especialidade. Este ponto, atestado em inquéritos recentes conduzidos pela Associação Nacional dos Médicos de Clínica Geral, não pode deixar de contribuir para a sua insatisfação profissional e para dificuldades na articulação e prestação de cuidados aos doentes reumatológicos.

O desenvolvimento tecnológico permitiu desenvolver técnicas e ensaios laboratoriais cada vez mais numerosos e complexos. É difícil, por vezes, ao médico generalista, acompanhar este desenvolvimento tecnológico em todas as áreas, quer em termos de análises laboratoriais específicas para determinadas doenças, quer em termos de exames relevantes para apreciar a evolução clínica e determinar a orientação terapêutica mais adequada para cada uma das afecções reumatológicas.

A capacidade terapêutica da Reumatologia pode ser expressa sob várias formas (Quadro 3).

Quadro III
Recursos da Reumatologia - II

- >> **Capacidade Terapêutica**
- Meios Farmacológicos Sistêmicos e Locais eficazes**
- Técnicas específicas**
 - Artrocenteses, Infiltrações Intraarticulares ou Periarticulares
- Técnicas de Terapêutica Física**
 - Exercícios e outros meios físicos
- Terapêutica Ocupacional**
 - Treinos, Ortóteses, Utensílios de Ajuda
- Abordagens Psicológicas**

A Reumatologia orgulha-se de ser reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) como uma das especialidades em que a investigação fundamental e clínica tem resultado em avanços mais substanciais na melhoria de qualidade de vida e da sobrevivência dos pacientes neste final de século.

Esta investigação derrubou completamente o conceito de curso fatídico e inapelável que antigamente se atribuía às doenças reumáticas. Dispomos hoje de um arsenal terapêutico variado, bem estudado e com indiscutível benefício para a esmagadora maioria das doenças reumáticas, quer em termos de alívio do sofrimento dos pacientes, quer em termos de efectiva prevenção de incapacidade física e de mortalidade.

Entrámos nos últimos anos e com carácter inovador, na era das terapêuticas biológicas, baseadas

em conhecimentos derivados da biologia molecular e que auguram, para os próximos anos, novos e valiosos benefícios para os doentes reumáticos. Naturalmente, estes recursos terapêuticos exigem uma avaliação ponderada das suas indicações, limitações, toxicidade e custos que, por inerência da sua dedicação preferencial, serão do âmbito do Reumatologista.

Certas técnicas específicas que fazem parte da actividade rotineira do Reumatologista, como as artrocenteses, as infiltrações intra-articulares ou peri-articulares têm um lugar central na abordagem de numerosas doenças reumatológicas, constituindo contributos inestimáveis para o bem estar dos doentes e preservação do seu estado articular e funcional ao longo dos anos.

Dentro da especialidade é habitual a recomendação de técnicas de terapêutica física, como o ensino de cuidados ergonómicos e posturais, recomendação de exercícios úteis ou a utilização de outros meios físicos, como a electroterapia ou os ultra-sons. A terapêutica ocupacional através do treino específico, da confecção de ortóteses ou do aconselhamento de utensílios de ajuda é também uma arma terapêutica ao dispor do Reumatologista, com a colaboração de outros profissionais de saúde. As abordagens psicológicas (intervenções comportamentais, técnicas de relaxamento) fazem também parte do arsenal terapêutico da especialidade e são de extrema utilidade para o doente.

O Reumatologista é o médico mais capacitado para o estabelecimento de prognósticos das doenças reumatológicas. Adquire especial importância em termos de Medicina do Trabalho, sendo os profissionais mais habilitados para emitir pareceres de incapacidade provisória ou definitiva relacionados com as doenças do aparelho locomotor.

Deve ser o Reumatologista o profissional solicitado para a emissão de pareceres sobre gravidez no contexto de doença reumatológica. Está capacitado para indicar qual a ocasião mais oportuna, apreciar se existem ou não contra-indicações para a gravidez, que tipo de alterações terapêuticas recomendar, que tipo de seguimento efectuar, etc.

A sua experiência permite-lhe também pronunciar-se sobre a oportunidade e indicação de terapêuticas cirúrgicas de doentes com patologia reumatológica.

A Reumatologia partilha amplas e intrincadas áreas de fronteira com numerosas especialidades médicas e cirúrgicas. Bebe da Medicina Interna a formação biológica que lhe é central e lhe facultam não só a compreensão das bases fisiopatológicas das doenças reumáticas e seus tratamentos, mas também, o domínio das manifestações sistémicas das doenças reumáticas complexas, como o lúpus e outras doenças do tecido conjuntivo. Radica nesta vocação clínica, a componente da visão integrada e global do doente reumático essencial à abordagem das suas múltiplas dimensões e à identificação das manifestações reumatológicas de outras doenças, tão numerosas, como a diabetes, a hemocromatose ou os tumores.

Integra na sua formação estágios em Neurologia, Ortopedia e Fisiatria que permitem aos seus profissionais uma adequada compreensão das indicações e alcances e das necessidades diagnósticas e terapêuticas no âmbito destas especialidades. Curiosamente, nenhuma destas especialidades integra nos seus planos de formação estágios obrigatórios em Reumatologia. Esta formação coloca, indiscutivelmente, o Reumatologista na posição ideal para articular os recursos especializados hospitalares indispensáveis ao melhor tratamento dos portadores de afecções reumáticas.

As capacidades da Reumatologia e o contributo que a sua abordagem especializada podem dar ao tratamento de uma tão vasta gama de afecções, traduz-se no seu natural reconhecimento pela Ordem dos Médicos como especialidade autónoma há cerca de 20 anos, aliás, com muitas décadas de atraso em relação aos países desenvolvidos.

A importância epidemiológica das doenças reumáticas e o potencial de desenvolvimento nesta área levaram a que a O.M.S. tenha, em cooperação com várias outras organizações internacionais, estabelecido os anos de 2000 a 2009 como “A década do osso e da articulação”. Ao nosso nível, aprofundando a cooperação entre especialidades, a bem do doente reumático, todos podemos contribuir para que os objectivos desta iniciativa sejam coroados de sucesso.

A actividade do Reumatologista poderá ser desempenhada segundo uma das três seguintes linhas de orientação (Quadro 4).

Poderá exercer uma actividade de simples consul-

Quadro IV Recursos da Reumatologia - Linhas de Orientação

- **Simple Consultadoria**
- **Cuidados Continuados**
 - Seguimento Periódico
 - Seguimento Ocasional
- **Esclarecimentos**
 - Ao Médico de Família
 - Ao Doente

tadoria, em que analisará em conjunto com colegas de outras especialidades, ou isoladamente na presença do doente, certas situações patológicas específicas emitindo pareceres diagnósticos, terapêuticos e prognósticos. Poderá passar por um seguimento em continuidade que requeira a avaliação periódica do doente. Tal é o exemplo dos Reumatismos Inflamatórios que necessitam de uma vigilância clínica e laboratorial apertada. Outro tipo de situações patológicas podem necessitar apenas de uma vigilância ocasional da parte do especialista, tal como a Osteoartrose, a Gota, alguns Reumatismos de partes moles ou a Fibromialgia. O Reumatologista deverá estar sempre apto e disponível para colaborar com o Médico de Família e outros profissionais de saúde, no estudo dos seus doentes, sempre que para tal seja solicitado.

Quando Referir um Doente ao Reumatologista?

