



SESSÕES DO PROGRAMA

Sessões do Programa

ACTA REUMATOL PORT. 2015:40:9-21 (SUP)

QUINTA FEIRA – 26 DE NOVEMBRO DE 2015

08.30: ABERTURA DO SECRETARIADO

09.00 | 10.30: **FLASH REUMATOLÓGICO**

PRESIDENTE: João Ramos

MODERADOR: Helena Madeira

REUMATISMOS INTERMITENTES

Susana Fernandes¹, Manuela Parente¹

1. Instituto Portugues de Reumatologia

Os Reumatismos Intermitentes incluem um grupo heterogéneo de quadros clínicos que se caracterizam por episódios de inflamação articular recorrente seguidos de períodos de remissão intercricos. Estas patologias são bastante diferentes entre si partilhando o carácter intermitente das manifestações reumatológicas. Em alguns casos, a semiologia de inflamação articular é a manifestação única, opondo-se a outras em que a artrite faz parte de um quadro mais abrangente e sistémico. As duas entidades classicamente descritas são o Reumatismo Palindrómico e a Hidartrose Intermitente, fazendo diagnóstico diferencial com muitas doenças reumáticas.

O **Reumatismo Palindrómico** ou Doença de Rosenberg é uma entidade rara caracterizada por episódios recorrentes de mono ou oligoartrite associados a periartrite, sem febre. Surge entre 30 e 50 anos, sem predominância de género. Os episódios têm duração habitual de 24 a 48 horas (podendo perdurar até uma semana), boa resposta a anti-inflamatórios e remitem sem deixar sequelas articulares. As articulações mais afectadas são as metacarpo falângicas, interfalângicas proximais, punhos, joelhos e ombros. Apesar desta descrição existem formas poliarticulares, de curso prolongado e de resistência ao tratamento, havendo uma percentagem de casos que evoluiu para uma poliartrite crónica com critérios de Artrite Reumatóide.

A **Hidartrose Intermitente** é uma síndrome igualmente infrequente que se caracteriza por episódios recorrentes de sinovite benigna, apresentando-se com uma periodicidade cíclica habitual de 9 a 21 dias. O envolvimento é monoarticular e de grandes articula-

ções, sendo o mais frequente o envolvimento unilateral do joelho. O início é súbito, com aparecimento de derrame articular sem sinais inflamatórios como rubor ou aumento de temperatura locais e sem dor até o derrame estar sob tensão. Os episódios duram 3 a 5 dias. Podem surgir desde a adolescência até por volta dos 50 anos, sendo mais frequente em mulheres. O curso parece semelhante aos dos síndromes de febre periódica, embora na ausência de febre ou sintomas sistémicos. Estão descritos casos de Hidartrose Intermitente com heterozigotia para o gene MEFV da Febre Mediterrânica Familiar, pensando-se que possam pertencer ao mesmo espectro fenotípico.

No **diagnóstico diferencial** estão incluídas as Artropatias Microcristalinas, Artrites Reactivas, Espondilartropatias associadas a Doença Inflamatória Intestinal, Doença de Lyme e de Whipple, Síndrome SAPHO, Doença de Beçhet, Sarcoidose, Policrondrite recidivante, Reumatismos associados a Lipoproteinémias, Artrites Recidivantes associadas a Hemoglobopatias e vários Síndromes Auto Inflamatórios (Febre Mediterrânica Familiar, TRAPS, Síndrome Hiper IgD, Urticária Familiar Induzida pelo frio, Síndrome de Muckle Wells e Síndrome CINCA).

REABILITAÇÃO REUMATOLÓGICA – CLASSES TERAPÉUTICAS

Cândida Monteiro¹

1. Instituto Portugues de Reumatologia

Define-se exercício terapêutico como prescrição dum programa de actividade física que inclui a contracção muscular voluntária e/ou movimento do corpo com intuito de aliviar sintomas, melhorar a função ou melhorar ou atrasar o deteriorar da saúde.

Os objectivos das classes de exercícios terapêuticos são: prevenir a incapacidade, promover a funcionalidade, melhorar a qualidade de vida, melhorar a mobilidade geral, prevenir a perda de massa óssea e de massa muscular e prevenir quedas.

Descrevem-se as vantagens e desvantagens da intervenção em grupo. Abordam-se as áreas clínicas de intervenção em reumatologia (espondilite anquilosante,

artrite reumatóide, fibromialgia, osteoartrose, osteoporose, lombalgia crónica) e noutras patologias como as neurológicas (Parkinson, sequelas de AVC), respiratórias (DPOC, asma) cardíacas (doença coronária, insuficiência cardíaca estabilizada) e condições como gravidez e pós parto.

Menciona-se a importância das associações de doentes na criação de grupos para intervenção terapêutica em classes de exercício.

Salienta-se que exercícios aquáticos permitem criar situações de instabilidade com utilização dos efeitos da turbulência fornecendo grande quantidade de informações sensoriais e promovendo melhoria das reações de equilíbrio corporal. Por outro lado, os exercícios realizados em terra são mais próximos das atividades da vida diária.

Descreve-se a experiência do IPR com as classes terapêuticas de que actualmente dispõe para doentes internados, e para doentes ambulatoriais:

- Pilates clínico
- Academia de Movimento
- Hidroterapia

DERMATOMIOSITE JUVENIL

Raquel Campanilho-Marques¹

1. Instituto Português de Reumatologia; Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

A dermatomiosite juvenil (DMJ) afeta cerca de 2-3 crianças/milhão/ano e é a forma mais comum de miopatia inflamatória na população pediátrica. É cerca de 3 vezes mais comum no sexo feminino, com média de idade de início da doença aos 7 anos. Em contraste com o que acontece na população adulta, geralmente não está associada a fenómenos paraneoplásicos, mas são mais frequentes as complicações, como ulceração, calcinose ou vasculite intestinal.

A avaliação clínica deve incluir medição objetiva do envolvimento muscular e do cutâneo. A avaliação muscular deve ser realizada com ferramentas validadas como são o caso do CMAS (*Childhood Myositis Assessment Scale*) e o MMT 8 (*Manual Muscle Testing*). Para a avaliação cutânea existem atualmente 3 scores: CAT (*Cutaneous Assessment Tool* – criado exclusivamente para a avaliação cutânea), DAS (*Disease Activity Score* – que engloba avaliação cutânea e muscular) e MITAX (*Myositis Intention to Treat Activity Index* – que avalia 7 órgãos ou sistemas, nos quais está incluída a pele). A avaliação de outros órgãos ou sistemas como o respiratório, gastrointestinal e linguagem são igualmente importantes.