As doenças do aparelho locomotor podem assumir a forma de doenças sistémicas complexas, com potencialidades para diminuir a esperança média de vida, necessitando de abordagens terapêuticas multidimensionais, passando também pela instituição de terapêuticas farmacológicas complexas. A relativa raridade de muitas destas afecções e a especificidade do seu estudo e tratamento colocam-nas habitualmente fora do raio de acção do Clínico Geral ou do médico não especialista em Reumatologia.

Para além de implicações em termos de mortalidade, algumas doenças reumáticas se não tratadas precocemente e em tempo útil, poderão condicionar deformidade articular e limitação ou incapacidade precoce para o trabalho ou para outras actividades.

Algumas doenças reumáticas sistémicas, como a artrite reumatóide, necessitam de uma terapêutica imediata e agressiva, estando o prognóstico funcio-



Fig. 1 - Artrite Reumatoide

nal muitas vezes definitivamente marcado por essa precocidade terapêutica. Algumas deformidades típicas da artrite reumatóide, como as observadas a nível das mãos, são potencialmente evitáveis e susceptíveis de condicionar grave compromisso da vida pessoal e de relação (Figura 1).

Estudos recentes evidenciaram que as doenças reumáticas quando tratadas por Reumatologistas apresentavam melhor prognóstico, quer em termos de morbilidade, quer em termos de mortalidade (Quadro 5).

A referenciação ao Reumatologista estará justificada sempre que:

- Exista uma incerteza diagnóstica.
- Ocorra sintomatologia incontrolável, incapacidade progressiva ou risco significativo de toxicidade.
- Exista uma urgência reumatológica

A) *Incerteza diagnóstica*

A incerteza diagnóstica pode surgir em variadas

circunstâncias. Devendo o médico responsável pelo doente prosseguir a investigação, será vantajosa, muitas vezes, a colaboração do Reumatologista. Vários exemplos podem ser referidos de situações clínicas susceptíveis de originar dúvidas ou de serem interpretadas de forma incorrecta pelo médico não especialista (Quadro 6).

Quadro VI Incerteza Diagnóstica
<ul style="list-style-type: none"> • Dor local ou generalizada e tumefacção sem alterações laboratoriais • Alterações laboratoriais com achados clínicos não sugestivos de qualquer doença reumática específica • Queixas desproporcionadas em relação aos achados físicos e laboratoriais • Sintomas ou sinais inexplicáveis (rash, febre, artrite, fraqueza muscular, ...)

A orientação diagnóstica e o seguimento das doenças reumáticas exigem particular cuidado e meticulosidade no inquérito e exame objectivo dos pacientes que, pelas razões antes apontadas, não fazem parte da formação corrente de qualquer outra especialidade.

As alterações laboratoriais que, por si só, apenas excepcionalmente permitem estabelecer um diagnóstico, têm que ser apreciadas numa visão integrada do contexto clínico. Muitas alterações laboratoriais ou imagiológicas podem ocorrer na ausência de qualquer situação patológica, sendo por vezes necessário o aconselhamento do especialista em relação a essas alterações. Assim, por exemplo, a presença de factores reumatóides, anticorpos antinucleares ou de um alto título de anticorpos anti-estreptolisina O no soro, podem surgir em indivíduos normais, e não significam que estejamos necessariamente na presença de qualquer situação patológica.

A artrose, sendo a segunda doença humana mais frequente, constitui uma fracção importante da patologia reumatológica. Contudo, nem todas as queixas dos doentes artrósicos se podem justificar pela presença da própria artrose. Devemos sempre investigar até ao limite das nossas capacidades causas adicionais de dor ou limitação para além da artrose, que podem ou não estar com ela directa-

Quadro V Porquê, referir ao Reumatologista?
<ul style="list-style-type: none"> • Doenças Sistémicas, complexas, que diminuem a esperança de vida do doente • Risco de Deformidade, Limitação ou Incapacidade • Necessidade de terapêutica imediata e agressiva • Implicações prognósticas (morbilidade e mortalidade)

mente relacionadas. É o caso, por exemplo, da bursite anserina (inflamação de bolsa serosa localizada no terço superior da face antero-interna da perna), relacionada com a artrose do joelho, que surge como fonte adicional de dor e incapacidade que pode ser significativamente melhorada ou até curada com medidas terapêuticas simples, como a infiltração local com um corticosteróide.

No limiar do século XXI é inadmissível tolerar diagnósticos como *Reumatismo ou Doença Reumática*. Devemos reforçar a ideia de que os doentes não sofrem de reumatismo encarado como único diagnóstico. Os doentes com patologia do sistema locomotor devem ser classificados correctamente numa das mais de 120 doenças reumáticas conhecidas, cada uma das quais exige uma estratégia diagnóstica e terapêutica diferenciada e pormenorizada.

Na Reumatologia, como em qualquer outra especialidade, o diagnóstico correcto é uma condição indispensável para que haja sucesso terapêutico e melhoria do doente, pelo que a sua concretização é indispensável. O facto de que se trata, na maioria dos casos, de doenças crónicas que vão exigir terapêutica prolongada e potencialmente tóxica, reforça a importância e a responsabilidade do diagnóstico cuidadoso.

Devemos ter muito cuidado com os “diagnósticos mito”, como a Espondilartrose ou a Gonartrose, que por vezes escondem atrás de si um manancial de condições potencialmente tratáveis.

B) Presença de diagnóstico

Mesmo na presença de um diagnóstico concreto do âmbito da Reumatologia, o Médico de Família ou de outra especialidade pode ter necessidade de enviar ou reenviar o doente à Reumatologia.

É o caso, entre outros, da ocorrência de sintomas inesperados ou inadequadamente controlados, ou ainda, quando ocorra deformidade ou incapacidade crescentes, por vezes, mesmo já na ausência de dor. O aparecimento de complicações da doença ou da sua terapêutica, nomeadamente hematológicas, digestivas ou renais deve levar o clínico a solicitar a reavaliação reumatológica. Em muitos casos, como ficou dito, a terapêutica adequada encerra riscos potenciais de toxicidade cuja frequência e gravidade aconselham, desde o início, que a sua orientação e vigilância seja feita por Reumatologista experimentado no seu uso.

O Reumatologista deverá estar apto e disponível, como já atrás referido, para a necessidade de emissão de pareceres sobre o estado de saúde dos seus doentes. Quer por solicitação do doente, quer a pedido de colegas, a informação clínica deve ser transmitida de forma adequada a aumentar a segurança dos doentes e dos médicos que se encontram co-responsabilizados no seu tratamento. O Reumatologista é o médico indicado para opinar sobre a oportunidade de determinada intervenção cirúrgica ou de gravidez no contexto das doenças do aparelho locomotor.

No Capítulo 5 iremos referir quais são, no nosso entender, as principais indicações, no contexto de várias patologias reumatológicas, para o envio à consulta de Reumatologia.

C) Urgências Reumatológicas

As urgências Reumatológicas, como as aqui referidas (Quadro 7), são uma justificação prioritária para o envio do doente a cuidados especializados reumatológicos, preferencialmente em meio hospitalar, pois só aí se encontram habitualmente disponíveis os recursos necessários à correcta abordagem destas situações.

A artrite febril, a artrite aguda, a lombociatalgia com compromisso motor ou o lúpus eritematoso sistémico em actividade são alguns exemplos de urgências reumatológicas.

Propostas de indicações para o envio a Reumatologia.