A PRINTO (*Paediatric Rheumatology International Trials Organization*) propôs que a doença fosse considerada clinicamente inativa (DCI) se presentes 3 dos 4 seguintes critérios: CK ≤ 150 U/L, CMAS ≥ 48 , MMT8 ≥ 78 ou PGA (*physician's global assessment of overall disease activity*) ≤ 0.2 . Contudo, uma reanálise recente destes critérios sugere que a PGA deve ser um dos critérios obrigatórios na classificação de DCI, de forma a prevenir a incorreta classificação de doentes como estando clinicamente inativos, apresentando, porém, doença cutânea ativa.

A maioria dos centros utiliza uma combinação de corticóides e metotrexato como abordagem inicial. A ciclofosfamida é habitualmente reservada para casos de doença grave, envolvimento pulmonar, úlceras ou envolvimento sistémico marcado. O 1º RCT duplamente-cego com o uso de Rituximab em adultos e crianças falhou o seu *end-point* primário na deteção de uma diferença significativa, (no tempo de atingir definição de melhoria clínica), entre os braços «early» vs «late». Porém, as crianças mostraram um maior efeito terapêutico do que os adultos. Níveis elevados de TNF α têm sido associados a uma evolução crónica da doença e a calcinose, pelo que o uso de anti-TNFs tem sido considerado como terapêutica de 2ª ou 3ª linha.

Em adição à terapêutica farmacológica a fisioterapia intensiva é fundamental e segura na recuperação da força muscular.

Ao longo das últimas 5 décadas as estratégias terapêuticas baseadas no uso da corticoterapia transformaram radicalmente o prognóstico da DMJ. Antes de 1960 1/3 dos doentes morriam e 1/3 desenvolviam grave incapacidade, sendo que atualmente a mortalidade estimada é inferior a 2%.

DISFUNÇÃO ERÉCTIL E DOENÇA REUMÁTICA

Inês Cunha¹

1. Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE Aveiro

A sexualidade é parte integrante da vida humana e contribui para a sua qualidade, promovendo bem estar físico, psicológico e social. A disfunção sexual tem origem multifactorial e é um problema frequentemente observado na população geral sendo agravado por doença física e/ou psicológica. As doenças reumáticas podem ter impacto em todos os domínios da actividade sexual, sendo vários os factores que a condicionam: dor, rigidez, diminuição da mobilidade, fadiga, depressão, baixa auto-estima, fármacos e comorbilidades. Neste contexto têm sido realizados alguns estudos

nesta população específica de doentes revelando uma incidência e prevalência superior à da população geral. Embora poucos estudos avaliem isoladamente a disfunção erétil (DE), os resultados obtidos vão no mesmo sentido.

A erecção é um fenómeno complexo que implica um equilíbrio e coordenação delicados entre os sistemas neurológico, vascular e tecidual. Define-se DE pela incapacidade persistente em alcançar e manter uma erecção suficiente para permitir uma actividade sexual satisfatória. Classifica-se a DE em orgânica, psicológica e mista de acordo com a sua etiologia e, vasculogénica, neurogénica, anatómica, hormonal, induzida por fármacos e/ou psicogénica de acordo com a sua patofisiologia. Existe evidência crescente de que a DE poderá ser uma manifestação precoce de doença arterial coronária e vascular periférica podendo ser útil na identificação precoce de subgrupos de doentes com maior risco de doenças cardiovasculares.

Dado que as doenças reumáticas inflamatórias afectam predominantemente adultos jovens, a DE pode ter um impacto importante na qualidade de vida dos mesmos com repercussões a nível psicológico, familiar e reprodutivo.

É notório o desconhecimento e a dificuldade no diálogo, por parte dos profissionais de saúde e dos doentes sobre disfunção sexual. Reveste-se de especial importância abordar o doente, sem tabus e com respeito, acerca da sua vida sexual, devendo fazer parte do interrogatório sistemático no acompanhamento clínico dos doentes reumáticos. Esta componente poderá também ser útil como parâmetro de avaliação da evolução da doença reumática. Estudos mais robustos deverão ser realizados na população com doenças reumáticas procurando identificar, compreender, tratar e prevenir estas disfunções.

FEBRE REUMÁTICA NO SÉCULO XXI

José Vaz Pato¹, Lima Faleiro²

1. Reumatologista Instituto Português de Reumatologia
2. Cardiologista Instituto Português de Reumatologia

O trabalho a apresentar nas XXIII Jornadas Internacionais do Instituto Português de Reumatologia em 2015 reúne novamente as especialidades de Reumatologia e Cardiologia.

Convém recordar que foram dois especialistas nos anos '50 que criaram esta Instituição, tendo nessa altura em vista a prevenção da Febre Reumática (FR) para proteger o aparelho valvular cardíaco das possíveis futuras patologias.

O pensamento dos seus fundadores era de tal forma que, um dos nomes proposto inicialmente para o IPR seria de «Instituto Cardio-Reumatológico». Os médicos do IPR realizaram então, em escolas, durante o ano de 1953, o primeiro rastreio de FR feito em Portugal.

Com o decorrer dos anos ganhou nova e extraordinária importância, face à presença de componentes inflamatórios na sua evolução que conduzem ao desenvolvimento de patologia cardiovascular secundária à doença aterosclerótica que evolui desde a juventude.

À medida que a FR ia desaparecendo, começou a olhar-se para a Artrite Reactiva pós-estreptococcica, que constitui uma entidade diferente da FR.

O reconhecimento da relação estreita entre inflamação crónica, infecção, aterosclerose e patologia cardiovascular dominou entretanto a investigação científica da última década.

No entanto, nos países sub-desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, a FR continua a ser um importante problema de saúde pública quanto à sua prevalência, morbidade e mesmo mortalidade (com recomendações da «World Heart Federation» para não se deixar de investir na prevenção da FR, como tem acontecido nos últimos anos).

Alguns países têm dedicado especial atenção à FR, principalmente a Nova Zelândia e a Austrália onde tem aumentado a incidência nos últimos anos.

A experiência demonstrou que a ecocardiografia aumenta muito a sensibilidade diagnóstica, de forma que esta técnica foi incluída nos «novos Critérios de Diagnóstico» da FR que vieram substituir os velhos «Critérios de Jones».

Para além da Austrália, (especialmente frequente na comunidade aborígene), nalguns países desenvolvidos, nomeadamente, EUA e da Europa, como seja a Itália, tem surgido um recrudescimento assinalável por surtos em determinadas regiões, alguns já neste século.