Quadro VII
Urgências Reumatológicas

1. Artrite febril
2. Artrite aguda
3. Ciática paralisante
4. Lupus activo
5. Vasculites

A) Artropatias Inflamatórias

Todas as artropatias inflamatórias, como as referidas no Quadro 8, deverão ter um seguimento continuado pelo Reumatologista, iniciado tão precocemente quanto possível.

Quadro VIII
Artropatias Inflamatórias

- Artrite Reumatóide
- Artrite Crónica Juvenil
- Espondiloartropatias Seronegativas
- Artrite Microcristalinas
- Artrite Infecciosa

Seguimento continuado por Reumatologista

Na Artrite Reumatóide, na Artrite Crónica Juvenil, nas Espondiloartropatias Seronegativas, o Reumatologista tem um papel determinante e decisivo na confirmação do diagnóstico, na instituição de um plano terapêutico precoce e correcto, na monitorização da actividade da doença e na detecção atempada de complicações (da doença ou iatrogénicas).

A actuação do Reumatologista neste grupo de doenças, deverá ser efectuada em estádios iniciais, em que ainda seja possível modificar ou alterar o prognóstico vital e funcional, nomeadamente através da instituição de terapêuticas farmacológicas de fundo da Artrite Reumatóide (como o metotrexato, a salazopirina ou os sais de ouro), ou através de programas integrados de reabilitação, cuja importância é decisiva, por exemplo, nas espondiloartropatias seronegativas.

As opções terapêuticas destas doenças passam, muitas vezes, pela utilização de fármacos por via sistémica, como os anti-inflamatórios não esteróides, os corticosteróides, os imunossuppressores, ou por administração local, como nas infiltrações peri ou intra-articulares. A utilização segura e criteriosa de muitas destas técnicas exigem, para bem do doente, conhecimento e experiência próprios do especialista.

O Reumatologista contará com outros profissionais de saúde para a correcta abordagem terapêutica destes doentes, devendo, como é óbvio, existir também um grande empenhamento do Médico de Família, do Fisiatra, do Cirurgião Ortopedista, do Fisioterapeuta, do Psicólogo, do Técnico de Assistência Social, etc.

B) Conectivites e Vasculites

Também este grupo de doenças, descrito no Quadro 9, necessitará de um seguimento continuado

Quadro IX
Conectivites e Vasculites

- | | |
|--|-----------------------------------|
| • Lupus | • Púrpura Schonlein-Henoch |
| • Esclerose Sistémica | • Poliarterite Nodosa |
| • Síndrome de Sjogren | • Granulomatose Wegener |
| • Dermatomiosite/Polimiosite | • Arterite de células gigantes |
| • Doença Mista do Tecido conjuntivo | • Arterite de Takayasu |
| • Síndrome dos Anticorpos Antifosfolipídicos | • Síndrome de Churg-Strauss |
| • Polimialgia Reumática | • Crioglobulinémia |
| • Conectivite Indiferenciada | • Doença de Behçet |
| | • Vasculite de Hipersensibilidade |

Seguimento continuado por Reumatologista

em Reumatologia.

Também aqui caberá ao Reumatologista um papel determinante na confirmação do diagnóstico, quer através da interpretação dos dados obtidos da clínica, quer através da sua confrontação com dados laboratoriais ou imagiológicos. Dado o carácter multi-sistémico destas afecções, a sua relativa raridade e o elevado risco de prejuízo funcional e vital, estes pacientes têm muito a beneficiar com a formação específica do Reumatologista.

Encontram-se actualmente disponíveis recursos que permitem ao médico monitorizar a actividade destas doenças e avaliar o seu correcto controlo com o plano terapêutico instituído.

Também a monitorização da terapêutica, por vezes agressiva e susceptível de causar iatrogenia, como é o caso da utilização da anticoagulação, dos corticosteróides e dos imunossuppressores, deve ser criteriosamente efectuada, sob orientação e supervisão do Reumatologista.

C) Osteoartrose

A Osteoartrose é a segunda doença humana mais frequente, sendo impossível que um número reduzido de especialistas, como os Reumatologistas, possam seguir de forma continuada todos os doentes.

A doença afecta tipicamente as articulações das mãos, nomeadamente da primeira carpometacarpiana e das interfalângicas, as articulações de grande carga (joelhos e ancas), e as articulações da coluna vertebral. É causa comum de incapacidade no grupo etário acima dos 50 anos de idade.

Caracteriza-se clinicamente por dor, rigidez, limitação da mobilidade e crepitações articulares. Estes sinais e sintomas associam-se a alterações da carti-

lagem articular e do osso subcondral. Não existem sintomas sistémicos e a inflamação articular, quando presente, é ligeira. Por outro lado, a situação tem evolução lentamente progressiva e não dispomos, actualmente, de fármacos modificadores do curso da doença, de comprovada eficácia. Apesar disso, a utilização equilibrada dos meios terapêuticos disponíveis e a acção integrada de uma equipa multidisciplinar poderão resultar em marcados benefícios para muitos dos doentes artrósicos.

Assim, os doentes com Osteoartrose devem ser referidos à Reumatologia sempre que:

1. Existam problemas de diagnóstico diferencial.

Por vezes é difícil ao médico generalista, distinguir entre quadros de Artropatia inflamatória e situações de Osteoartrose erosiva das mãos. Estas cursam com alterações erosivas ósseas e podem apresentar sinais inflamatórios articulares francos, similares aos que surgem, por vezes, na Artrite Reumatóide.

Também alguns casos de Osteoartrose dos membros inferiores, podem levantar dificuldades de diagnóstico diferencial com as Artropatias microcristalinas.

2. Exista envolvimento mono ou poliarticular que não responda satisfatoriamente à terapêutica com Anti-inflamatórios não esteróides. Nestas situações, será recomendável a avaliação pelo Reumatologista para confirmação do diagnóstico e para adopção de estratégias terapêuticas mais eficazes.

3. Exista toxicidade ou intolerância à terapêutica instituída.

4. Existam problemas terapêuticos especiais, nomeadamente necessidade de abordagens terapêuticas não disponíveis ao médico não especialista, como por exemplo, a necessidade de infiltrações intra-articulares (como na Rizartrrose ou na Gonartrose), necessidade de avaliar a possibilidade de cirurgia, ou necessidade de recomendação de plano de reabilitação intensivo.

D) Reumatismos Regionais não articulares

Este grupo de situações, extremamente frequentes na prática clínica diária, inclui um vasto leque de patologias que importa reconhecer com vista a um tratamento correcto.

A patologia periarticular do ombro engloba a fracção mais representativa deste grupo de situações

clínicas, quer em termos de frequência, quer em termos de gravidade, por repercussão funcional significativa.

A referência ao Reumatologista deve ser efectuada sempre que:

1. Surjam problemas de diagnóstico diferencial doença sistémica.

2. Surja compromisso funcional significativo.

3. Haja ausência de resposta favorável às terapêuticas iniciais, ou recorrência do problema.

4. Surja intolerância aos Anti-inflamatórios não esteróides.

5. Haja necessidade de outras terapêuticas, nomeadamente de infiltrações, de reabilitação ou de cirurgia.

E) Fibromialgia

A Fibromialgia é uma entidade clínica caracterizada por dor generalizada, com mais de 3 meses de evolução, de etiologia não esclarecida, associada à presença de pontos dolorosos característicos no exame físico. Associa-se ainda com a ocorrência de outras manifestações clínicas como rigidez matinal, fadiga, sono não reparador, parestesias ou fenómeno de Raynaud, entre outras.