Em Portugal, onde não existem estudos actuais acerca da FR, devemos estar atentos à possibilidade da sua existência, quanto mais não seja pela presença duma comunidade significativa de população proveniente do Brasil e países Africanos, onde a FR continua a ter prevalências elevadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Roberto Pereira Martins. 50 Anos de Reumatologia em Portugal (1948-1998) Instituto Português de Reumatologia. Editor: IPR 1998.
2. Webb RH, Grant C, Harnden A. Acute Rheumatic Fever. *BMJ* 2015; 351:h3443.
3. Perl L et al. Late cardiac assessment in children diagnosed with

- post-streptococcal reactive arthritis: a long term study. *Exp Rheumatol* 2015; 33 (4): 578-82.
4. Bhaumik S. Doctors call for to step up the fight against rheumatic heart disease. *BMJ* 2013; 346:f3504.
 5. Remenyi B, Carpetis J, Wyber R et al. Position statement of the World Heart Federation on the prevention and control of rheumatic heart disease. *Nature Rev Cardiol* 2013; 10:284-92.
 6. Breda L, Miulli E, Marzetti V, Chiarelli F, Marcovecchio ML. Rheumatic fever: a disease still to be kept in mind. *Rheumatology (Oxford)*. 2013;52(5):953.
 7. Morais F, Nunes Silva G, Monteiro Santos R, Sousa J, Saavedra J, Nogueira da Costa J. Febre Reumática – Recrudescência ou declínio? Análise dos internamentos num Serviço de Medicina com intervalo de 20 anos. *Acta Med Port.* 1989; 3:132-7.
 8. Rocha P, Freitas S, Alvares S. Rheumatic fever-a review of cases. *Rev Port Cardiol.* 2000;19(9):921-8.

10.30 | 10.50: *COFFEE BREAK*

10.50 | 11.20: *CERIMÓNIA DE ABERTURA*

11.20 | 12.00: *CONFERÊNCIA PLENÁRIA*
«VITAMIN D STATUS AND ITS MEANING FOR HUMAN HEALTH» – PAWEŁ PLUDOWSKI

PRESIDENTES: Maria Eugénia Simões, J. Ribeiro da Silva

12.00 | 13.00: *SIMPÓSIO Pfizer Vaccines*

13.00 | 14.00: *ALMOÇO COM ...*

CONCURSO – IMAGENS EM REUMATOLOGIA

PRESIDENTE: José Melo Gomes

14.00 | 14.30: «UM CAFÉ JUNTO DOS STANDS DA INDÚSTRIA FARMACÉUTICA»

14.30 | 15.30: *MESA REDONDA*
AINE E CORTICÓIDES – ADORADOS E AMALDIÇOADOS

PRESIDENTE: Guilherme Figueiredo

MODERADOR: Filipe Araújo

O CORAÇÃO E A COAGULAÇÃO

Vítor Ramalhinho

O TUBO DIGESTIVO E O FÍGADO

Paula Peixe

OS NOSSOS DOENTES PRECISAM

Augusto Faustino¹

1. Reumatologista Instituto Português de Reumatologia

Os AINES e os corticóides são adorados e amaldiçoados por múltiplas e distintas razões... mas não anda-

ríamos longe da realidade se afirmássemos que são adorados pela sua eficácia e amaldiçoados pelos seus potenciais efeitos secundários... Assim, e porque de facto são armas terapêuticas fundamentais para a utilização regular na nossa prática clínica, penso que uma mais racional utilização deste fármacos implicará a resposta/compreensão de 3 questões fundamentais:

- 1) porque precisam os doentes reumáticos de AINES e corticóides ?
- 2) que regras existem para uma mais segura utilização na nossa prática clínica?
- 3) quais as bases para uma utilização racional no doente individual ?

1) Porque precisam os doentes reumáticos de AINES e corticóides ?

Os doentes reumáticos beneficiam do uso destes fármacos sempre que no seu cortejo sintomático ou na patogenia da sua doença reumática existe um processo inflamatório; ora, na fase precoce das doenças reumáticas (aquela em que pretendemos identificar e tratar os nossos doentes, para lhes poder alterar a evolução da doença, e reduzir as suas potenciais consequências negativas), a inflamação representa quase sempre um processo patogénico fundamental ! E é importante compreender que, ao controlar a inflamação, estamos não só a tratar da forma mais eficaz a dor (pois estamos a tratar não a dor, mas a sua causa), mas sobretudo a exercer uma intervenção potencialmente decisiva na evolução do processo patogénico da doença.

É por isso fundamental que não se olhem para estes fármacos como meras armas terapêuticas para o controlo da dor, usados muitas vezes de forma arbitrária com analgésicos de qualquer tipo para o controlo da dor, mas sim como armas terapêuticas de controlo de um processo patológico – a inflamação – e consequentemente alterando a dor que dele deriva. E neste contexto será fundamental que ao abordar um doente com dor reumática, esta seja clarificada nas suas características individuais, e sejam sobretudo os doentes que tenham uma dor com ritmo inflamatório que sejam os alvos preferenciais de AINES e corticóides.

2) Que regras existem para uma mais segura utilização na nossa prática clínica?

Existem sobretudo 2 níveis fundamentais de cuidados a ter na escolha e utilização deste fármacos na nossa prática clínica regular: risco cardiovascular (CV) e risco gastrointestinal (GI).

O risco GI é o aspecto mais relevante para a escolha

diferencial de um AINE na nossa prática clínica – deverão ser pesados os factores de risco GI (sobretudo de 3 níveis – idade, história prévia de patologia GI ou intolerância GI com AINES e utilização de outros fármacos potencialmente agressivos – em especial corticóides, AAS em baixa dose, anticoagulantes e ISRS); em face da presença destes factores, deverão ser adoptadas estratégias de redução do risco GI, seja com a escolha de AINES documentadamente mais seguros quanto a este aspecto (Coxibes), quer pela associação terapêutica a um IBP (inibidor da bomba de protões).

O risco CV, identificado mais recentemente, de menor magnitude que o risco GI, alerta-nos apenas para que em cada doente em que pretendemos iniciar estas terapêuticas de forma consistente, devemos avaliar de forma escrupulosa os factores de risco individuais de patologia CV (Diabetes, HTA, dislipidemia, obesidade, tabagismo) e procurarmos em cada doente individual oferecer as melhores intervenções da sua minimização, factor fundamental para a minimização global do risco CV associado a utilização destes fármacos.

3) Quais as bases para uma utilização racional no doente individual ?

Fundamentalmente deveremos:

- avaliar e corrigir os riscos GI e CV;
- utilizar estes fármacos na menor dose possível e no menor período possível – ou seja identificar em cada doente qual a sua **dose mínima eficaz**; mas tal não deve ser feito com regras abstractas e limitativas da sua utilização (reduzida de forma arbitrária a um período limitado de tempo), mas através da mobilização do doente para ser parte activa deste processo de avaliação da necessidade de utilização, motivando-o para a decisão individual e diária de utilizar ou não o fármaco em função da sua avaliação de necessidade;
- promover vigilância regular, clínica e laboratorial da sua utilização – é fundamental registar em cada consulta potenciais efeitos adversos entretanto ocorridos, medir e registar a tensão arterial, controlar glicemia e lípidos e efectuar 2 vezes por anos análises sumárias para avaliação de hemograma (a descida de hemoglobina é o melhor indicador de toxicidade GI alta e baixa dos AINES), função renal e função hepática;
- avaliar, monitorizar e tratar alterações da densidade mineral óssea (osteopenia ou osteoporose) que ocorram no decurso do tratamento com corticóides.

Feita desta forma, com consciência e prudência, na atenção das reais necessidades do doente individual, mas sem falsos medos ou constrangimentos, é possível

utilizar AINES e corticóides na nossa prática clínica com a melhor relação ideal de benefício e segurança.

15.30 | 16.30: NOVIDADES TERAPÊUTICAS EM 15 SLIDES

PRESIDENTE: Carmo Afonso

MODERADOR: Manuela Micaelo

OSTEOPOROSE FRACTURÁRIA – REALIDADE E FUTURO PRÓXIMO

Viviana Tavares

TRATAMENTO BIOLÓGICO NA AR – ALÉM DOS ANTI-TNF

Luís Miranda

GRAVIDEZ E DOENÇA REUMÁTICA

Joana Borges¹; Cândida Silva¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Muitas doenças reumáticas, como Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), Artrite Reumatóide (AR) e Esclerose Sistémica (ES) são mais prevalentes em mulheres em idade fértil, o que coloca várias questões relacionadas à gravidez. Por um lado, há a considerar a repercussão da gravidez sobre a doença. Por outro lado, a doença pode condicionar o decorrer da gestação, com potenciais complicações materno-fetais. Não menos importantes são as eventuais consequências das terapêuticas utilizadas para o tratamento da doença reumática.

No que diz respeito às duas primeiras questões, está bem estabelecida a complexa interação entre gravidez e doença reumática. Está classicamente descrita a melhoria da AR e o agravamento de doenças como o LES durante a gestação. São também conhecidas complicações como aborto espontâneo, prematuridade, atraso do crescimento intrauterino e síndromes de lúpus neonatal em grávidas com doenças do tecido conjuntivo, particularmente LES e síndrome antifosfolípidos.

A terceira questão é mais complexa, dada a escassez de ensaios clínicos aleatorizados. A experiência clínica, com a utilização de registos cada vez mais abrangentes, tem permitido concluir a respeito do efeito destes fármacos sobre a gestação. Os antipalúdicos, sulfasalazina, azatioprina e a ciclosporina são considerados compatíveis com a gravidez. A leflunomida, ciclofosfamida e o metotrexato (MTX) devem ser suspensos. Em relação ao MTX, as recomendações são no sentido da sua suspensão 3 meses antes de uma gravidez planeada, em doentes de ambos os géneros. Ainda assim, um estudo observacional prospetivo recen-

te¹ comparou uma coorte de mulheres expostas a baixas doses de MTX no período peri concepção (pré e pós-concepção), com uma coorte de mulheres com doença autoimune não expostas a MTX e com uma coorte de mulheres saudáveis, concluindo existir um aumento do risco de aborto espontâneo e malformações congénitas *major* no grupo com exposição pós-concepção mas não no grupo com exposição pré-concepção. Em outro estudo observacional², não se constatou aumento do risco de resultado adverso da gravidez após exposição paterna de MTX em dose baixa. Existem também alguns dados respeitantes a terapêuticas biotecnológicas, particularmente antagonistas do fator de necrose tumoral- α (anti-TNF α), em doentes reumáticos e em doentes com doença inflamatória intestinal que mantiveram a terapêutica no período peri concepção e durante a gestação. Na maioria dos casos, esta exposição não esteve associada a um aumento de risco de malformações congénitas ou resultado adverso da gravidez³. No entanto, um estudo observacional prospetivo⁴ evidenciou um aumento de risco de aborto espontâneo precoce nos doentes expostos a anti-TNF, não se excluindo o potencial efeito da atividade de doença ou de fármacos concomitantes. A exposição a anti-TNF em homens também não parece associada a resultados adversos da gravidez. Rituximab deve ser suspenso 12 meses e abatacept e tocilizumab devem ser suspensos 3 meses antes de uma gestação planeada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weber-Schoendorfer C, Chambers C, Wacker E. Pregnancy outcome after methotrexate treatment for rheumatic disease prior to or during early pregnancy. A prospective multicenter cohort study. *Arthritis&Rheumat* 2014;66(5):1101-1110.
2. Weber-Schonendorfer C, Hoeltzenbein M, Wacker E, Meister R, Schaefer C. No evidence for an increased risk of adverse pregnancy outcome after paternal low-dose methotrexate: an observational cohort study. *Rheumatology* 2014;53:757-763.
3. Hyrich KL, Verstappen SMM. Biologic therapies and pregnancy: the story so far. *Rheumatology* 2014;53:1377-1385.
4. Verstappen SMM, King Y, Watson KD et al. Anti-TNF therapies and pregnancy: outcome of 130 pregnancies in the British Society for Rheumatology Biologics Register. *Ann Rheum Dis* 2011;70:823-826.

16.30 | 16.45: COFFEE BREAK

16h 45m – 17 h 45m: «UM CHÁ COM A IL-17»

SALA A – IL-17^a: POTENCIALIDADES DE UM NOVO ALVO TERAPÊUTICO

Shephard Mpofu¹

1. Sênior Global Program Medical Director, Secukinumab

Evento reservado à Reumatologia

SEXTA FEIRA – 27 DE NOVEMBRO DE 2015

09.00 | 10.30: COMUNICAÇÕES LIVRES

PRESIDENTE: Mário Rodrigues

MODERADOR: Filipe Barcelos

10.30 | 10.50: COFFEE BREAK E DISCUSSÃO DE POSTERS (1ª PARTE)