Os doentes com esta patologia devem ser referenciados à Reumatologia sempre que:

1. Existam dificuldades no diagnóstico diferencial, nomeadamente com Reumatismos Regionais ou com Doença sistémica poliarticular. Paradoxalmente, a Fibromialgia pode ocorrer com a presença de Anticorpos antinucleares no soro, criando problemas na sua distinção de algumas Conectivites.

2. Os sintomas sejam persistentes e haja dificuldade no controlo da doença.

3. Haja dificuldade no estabelecimento de um plano terapêutico integrado.

F) Osteoporose

A Osteoporose, doença muito prevalente na população feminina na idade pós-menopáusia, é habitualmente assintomática até ao aparecimento das primeiras complicações – as fracturas.

A nível da coluna vertebral as fracturas osteoporóticas manifestam-se por dorsolombalgias recorrentes, hipercifose dorsal progressiva, diminuição da altura corporal, proeminência do abdómen, cervicalgia (resultante da hiperlordose cervical compensató-

ria), podendo em fases mais tardias ocorrer problemas respiratórios restritivos.

As fracturas do colo do fémur são, habitualmente, de ocorrência mais tardia no curso natural da Osteoporose (acima dos 70 anos de idade), mas são mais preocupantes, pois estão associadas a muito maior morbidade e mortalidade.

A Osteoporose deve ser referenciada ao Reumatologista quando:

1. Ocorrerem dificuldades da parte do médico assistente no diagnóstico e /ou na orientação terapêutica.

2. Ocorram fracturas, o que indica que vai ser necessário modificar ou introduzir um plano terapêutico mais eficaz e potencialmente agressivo.

3. Se trata de uma Osteoporose Secundária, quer a fármacos, quer a doenças crónicas (endócrinas, metabólicas, digestivas, etc).

4. Em todos os casos de Osteoporose masculina, pela elevada percentagem de Osteoporoses secundárias a ela associada.

5. Se não observem resultados favoráveis com o plano terapêutico instituído.

G) Outras Doenças Ósseas Metabólicas

Todas as outras Doenças Ósseas Metabólicas, como a Doença Óssea de Paget, a Osteodistrofia Renal e a Osteomalacia, devem ser sempre seguidas de forma continuada em consulta de Reumatologia.

H) Artropatias Microcristalinas

As Artropatias Microcristalinas são doenças inflamatórias induzidas pela deposição de cristais nas estruturas intra e periarticulares, e traduzem-se habitualmente por processos de monoartrite recidivante.

Do grupo das Artropatias Microcristalinas fazem parte a Gota, ou Doença por deposição de cristais de monourato de sódio, a Doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio e a Doença por deposição de cristais de hidroxapatite.

É nossa convicção que estes doentes devem ser referenciados sistematicamente a consulta de reumatologia.

Torna-se necessário o estabelecimento de um diagnóstico correcto, cuja fundamentação ideal consiste na identificação dos diferentes cristais através da microscopia de luz polarizada, no líquido sinovial recolhido por artrocentese.

Os erros terapêuticos nas Artropatias Microcristalinas, nomeadamente na Gota, são extremamente frequentes. Existe uma percentagem elevada de indivíduos medicados com alopurinol cujo diagnóstico de Gota não lhes foi adequadamente estabelecido. A utilização indevida do alopurinol traz riscos acrescidos de toxicidade, dado que o fármaco não é isento de efeitos secundários e terá, em princípio, indicação para o resto da vida do paciente. Este facto sublinha, por isso, a necessidade de um diagnóstico seguro e de um plano terapêutico criterioso.

O contrário também é preocupante, nomeadamente o facto de existirem doentes gotosos não tratados por ainda não terem sido diagnosticados ou por possuírem diagnósticos erróneos.

Por outro lado, é importante monitorizar criteriosamente o tratamento, nomeadamente da Gota, bem como prevenir as complicações a ela associadas, como a ocorrência de tofos gotosos ou de doença renal. O controlo das doenças caracteristicamente associadas à Gota, como a Obesidade, a Hipertensão arterial e a Hiperlipidemia deve fazer parte de uma correcta abordagem terapêutica deste grupo de doenças.

É indispensável nos casos de Doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio, a exclusão de certas condições patológicas a ela muito frequentemente associadas, como o Hiperparatiroidismo, o Hipotiroidismo, a Hemocromatose, a Hipomagnesiemia, a Hipofosfatase, a Hiperostose difusa idiopática anquilosante ou a Ocronose, entre outras.

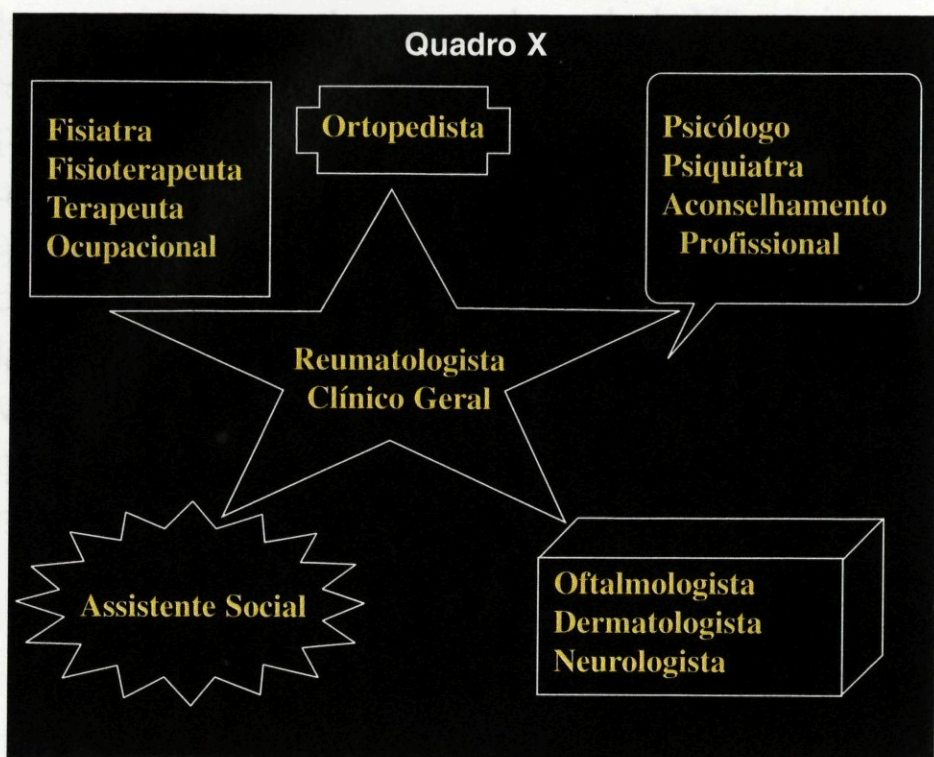
Conclusão

Este texto é, acima de tudo, uma proposta de trabalho de índole subjectiva, que pretende ser o mais consensual possível dentro da Reumatologia.

É também um elo de ligação aos Cuidados de Saúde Primários, que constituem o primeiro contacto do doente reumático e a principal fonte de referência destes pacientes.

Todos nós devemos ser portadores de conhecimentos e capacidades técnicas dentro do âmbito das nossas especialidades que nos permitam diagnosticar, tratar, mas também referenciar quando a situação clínica em causa ultrapassa os limites da nossa capacidade teórica e técnica.

O principal objectivo da actuação médica é pro-



porcionar aos doentes a melhor qualidade de serviços e cuidados médicos possível, sendo para isso indispensável um correcto conhecimento dos recursos existentes, quer em consultas de especialidade, quer em redes de apoio. Tudo isto deve ser efectivado com um mínimo de custos e riscos para o doente e para a sociedade.

Por outro lado, não devemos adoptar uma atitude conformista com o doente. Afirmacões como “não há nada a fazer” ou “a doença não tem cura” no contexto das doenças reumáticas ou outras, não só são falsas, como prejudicam o empenhamento do doente na sua melhoria e impossibilitam-no de perspectivar um futuro mais risonho e com menos sofrimento. Quando à partida assumimos um comportamento derrotista, não estaremos, com toda a certeza, a proporcionar aos doentes a melhor qualidade de serviços e cuidados médicos possível.

Para além de tudo aquilo que foi dito ao longo deste trabalho, parece-nos apropriado afirmar que, a referência ao Reumatologista é legítima e apropriada, sempre que o Médico dos cuidados primários ou outro, de uma forma ponderada, considere que ela pode contribuir para a melhoria do estado de saúde dos seus doentes. Contudo, acrescentamos que a referenciação racional permitirá que um número cada vez mais elevado de doentes possa beneficiar com as consultas de Reumatologia.

Concluimos o trabalho referindo que o Clínico Geral e o Reumatologista deverão assumir-se como principais responsáveis pelo diagnóstico e tratamento das doenças do aparelho locomotor, contando com a preciosa colaboração de muitos outros profissionais de saúde, entre os quais são de destacar os papéis dos Cirurgiões Ortopedistas, dos Fisiatras, dos Psiquiatras e Psicólogos, dos Fisioterapeutas e Terapeutas ocupacionais, dos Assistentes Sociais, dos Enfermeiros e de muitos outros que colaboram activamente e de uma forma convergente na melhoria do bem estar dos nossos doentes (Quadro 10).

Bibliografia

- 1- Benedek TG, History of the Rheumatic Diseases. In Schumacher Jr HR, Primer on the Rheumatic Diseases. Atlanta: Arthritis Foundation, 1993: 1-4.
- 2- Liang MH, Esdaile JM, Impact and cost effectiveness of Rheumatologic care. In Klippel JH, Dieppe PA, Rheumatology. London: Mosby, 1998: 1.2.1-1.2.4.
- 3- Yelin EH, The economic and functional impact of Rheumatic disease in the US. In Klippel JH, Dieppe PA, Rheumatology. London: Mosby, 1998: 1.5.1-1.5.4.
- 4- Dore RK, Clements PJ, Fox RI, Furst DE, Kaplan H, Kitridou RC, Guidelines for Rheumatology Referral. American College of Rheumatology, 1996.

Airtal 30

ACECLOFENAC

COMPRIMIDOS



É diferente porque...

- 1. Inibe selectivamente as prostaglandinas**
- 2. Protege a cartilagem articular e estimula os mecanismos de condro-regeneração**
- 3. Melhora os parâmetros clínicos de forma rápida e progressiva**
- 4. É melhor em tolerância**
- 5. Indicado em processos inflamatórios e dolorosos agudos e crónicos**

*1 comp.
cada 12 horas*

COMPOSIÇÃO por comprimido: Aceclofenac (D.C.I.) 100 mg. Excipiente, c.s. **PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS:** O AIRTAL contém um novo composto AINE de síntese, caracterizado por uma elevada actividade anti-inflamatória, um importante efeito analgésico e anti-pirético. A sua administração preventiva em certos modelos de estudo, foi capaz de diminuir o edema e a infiltração celular que caracterizam a fase precoce da inflamação. Em certos modelos, em que se administrou o AIRTAL subsequente à inflamação, verificou-se, igualmente, uma acentuada capacidade inibitória sobre a resposta inflamatória, salientando-se uma acção anti-artrítica relevante e acompanhada por uma evolução positiva da sintomatologia extra-articular. Finalmente, e independentemente de processos agudos, a administração prolongada de AIRTAL demonstrou uma excelente capacidade anti-inflamatória sem que fossem afectados os parâmetros indicativos de mobilização dos corticosteróides endógenos. Em relação ao efeito analgésico, o AIRTAL está no grupo dos AINE's em que aquele efeito é habitualmente descrito como potente. Este efeito dose-dependente traduz-se por um aumento do limiar da tolerância à dor, é compatível com um analgésico de tipo periférico e eficaz contra estímulos algícos de diversa natureza (químicos, mecânicos). O mecanismo de acção de AIRTAL está relacionado com a síntese de prostaglandinas e a tolerância gastrointestinal é superior à dos fármacos de referência, assinalando-se a sua menor gastrolesividade. No conjunto, acções e tolerância, pode afirmar-se que o Aceclofenac tem um índice terapêutico superior a outros agentes deste grupo. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS: Indicações terapêuticas:** Formas inflamatórias degenerativas de reumatismo articular (espondilite anquilosante, periartrite, escápulo-umeral, osteoartrite, artrite reumatóide). Tratamento analgésico sintomático, em reumatismo extra-articular (lombalgias, ciática, bursites e mialgias, etc.). Tratamentos de estados dolorosos de origem traumática, ORL, ortopédica, cirúrgica, odontológica, ginecológica, etc. **Contra-indicações:** Os dados disponíveis até ao momento não sugerem nenhuma contra-indicação específica para o Aceclofenac. No entanto, a úlcera péptica constitui um caso a ter em atenção. Está contra-indicado em casos de hipersensibilidade conhecida a esta substância ou ao Diclofenac. **Efeitos indesejáveis:** Os efeitos adversos observados foram normalmente de carácter leve e transitório, e não obrigaram à suspensão do tratamento. Foram referidos epigastralgia, vômitos, náuseas, pirose, sensação de plenitude gástrica, "rash"-prurido e, em menor grau, cefaleias, sonolência, edema, broncoespasmo, aumento de diurese nocturna, proteinúria discreta e alterações dos enzimas hepáticos. **Precauções:** Os doentes com problemas gastrointestinais e com historial de úlcera péptica devem ser mantidos sob estreita vigilância médica. Há que ter precaução especial em doentes idosos ou que estejam submetidos a tratamento com diuréticos e/ou se encontrem em período de convalescência de intervenções cirúrgicas, bem como os casos de insuficiência hepatocelular, cardíaca e renal graves. **Gravidez e Aleitamento:** Recomenda-se não utilizar o produto em caso de gravidez ou aleitamento. **Interações medicamentosas:** Em alguns casos, foi atribuída uma alteração da função renal em doentes que recebiam concomitantemente Aceclofenac e Triamterene. **Posologia:** Como regra geral, a posologia média diária corresponde a um comprimido administrado duas vezes por dia. Em casos mais ligeiros ou em tratamento prolongado, é, geralmente, suficiente um comprimido administrado uma única vez por dia. **Sobredosagem e tratamento:** Não se conhece o quadro específico de sobredosagem com Aceclofenac. Em caso de ingestão acidental massiva, proceder-se-á ao tratamento sintomático da situação clínica. **INFORMAÇÕES FARMACÉUTICAS Incompatibilidade:** Nos estudos realizados até ao momento, não foram detectadas incompatibilidades. O AIRTAL apresenta uma estabilidade de quatro anos com condições normais de acondicionamento e armazenagem, ou seja temperatura e humidade ambiente. O AIRTAL, na forma farmacéutica de comprimidos, está acondicionado em blister de alumínio/alumínio e embalado em cartonagem. **Prescrição Médica Obrigatória. APRESENTAÇÃO E PREÇOS:** 10 comp 100 mg: PVP 792\$00; RG (70%) Est. 554\$00, Utn. 238\$00; RE (85%) Est. 673\$00, Utn. 119\$00; 30 comp 100 mg: PVP 2.201\$00; RG (70%) Est. 1.541\$00, Utn. 660\$00; RE (85%) Est. 1.871\$00, Utn. 330\$00.