JURÍ-COORDENADORAS: Ana Cordeiro, Cláudia Miguel

10.50 | 12.00: MESA REDONDA

A DOR – NO ABSTRATO E NO CONCRETO

PRESIDENTE: José Alberto Pereira da Silva

MODERADOR: Rui Leitão

MODULAÇÃO CENTRAL DA DOR – EVIDÊNCIAS ATUAIS

Isaura Tavares¹

1. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal

A dor é uma experiência multisensorial subjectiva e desagradável. Já no momento em que Wall e Melzack postularam a teoria do «Gate Control», em 1965, foi proposto que a transmissão de informação nociceptiva a partir da medula espinhal para centros mais altos do neuroeixo está sob controlo central. Múltiplos estudos realizados em modelos animais permitiram concluir que o encéfalo não recebe passivamente a informação nociceptiva proveniente da medula espinhal mas que, pelo, contrário, a modula intensamente. Diversos centros encefálicos foram descritos e identificados como áreas que podem inibir a transmissão de informação nociceptiva, sendo o mais conhecido a substância cinzenta periaqueductal (PAG). A atividade moduladora da PAG é controlada a partir de centros mais altos do neuroeixo, envolvidos também no controlo de outras funções como as emoções e a cognição. Ao descobrir que a modulação da dor não é apenas inibitória mas que pode também facilitar, ou seja, aumentar a dor, os estudos em modelos animais forneceram os substratos neurobiológicos para entender como variações no estado emocional ou a experiência prévia pode determinar a intensidade das respostas à dor. O conhecimento de analogia entre os centros encefálicos de controlo da dor em modelos animais e no Homem emergiu sobretudo com os trabalhos de imagiologia. Estudos realizados em voluntários mostraram que os centros de controlo da dor no Homem são ativados quando há percepção de um estímulo doloroso, havendo correlação direta entre a intensidade de ativação

e a intensidade da resposta nociceptiva. Estudos realizados em pacientes com dor crónica, como por exemplo na fibromilagia, mostraram que a capacidade de modulação a partir dos referidos centros encefálicos está alterada o que poderá contribuir para a cronificação da dor. O estado atual da investigação na modulação central da dor coloca alguns desafios às perspetivas de análise translacional, nomeadamente devido às dificuldades de analisar a ativação em centros encefálicos de reduzidas dimensões devido às limitações dos sistemas imagiológicos sendo estes muito estudados em modelos animais. Um outro desafio é a análise da variabilidade interindividual no que respeita à forma como os centros encefálicos são ativados nas respostas à dor. O futuro dos estudos da modulação central da dor passam por uma conjugação das várias vertentes experimentais mas afigura-se que será, em breve, possível manipular o sistema supraspinal endógeno de controlo da dor de múltiplas formas.

NOVOS ALVOS TERAPÊUTICOS NO TRATAMENTO DA DOR CRÓNICA

Vera Las

1. Instituto Português de Reumatologia

O objetivo do tratamento da dor é a melhoria da função. Manter o doente a trabalhar, a frequentar a escola, a participar das suas atividades do dia a dia.

Existe um número de opções alargado para o tratamento da dor. Uns mais eficazes que outros. Não importa o esquema de tratamento, farmacológico e/ou não farmacológico, é importante lembrar que embora nem toda a dor seja curada, toda a dor é tratável.

Mesmo assim o número de pessoas que sofrem de dor crónica está a aumentar devido a múltiplas causas, sendo uma delas o aumento da esperança de vida. Na Europa cerca de 20% das pessoas sofrem de dor crónica moderada a grave. Nos EUA a prevalência varia de 2 a 40%, custando mais de 5 centenas de milhões de dólares ao ano. A produtividade dos doentes com dor crónica está severamente afetada, sendo mais de 60% os doentes que são incapazes ou menos capazes de trabalhar. 13% mudam de emprego e 19% perdem o seu emprego por causa da dor.

Os analgésicos disponíveis não foram significativamente alterados nas últimas décadas apesar dos grandes investimentos na pesquisa básica e clínica da dor. Os fármacos analgésicos existentes atualmente são úteis para controlar os vários tipos de dor, mas podem ter uma eficácia reduzida, podendo trazer a longo pra-

zo efeitos secundários indesejados. A dor de difícil controlo continua a ser um problema clínico de peso e um drama para os doentes e suas famílias.

Nessa última década tem-se assistido a um grande debate entre especialistas básicos e clínicos acerca da necessidade de se procurar alternativas para o tratamento da dor, nomeadamente em conceber estratégias que funcionem de modo mais específico e sustentado que os analgésicos convencionais.

O melhor entendimento dos mecanismos básicos da dor terá profundas implicações no desenvolvimento de fármacos futuros. São diversas as áreas de pesquisa e estas estão nos levando para mais perto do analgésico ideal. O objetivo dos investigadores que trabalham a desenvolver a futura geração de analgésicos é formular componentes que irão prevenir a amplificação dos sinais de dor pelo sistema nervoso ou que bloqueiem certos passos nas vias da dor, especialmente em situações onde não houve lesão. Muitos desses fármacos ainda estão em fase inicial de desenvolvimento e não estão prontos para uso clínico. Mas parecem ser substâncias promissoras.

Diversos são os alvos que estão sendo investigados atualmente, como os recetores da dor, os canais iónicos, os fatores de crescimento, a plasticidade / células gliais, a transferência génica, não sem a ajuda de técnicas diversas de imagem, como a RMNf, a PET e outras. Além da reformulação de moléculas já existentes.

CRONIFICAÇÃO DA DOR

Patrícia Ribeiro Pinto¹

1. Instituto das Ciências da Vida e da Saúde (ICVS), Escola das Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga, Portugal; ICVS | 3B's – PT Government Associate Laboratory, Braga | Guimarães, Portugal

A dor é uma experiência humana complexa e idiosincrática. A ocorrência de dor aguda após uma cirurgia constitui um problema comum, antecipado e esperado, sendo uma resposta fisiológica previsível perante o estímulo nociceptivo associado, a cirurgia. Por sua vez, o desenvolvimento de dor crónica pós-cirúrgica (DCPC) constitui um efeito adverso indesejado. A DCPC tem sido documentada após diversos procedimentos cirúrgicos como toracotomia, mastectomia, amputação, hernioplastia inguinal, colecistectomia, cirurgia cardíaca, histerectomia, artroplastia de joelho, cirurgia à coluna, entre outros procedimentos. A prevalência da DCPC varia com o tipo de cirurgia. Por exemplo, a prevalência de DCPC para a amputação va-

ria entre 50–85%, para a toracotomia entre 5–65%, para a mastectomia entre 20–50%, para a histerectomia entre 5–30% e para a reparação de hérnia inguinal variaria entre 5–35%.