Probios

Almirall Prodesfarma

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

BOLSAS

EULAR RHEUMATOLOGISTS IN TRAINING

(EULAR Standing Committee for Education and Training)

O programa EURORITS foi estabelecido para promover a interacção entre jovens reumatologistas de diferentes países europeus e aumentar o seu conhecimento e experiência na reumatologia praticada através da Europa.

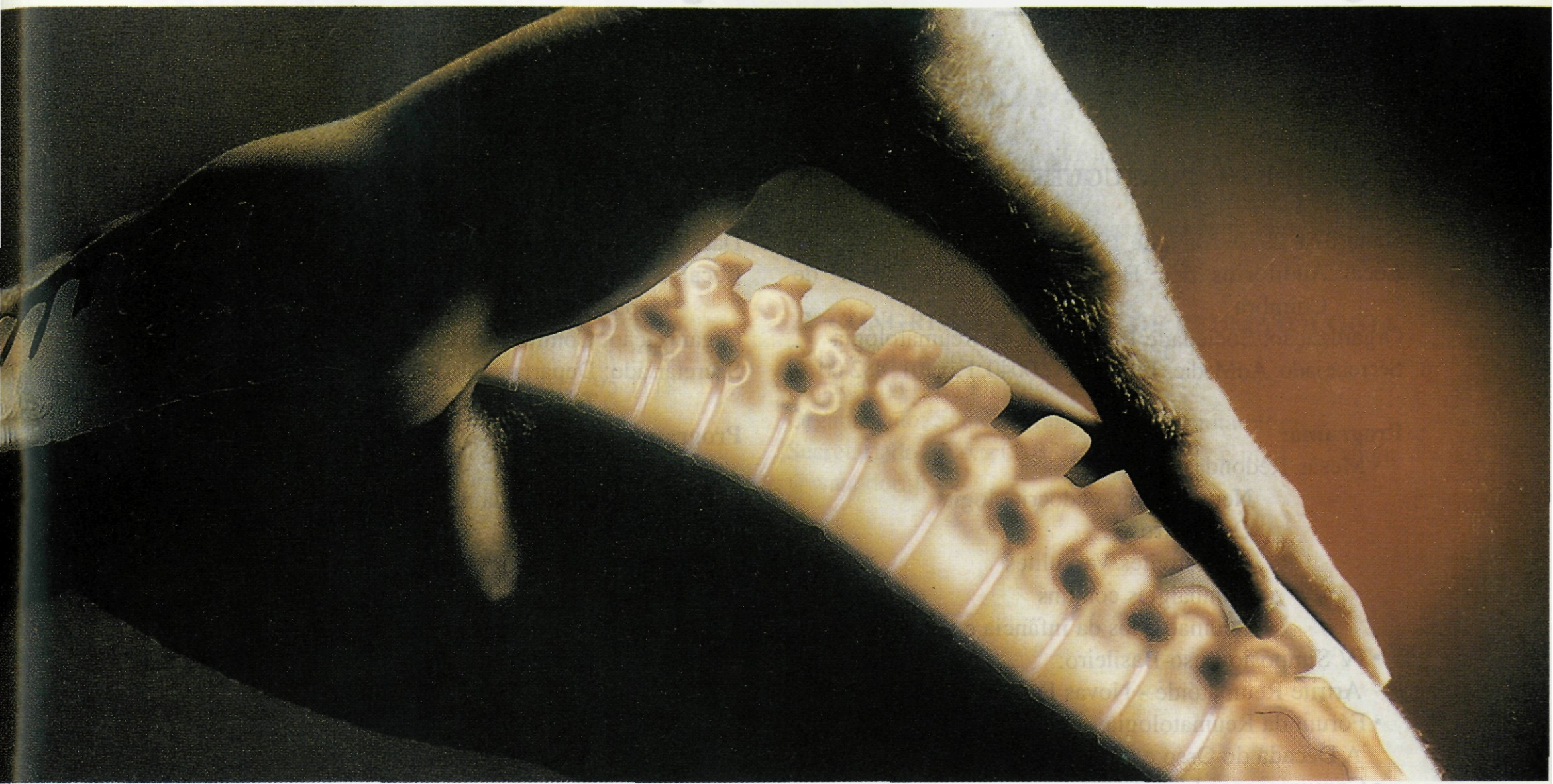
Com este objectivo, o programa EURORITS ajuda a organizar visitas de uma a duas semanas a centros localizados em outros países europeus,

podendo oferecer suporte financeiro para a viagem. Estas visitas poderão fazer-se ao centro da sua escolha e dispomos de lista de centros disponíveis para este fim.

Se frequenta o Internato de Reumatologia ou é um reumatologista jovem e gostaria de se candidatar a uma bolsa para deslocação, poderá obter formulários e informações adicionais no seguinte endereço:

Mrs Joanna Parsons, Secretary
European Rheumatologists in Training
Duke of Cornwall Rheumatology Unit
Royal Cornwall Hospital (City)
Truro TR1 2HZ. U.K. Fax: 00.44.1872. 222857

Patologia Da Coluna



Feldene[®] PIROXICAM[®]

Toma Única Diária

RESPOSTA ENÉRGICA
PARA UMA
SITUAÇÃO DOLOROSA



Feldene[®] IM

P.V.P.
(IVA incluído)

Estado

Utente

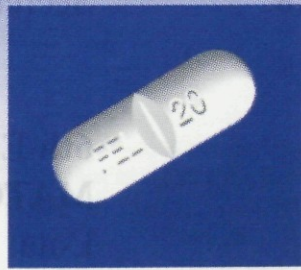
(5 ampolas x 20mg/1ml)

925\$

648/787\$

277/138\$

RÁPIDO A DISPERSAR
RÁPIDO A ACTUAR



Feldene[®] 20 Comprimidos
Dispersíveis

P.V.P.
(IVA incluído)

Estado

Utente

(30 comp. disp x 20mg)

3.003\$

2.103/2.563\$

900/450\$

A ALTERNATIVA
À VIA ORAL



Feldene[®] Supositórios

P.V.P.
(IVA incluído)

Estado

Utente

(12 supositórios x 20mg)

1.519\$

1.064/1.292\$

455/227\$

MODO DE EMPREGO ABREVIADO

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



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

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

Agenda Nacional

X CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

Data: 27 a 29 de Maio de 1999

Local: Auditórios dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Organização: Sociedade Portuguesa de Reumatologia
Secretariado: AdMedic. Tel. 01. 882 0040. Fax: 01. 882 0049

Programa:

- Mesas-Redondas:
 - Neuro-imuno-endocrinologia
 - Osteoartrose
 - Conectivites/Vasculites
 - Lombalgias comuns
 - Reumatismos da infância e adolescência
- IV Simpósio Luso-Basileiro:
 - Artrite Reumatóide - Novas Fronteiras
- Fórum da Reumatologia:
 - A Década do Osso e da Articulação
- Comunicações Livres
- Posters
- Simpósia satélites

XIX JORNADAS DE ACTUALIZAÇÃO E AVANÇOS EM REUMATOLOGIA PARA CLÍNICOS GERAIS. XVIII JORNADAS LUSO-FRANCESAS DE REUMATOLOGIA

I CURSO DE REUMATOLOGIA PARA CLÍNICOS GERAIS

Data: 22 e 23 de Abril de 1999

Local: Hotel Ipanema Park. Porto.

Organização: Unidade de Reumatologia do Hospital de S. João.

Secretariado: Departamento Médico de Congressos.
Tel. 01. 795 1153. Fax: 01. 795 1118.

Programa:

- Mesas-Redondas:
 - Artrite Reumatóide
 - Pelvispondilite anquilosante
 - Osteoartrose
 - Lupus eritematoso sistémico
 - Osteoporose
 - Novas terapêuticas

IV JORNADAS TEMÁTICAS DE REUMATOLOGIA

Data: 20 e 21 de Maio de 1999.

Local: Hotel Altis Park. Lisboa

Organização: Serviço de Reumatologia. Hospital Garcia de Orta. Almada.

Secretariado: Boehringer Ingelheim.

Agenda Internacional

CONGRESSO INTERNACIONAL DO COMITÉ IBERO-AMERICANO DE REUMATOLOGIA.

Data: 22 a 25 de Junho de 1999

Local: Sofitel Rio Palace Hotel.

Copacabana. Rio de Janeiro

Organização: Comité Ibero-Americano de Reumatologia
Secretariado: Departamento Médico de Congresso.

Tel. 01. 795 1153. Fax: 01. 795 1118.

Programa:

- Tratamento actual da dor
- Inflamação
- Tratament da osteoartrose
- Patologias problemáticas
- Tratamento de doenças musculares
- Osteoporose
- Dores lombares
- Patologias incomuns
- Estados de imunodeficiência

EULAR 99

XIV EUROPEAN LEAGUE AGAINST RHEUMATISM CONGRESS

Data: 6 a 11 de Junho de 1999.

Local: Glasgow. Escócia.

Organização: British Society for Rheumatology

Secretariado: Fax: 00.44. 171. 242 3277

4thWORLD CONGRESS OF THE OSTEO-ARTHRITIS RESEARCH SOCIETY INTERNATIONAL.

Data: 15 a 18 de Setembro de 1999.

Local: Viena. Áustria.

Organização: OARSI

Secretariado: OARSI. FAX: 00.1.202. 857 1115. email: oarsi@dc.sba.com

6th EULAR POSTGRADUATE COURSE IN RHEUMATOLOGY.

Data: 24 de Setembro a 3 de Outubro de 1999.

Local: Kerkrade. Holanda.

Organização: EULAR Secretariat.

Secretariado: EULAR Secretariat. Fax: 00.41.1.383 9810.
email: eular@bluewin.ch

BRITISH SOCIETY FOR RHEUMATOLOGY ADVANCED COURSE

Data: 6 a 8 de Outubro de 1999.

Local: Edinburgh. Escócia.

Organização: British Society for Rheumatology

Secretariado: BSR. Fax: 00. 44. 171. 242 3277

PRÉMIO “BANCO ESPÍRITO SANTO” DE REUMATOLOGIA 1999.

Trabalhos científicos na área da Reumatologia e Patologia articular.

Data-limite: 23 de Agosto de 1999

Regulamento e informações:

Dr. Pedro Moura Reis

Departamento Médico de Congressos

Av. João XXI, 64 - 3º Dto. 1000 Lisboa

Tel. 01. 795 1153. Fax: 01. 795 1118.

AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY MEETING.

Data: 13 a 17 de Novembro de 1999.

Local: Boston. E.U.A.

Organização: American College of Rheumatology

Secretariado: Fax: 00.1.404. 633 1870.

12º CONGRESSO FRANCÊS DE REUMATOLOGIA

Data: 22 a 24 de Novembro de 1999

Local: CNIT. La Défense. Paris

Organização: Société Française de Rhumatologie

Secretariado: Fax: 00.33.1.45.863359. e.mail: s.f.rhum

@wanadoo.fr

Regulamentos de Prémios

Prémio Dr. Manuel Assunção Teixeira Acta Reumatológica Portuguesa



Com o patrocínio de **Voltaren® - NOVARTIS Farma**, é criado pela Direcção da **Sociedade Portuguesa de Reumatologia** e pela Redacção da Acta Reumatológica Portuguesa o "**Prémio Dr. Manuel Assunção Teixeira / Acta Reumatológica Portuguesa**", a atribuir anualmente aos três autores que mais tiverem contribuído para a Acta Reumatológica Portuguesa, órgão oficial da **Sociedade Portuguesa de Reumatologia**.

O montante global do Prémio será de 450.000\$00 (Quatrocentos e cinquenta mil escudos), a distribuir da seguinte forma:

- 1º Classificado - Duzentos mil escudos
- 2º Classificado - Cento e cinquenta mil escudos
- 3º Classificado - Cem mil escudos

A designação do Prémio constitui uma singela homenagem dos actuais corpos directivos da **Sociedade Portuguesa de Reumatologia** e da Redacção da Acta Reumatológica Portuguesa ao pioneiro da Reumatologia Portuguesa e da Reumatologia Preventiva a nível internacional.

Normas de atribuição do Prémio:

1. O Prémio será conferido anualmente, em cerimónia pública integrada no Congresso Português de Reumatologia ou na Sessão de Abertura do Ano Académico da S.P.R..
2. A apreciação dos artigos publicados na Acta Reumatológica Portuguesa será feita por um Júri presidido pelo Presidente Eleito da S.P.R. e constituído pelos Editores não concorrentes ao Prémio e por Médico Reumatologista indicado pelo patrocinador.
3. Os elementos do Júri que sejam concorrentes ao Prémio terão que pedir escusa, sendo substituídos por outros elementos da Direcção da S.P.R..
4. Serão considerados concorrentes ao Prémio todos os Reumatologistas e Internos do Internato Complementar de Reumatologia, portugueses inscritos como sócios da S.P.R. e com as suas quotas em dia.
5. Os trabalhos publicados por cada autor terão uma pontuação de acordo com as seguintes regras:
 - a. Artigos originais - 6 pontos
 - b. Artigos de revisão - 4 pontos
 - c. Casos clínicos com revisão de literatura - 3 pontos
 - d. Editoriais - 1 ponto
 - e. Notícias circunstanciadas de representações internacionais ou assuntos de relevante interesse para a especialidade ou cartas ao Editor - 0,5 pontos
 - f. A contribuição como primeiro autor terá ponderação de 2 (pontuação dupla no artigo em questão) e a contribuição como co-autor terá ponderação de 1

O "**Prémio Dr. Manuel Assunção Teixeira / Acta Reumatológica Portuguesa**", patrocinado por **NOVARTIS Farma** é uma importante iniciativa que visa estimular a participação de todos os Reumatologistas e Internos de Reumatologia portugueses a colaborarem de forma mais assídua na construção e divulgação da Reumatologia portuguesa, através da Acta Reumatológica Portuguesa, órgão oficial da **Sociedade Portuguesa de Reumatologia**.