A cirurgia constitui um excelente modelo teórico para examinar a influência e a natureza preditiva de uma variedade de factores no desenvolvimento subsequente de dor crónica. Efectivamente, permite examinar um grupo em que todos os sujeitos tiveram uma lesão e, consequentemente, a ocorrência de dor é totalmente previsível, permitindo o planeamento de avaliações no tempo e a realização de análises longitudinais e prospectivas.

Dado o impacto negativo da dor crónica na qualidade de vida dos pacientes e nos custos dos serviços de saúde, diversos autores têm sublinhado a necessidade de se implementarem intervenções concebidas para a prevenção da DCPC, considerando esta área como um contexto propício ao desenvolvimento de acções de prevenção. Torna-se, assim, da maior pertinência humana, social e científica, a realização de estudos que se foquem na identificação dos factores de risco associados ao desenvolvimento de DCPC. A importância da determinação de factores de risco para a cronificação da dor é crucial, na medida em que pode orientar para a adopção de medidas de prevenção, nomeadamente através da concepção e implementação de intervenções direccionadas para a eliminação, gestão ou modificação desses mesmos factores.

No contexto da investigação sobre dor cirúrgica, inúmeros estudos têm identificado factores de risco associados à cronificação da dor. De uma forma geral, e perspectivando esses factores em termos da sua ocorrência temporal, estes têm sido sistematicamente agrupados em três tipos de factores: pré-cirúrgicos (*ex*: existência de dor pré-cirúrgica, factores psicológicos, demográficos, genéticos), intra-cirúrgicos (*ex*: lesão de nervos, repetição de cirurgias, tipo de anestesia) e pós-cirúrgicos (*ex*: dor aguda pós-cirúrgica, factores psicológicos, tipo de analgesia, quimioterapia ou radioterapia adjuvante).

A identificação de pacientes que apresentam factores de risco modificáveis para o desenvolvimento de DCPC e a subsequente intervenção junto dos mesmos, no sentido de eliminar, gerir ou modificar esses factores, é uma recomendação importante na prevenção da cronificação da dor. No sentido de facilitar este processo, estes factores preditivos podem, assim, ser divididos em três grupos, de acordo com a sua natureza (sócio-demográfica, clínica e psicológica), isto é, de acordo com a sua maior ou menor susceptibilidade em

serem alvo de estratégias de intervenção preventiva.

Neste contexto, os factores psicológicos assumem particular destaque, pois têm emergido como preditores consistentes da cronificação da dor, constituindo simultaneamente factores passíveis de intervenção. Os factores identificados até agora incluem emoções negativas (*ex*: ansiedade e depressão), estratégias de *coping* (*ex*: catastrofização da dor) e crenças ou expectativas específicas, sugerindo que os factores perceptuais/cognitivos, emocionais e comportamentais desempenham um papel chave na influência da experiência de dor pós-cirúrgica e na sua cronificação.

Embora sejam necessários mais estudos nesta área das intervenções focadas na prevenção da DCPC, as conclusões de uma série de estudos sugerem inequivocamente que identificar e gerir potenciais pensamentos (cognições/crenças) e emoções disfuncionais antes da cirurgia, pode ser uma estratégia importante para prevenir o desenvolvimento de DCPC. O primeiro passo neste processo deve ser uma avaliação individual adequada, a implementar antes da realização da cirurgia, através da qual os pacientes com maior probabilidade e maior risco de desenvolvimento de DCPC possam ser identificados preventivamente e, em seguida, serem alvo de intervenção adequada. As intervenções devem ter como base uma abordagem individualizada, adaptada em função de cada paciente e em função dos dados específicos recolhidos durante a avaliação pré-cirúrgica, no âmbito duma abordagem multidisciplinar e sistémica da gestão e controlo da dor, de forma a prevenir a cronificação da dor.

12.00 | 13.10: IMUNOMODULAÇÃO DA INFLAMAÇÃO «ESTADO DA ARTE»: Juan Carlos Herrera Correa
PATROCÍNIO: Laboratório Raul Vieira

13.10 | 14.10: ALMOÇO LIVRE

14.10 | 14.30: «UM CAFÉ JUNTO DOS STANDS DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA» E DISCUSSÃO DE POSTERS (2ª PARTE)

JURÍ-COORDENADORAS: Cláudia Miguel

14.30 | 15.00: ACTUALIDADE EM REUMATOLOGIA
PRESIDENTE: António Vilar
MODERADOR: Sara Cortes

ESCLEROSE SISTÉMICA: DIAGNÓSTICO PRECOCE – JANELA TERAPÊUTICA?

Paulo Clemente Coelho¹

1. Instituto Português de Reumatologia, Responsável da Consulta de Fenómeno de Raynaud e Esclerose Sistémica e da técnica de Capilaroscopia

A atitude médica de avaliação e, principalmente, de tratamento da Esclerose Sistémica (ES) ainda é expectante e dirigida para as complicações estabelecidas da doença, o que justifica em parte a dificuldade de enfrentar alterações estruturais orgânicas graves que caracterizam a ES estabelecida e evoluída. Acredita-se que uma das chaves para um tratamento global eficaz da ES está numa intervenção muito precoce. Para que este objectivo de tratamento da ES numa fase clínica precoce seja alcançado é essencial que não só os especialistas que lidam com a doença estejam alerta para os sintomas e sinais da doença, mas principalmente os médicos de medicina geral e familiar identifiquem a possibilidade da existência de um quadro de ES, para que uma referência urgente à especialidade possa ser realizada. Esta referência torna-se ainda mais urgente quando a doença se apresenta com um curso rápido, o qual poderá levar à morte em menos de dois anos após o aparecimento do primeiro sintoma adicional ao Fenómeno de Raynaud (FR). Uma intervenção precoce na ES deve também integrar o tratamento do envolvimento de órgão, necessário para reduzir a sintomatologia e eventualmente a progressão local da doença. Nos últimos anos o panorama da intervenção terapêutica na ES tem vindo a mudar, principalmente devido a dois factores: 1) um entendimento crescente dos mecanismos da fisiopatologia da ES; 2) uma tendência para uma intervenção mais precoce, ajudada pela definição de critérios de classificação mais sensíveis para a definição da doença numa fase prévia à existência de lesões irreversíveis. A ES é clinicamente heterogénea e o curso da doença permanece imprevisível, sendo o seu prognóstico dependente principalmente do envolvimento cardiopulmonar. Alguns biomarcadores genéticos e serológicos poderão ser indicativos de uma tendência prognóstica nos doentes com ES. Os critérios de classificação de 1980 do ACR (antiga ARA), apesar de um marco importante na definição da doença, cedo se revelaram insuficientes por incluírem apenas casos de doença já avançada e deixarem de fora muitos doentes com a forma cutânea limitada da ES. Os critérios de diagnóstico de LeRoy e Medger (2001) vieram introduzir o conceito de doença precoce e apesar de insuficiente, por não levarem em conta o envolvimento de órgão, provaram ser capazes de diferenciar com eficácia os doentes com FR quanto ao seu risco de evolução