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

AULIN®

nimesulide

PATOLOGIA INFLAMATÓRIA CRÓNICA

Osteoartrose e outras artropatias

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

Rabassada, 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: Diocetyl Sulfo succinato de Sódio 1,50 mg; Hidroxipropilcelulose 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 dosados a 100 mg de Nimesulide, para administração oral. **Propriedades farmacológicas:** O AULIN é uma nova molécula não esteroide 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 5,61 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-hidroxinimesulide o principal e único metabólito. AULIN é eliminado em maiores quantidades pela urina como fármaco biotransformado e o restante pelas fezes: 98% da dosagem administrada é 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. Febreologia: Febre, Tromboflebite, Úlcera varicosa, Síndrome varicosa, Síndrome hemorroidal. Cirurgia/Traumatologia: Feridas cirúrgicas e contusas, sub-luxação, luxação.

Estomatologia: Extração dentária, Estomatite, Feimão, 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 gases, náusea e gastralgia, embora de fraca intensidade, sendo rara a necessidade de suspender o tratamento. A semelhança de outros anti-inflamatórios não esteroídes, 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 esteroídes 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. **Substâncias:** Não descritas. **Cuidados especiais:** Não descritas. Efeitos na capacidade de conduzir: Não descritas. **INFORMAÇÕES FARMACÉUTICAS:** Incompatibilidades: Não descritas. Estabilidade: 5 anos se for conservado a temperatura normal, e ao abrigo da luz e da humidade. Acondicionamento: Deve ser acondicionado em blisters de PVC250 + PVDC48 Ambre, ALU20 Duro Bilh + PVDC20. **Títular da autorização de lançamento no mercado:** Helsinn Produtos Farmacéuticos, SA - Quinta dos Palhas - Rua João Chagas, 53 Piso 3 - 1495 ALGES.

AULIN	P.V.P.:	REGIME GERAL		REGIME ESPECIAL		C.M.T.D.:
		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

HEL SINN

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; short title for footnote.

b) Abstract (page 2)

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

c) Keywords (page 2)

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

d) Text (page 3 and following pages)

The text of the original works should be presented with the following subtitles: Introduction, Objectives, Patients and methods, Results, Conclusions, Acknowledgments, References. Subtitles for case reports should be: Introduction, Case report, Discussion, References.

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

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

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

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

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

Authors are responsible for the accuracy of the references.

Examples:

Journal article

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

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

Chapter in Book

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

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

Book

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

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

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

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

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

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

Editorials: Editorials will be requested by the editor and will be comments on important and actual issues or comments on articles published in the journal. Editorials should not exceed 1200 words, with a maximum of 15 references and no tables or figures.

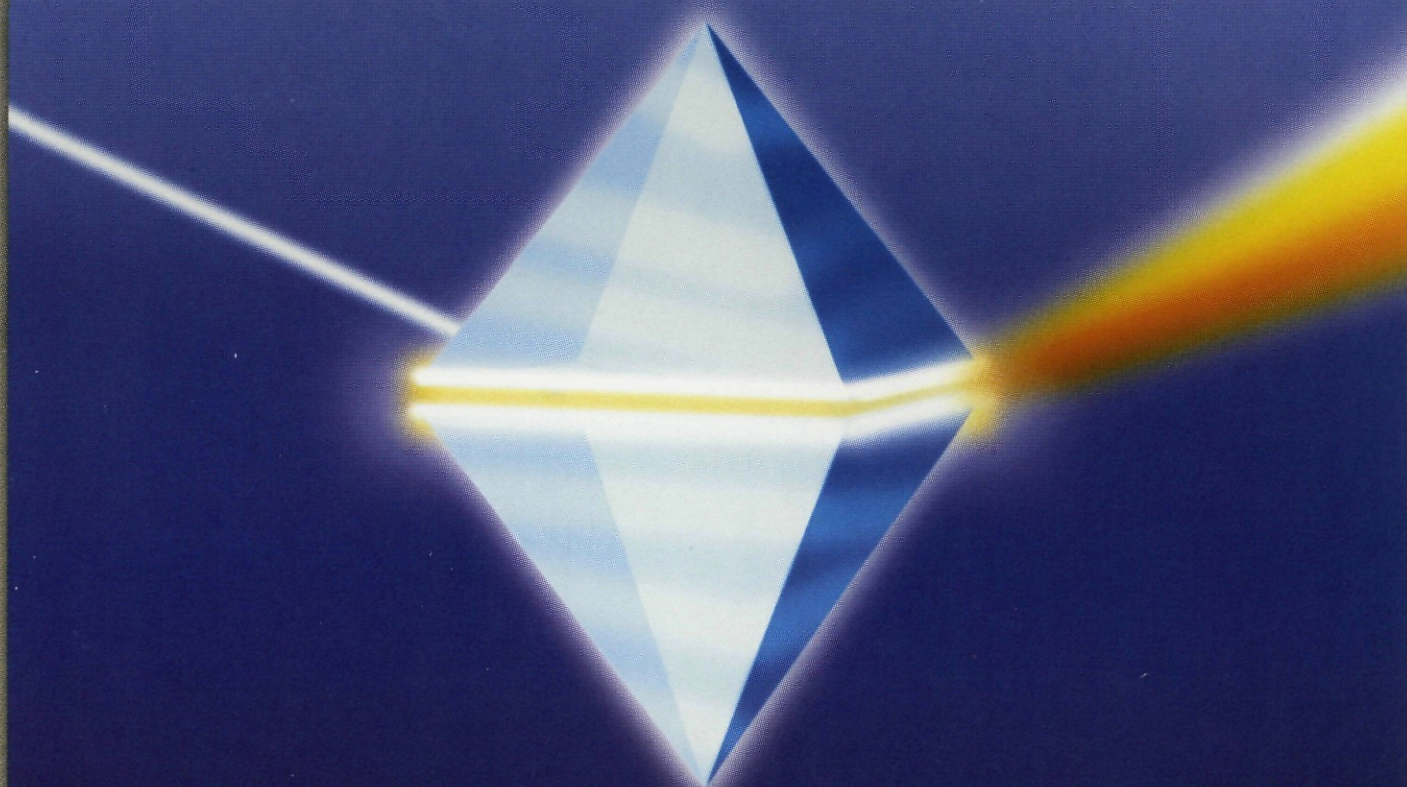
Review articles: Review articles will be commissioned by the editor. However, authors interested in presenting a review article are invited to contact the editor.

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.

CARTIVIX[®]

DIACEREÍNA



REFLEXO
DE UMA
NOVA
LUZ
NO TRATAMENTO
DA
OSTEOARTROSE

Inibição da Interleuquina 1

Diminuição da destruição da cartilagem

Estimulação da síntese do colagénio e proteoglicanos

Inibição dos radicais livres



CARTIVIX[®]
Diacereína

EMBALAGEM

P.V.P.

Cartivix 50 mg X 20 cáps. 2.772\$00

Cartivix 50 mg X 60 cáps. 7.069\$00

Movalis[®]

meloxicam

O NOVO ANTI-INFLAMATÓRIO QUE TANTO FAZ EFEITO
NO DOENTE COMO NO MÉDICO.



Porque é muito eficaz no tratamento da dor e inflamação.

Porque tem significativamente menos efeitos indesejáveis gastrointestinais devido à sua selectividade à COX-2.

Porque a sua eficácia e superior segurança foram comprovadas em ensaios clínicos que envolveram mais de 20.000 doentes.

Porque só é necessário tomar um comprimido por dia.

Porque é comercializado em mais de 50 países.

E porque tem uma relação custo/benefício muito competitiva.

Porque quando vê bons resultados nos doentes, a satisfação de um médico nunca mais acaba.



 Boehringer
Ingelheim

Movalis[®]
meloxicam

O anti-inflamatório
que actua no sítio certo.