para ES. Estes últimos critérios abriram também a porta para a publicação dos critérios de classificação EULAR/ACR de 2013. Esta evolução no sentido de um diagnóstico mais precoce veio por na ordem do dia o conceito de «janela de oportunidade terapêutica» no tratamento da ES, ou seja, uma intervenção mais consistente e atempada que impeça ou retarde os processos de cronicidade da doença. Dando consistência a esta intenção foi lançado pelo EUSTAR o projecto VEDDOS (*Very Early Diagnosis of Systemic Sclerosis*) o qual publicou em 2009 critérios preliminares para o diagnóstico da ES. Este mesmo projecto definiu como principais alertas para uma investigação de uma possível ES, a um nível primário, três ocorrências a que chama «bandeiras vermelhas», a saber: o FR, a presença de dedos tumefactos globalmente («*puffy fingers*») e a positividade dos anticorpos antinucleares (ANA). A presença destes sinais de alerta devem conduzir a uma avaliação laboratorial mais específica de ES e à realização de capilaroscopia. Estes últimos se sugestivos de ES, conduzirão a uma avaliação de órgão de acordo com o padronizado para a abordagem do doente com ES. Vários tratamentos com capacidade imunomoduladora, vasomoduladora e anti-fibrosante têm sido propostos recentemente para o tratamento da ES, estando a decorrer ensaios clínicos baseados em resultados promissores de estudos abertos de pequena dimensão ou de séries de casos clínicos reportados.

15.00 | 16.30: CURSO MONOTEMÁTICO

«JOÃO FIGUEIRINHAS»

TEMA: ARTRITE PSORIÁTICA

PRESIDENTE: José Canas da Silva

Moderador: Anabela Barcelos

DA PELE À ARTICULAÇÃO

Sofia Magina

DA ARTICULAÇÃO À PELE

Margarida Silva¹

1. Instituto Português de Reumatologia. Lisboa.

A artrite psoriática é uma doença inflamatória musculoesquelética associada a psoríase. Tem consequências para a saúde para além da alteração da função articular. Acredita-se que esteja atualmente subdiagnosticada e subtratada.

A prevalência da artrite psoriática na população em geral está calculada entre 0,02% e 0,25%. Em pessoas com psoríase a prevalência da artrite psoriática é altamente variável de estudo para estudo, consoante as definições usadas (6 a 41%) sendo portanto bastante comum.

É uma doença multifacetada com uma enorme variedade de manifestações musculoesqueléticas possíveis. O diagnóstico de artrite psoriática num doente com psoríase e dor músculo-esquelética pode constituir um desafio, mesmo para um reumatologista, porque há uma ampla gama de manifestações clínicas possíveis, com um diagnóstico diferencial alargado. Existem contudo características próprias que ajudam a diagnosticá-la e a diferenciá-la de outras doenças reumáticas que podem afetar os doentes com psoríase. No entanto há casos em que é muito difícil ter um diagnóstico de certeza e outros em que se admite uma sobreposição de diagnósticos no mesmo doente.

Existem vários padrões de doença e o mesmo doente pode mudar o padrão com o tempo. Pode haver artrite periférica (poliarticular, oligoarticular, monoarticular) envolvendo qualquer articulação mas as articulações mais comuns são as dos pés e das mãos, seguidas pelos joelhos, punhos, tornozelos e ombros; o envolvimento das articulações interfalângicas distais é uma característica que distingue a artrite psoriática da artrite reumatoide; envolvimento axial (sacroilíacas, coluna cervical, dorsal ou lombar); dactilite (inflamação global do dedo) nos pés ou nas mãos; entesite. A entesite é a inflamação das inserções dos tendões, ligamentos e cápsulas nos ossos, característica de todas as espondilartropatias seronegativas mas mais comum na artrite psoriática. A ecografia e a ressonância magnética têm um papel na imagiologia das enteses, mostrando as várias alterações que sofrem nesta doença.

Como doença muito heterogénea que é, não é fácil fazer generalizações acerca da sua história natural e prognóstico. O doente pode apresentar uma forma muito ligeira ou uma forma muito grave conhecida como artrite mutilante. A artrite mutilante é a forma

mais grave e destrutiva de artrite psoriática caracterizando-se por encurtamento dos dedos com osteólise grave levando a deformação irreversível e perda da função. A maioria dos doentes com artrite psoriática tem uma doença progressiva com envolvimento poliarticular. São considerados fatores de mau prognóstico o número de articulações ativas e com lesão estrutural, a presença de envolvimento da coluna vertebral, a dactilite e a proteína C reativa elevada. O estudo das artrites precoces indica que os resultados são melhores quando o diagnóstico é feito cedo, quando a duração dos sintomas ainda é curta.

A artrite psoriática é uma doença com impacto significativo na função e na qualidade de vida. Há um aumento da morbilidade e mortalidade cardiovascular na artrite psoriática, devida em parte a um aumento dos fatores de risco convencionais (hipertensão, obesidade, diabetes e dislipidemia) mas também a fatores como a diminuição da atividade física e a inflamação sistémica. Também a esteatose hepática não alcoólica tem sido associada à psoríase. A depressão e a ansiedade são comuns nos doentes com artrite psoriática.

TREAT TO TARGET – ARTRITE PSORIÁTICA

Helena Santos¹

1. Instituto Português de Reumatologia

O conceito de *Treat-to-Target* (T2T) é frequentemente utilizado em medicina no tratamento de patologias como a HTA, a diabetes e a dislipidémia e consiste numa estratégia de tratamento na qual a terapêutica é alterada de modo a alcançar um objetivo pré-definido. Face aos bons resultados que demonstrou, esta estratégia tem sido estendida a outras áreas terapêuticas, nomeadamente à Reumatologia, procurando um controlo adequado da doença ao identificar um alvo terapêutico pré-definido.

A experiência em torno destas estratégias começou na artrite reumatoide, na qual está bem identificada a relação entre a inflamação e o dano articular subsequente e demonstrado que o tratamento agressivo precoce reduz a inflamação articular levando a menor dano estrutural e a melhores *outcomes*. Vários estudos demonstraram que a estratégia terapêutica definida de modo a alcançar um objetivo – remissão ou baixa atividade da doença – a longo prazo conduz a um melhor controlo dos sintomas, a um controlo do dano estrutural, a uma normalização da função e da participação social.

O interesse na aplicação destes conceitos tem sido

crescente também na artrite psoriática, no entanto, uma revisão feita pela EULAR em 2011, destacou a falta de evidência desta estratégia nesta patologia. Esta falta de evidência deve-se provavelmente ao facto da artrite psoriática ser uma doença muito heterogénea pelo que o alvo terapêutico deve ter em conta as suas várias dimensões, desde o envolvimento periférico, ao envolvimento cutâneo e ungueal, passando pela entesis, pela dactilite e pelo envolvimento axial. Por outro lado não existe uma medida de avaliação da atividade da doença que tenha em conta as diferentes manifestações clínicas e *cut-offs* de atividade e que permita avaliar a resposta à terapêutica. Por fim, a relação entre a inflamação e o dano articular não está tão bem estudada na artrite psoriática como na artrite reumatoide.

Outro motivo pelo qual é difícil implementar este tipo de estratégias na artrite psoriática prende-se com o facto de a resposta à terapêutica ser diferente conforme as manifestações da doença e a eficácia dos fármacos nos subtipos da doença está mal estudada, fazendo com que a elaboração de algoritmos terapêuticos seja difícil.

Nos últimos anos têm sido desenvolvidos vários índices de atividade da doença, nomeadamente o PsAJAI (*Psoriatic Arthritis Joint Activity Index*) e o DAPSA (*Disease Activity for Psoriatic Arthritis*) e o CPDAI (*Composit Psoriatic Disease Activity Index*), no entanto, não foram definidos *cut-offs* de atividade pelo que a sua aplicação na prática clínica e no âmbito da investigação não está validada.

Para preencher esta lacuna o Grappa desenvolveu o projeto GRACE que é um estudo multicêntrico, no qual foram incluídos 503 doentes, e do qual nasceu o PAS-DAS (*Psoriatic Arthritis Disease Activity Score*), que permite fazer uma avaliação mais completa da doença, e um segundo índice, o AMDF (*Arithmetic Mean of Desirability Function*).

Foi posteriormente desenvolvido o conceito de atividade mínima da doença (MDA) definido pelo OMERACT como um alvo terapêutico a alcançar. Os doentes que se mantêm em MDA têm um prognóstico a longo prazo mais favorável mas a grande desvantagem deste índice é que não dá informação sobre a atividade da doença.

Aplicação de uma estratégia T2T, intimamente ligada ao conceito de *tight-control*, na artrite psoriática deve passar por uma decisão partilhada com o doente, na qual este deverá ser informado sobre os objetivos a alcançar e os métodos para lá chegar.

Estas estratégias podem vir a demonstrar ser particularmente úteis em alguns subgrupos de doentes, sen-

do que o alvo terapêutico poderá ter que mudar ao longo do tempo perante o doente individual.

16.30 | 16.45: COFFEE BREAK

16.45 | 17.45: CURSO TEÓRICO-PRÁTICO: EXAMES DE IMAGEM EM REUMATOLOGIA - O ESSENCIAL

PRESIDENTE: Lúcia Costa

MODERADOR: Miguel Sousa

RADIOGRAMAS SIMPLES

Armando Malcata¹

1. Reumatologista; CHUC

Apesar dos avanços tecnológicos recentes e constantes, a radiologia simples, ainda tem o seu lugar na abordagem dos doentes com patologia reumatismal. Desde logo porque é de facto, simples. Mas também porque é acessível, facilmente disponível, de baixo custo e passível de repetição e comparação.

Pode assim contribuir, não só para a avaliação no diagnóstico diferencial das várias patologias, como permitir uma avaliação seriada, relevante para a monitorização da evolução da doença e da resposta ao tratamento. Mesmo ilações prognósticas que influenciem a abordagem do doente individualmente considerado, podem resultar da observação da imagem radiográfica.

Também na radiologia simples os avanços se fazem sentir, como sejam a possibilidade de digitalização das imagens (e a inerente não obrigatoriedade de impressão em papel ou película) e a utilização de ferramentas que permitem manipular as imagens (também medir, ampliar, focar em zonas de interesse, recortar, etc) acrescentando valor à técnica.

Será sempre necessário analisar e garantir uma boa qualidade de execução, por forma a permitir uma correta interpretação. Para esta é, também, imprescindível não só o conhecimento das estruturas radiografadas mas o conhecimento fisiopatológico que permita inferir sobre as entidades causais das alterações encontradas.

Muito importante, e igualmente muitas vezes ignorada, é a necessidade de fornecer informação clínica, e laboratorial, pertinente, a quem vai ler as radiografias. Na ausência de informação a tarefa de quem lê torna-se bem mais ingrata.

Abordaremos alguns aspetos práticos da radiologia simples nas artropatias mais comuns, considerando grupos-tipo de entidades nosológicas mais prevalentes, analisando-os segundo as alterações mais características que determinam e sua distribuição anatómica.

Pretende-se, no essencial, chamar a atenção para aspetos que qualquer médico deve procurar observar, avaliando as eventuais alterações e, desde logo, estabelecendo a devida correlação clínico-radiológica, de cada caso em apreciação.

A ECOGRAFIA MÚSCULO-ESQUELÉTICA

Dina Medeiros¹

1. Reumatologista do Instituto Português de Reumatologia (IPR)

A ecografia músculo-esquelética pode ter, na Reumatologia, três aplicações fundamentais: diagnóstico das doenças reumáticas, monitorização dessas patologias e intervenção terapêutica. Nestas três vertentes, a ecografia é bastante abrangente, sendo também um exame mais acessível, seguro e cómodo para o doente.

A ecografia, ou a ultrassonografia, é um exame que utiliza ultrassons que são traduzidos em imagens de acordo com as diferentes densidades das estruturas/órgãos do nosso organismo. A utilização do sinal Doppler permite ainda avaliar o movimento, sendo essencialmente, utilizado na avaliação do fluxo sanguíneo. Em Reumatologia, quer o ultrassom – escala cinza, quer o sinal Doppler, são extremamente importantes, uma vez que permitem o diagnóstico de diferentes doenças reumáticas, a monitorização dessas patologias e uma intervenção terapêutica, quando necessário. Na artrite reumatoide, por exemplo, considerada como o paradigma das doenças reumáticas inflamatórias, a ecografia musculoesquelética permite a deteção de atividade

inflamatória articular, através da presença de sinal Doppler, bem como a identificação de alterações estruturais, articulares e aba-articulares. No caso das espondilartrites, permite avaliar estruturas como as enteses ou as articulações sacro-ilíacas, que podem apresentar alterações inflamatórias precoces, antes de existirem alterações radiológicas detectáveis, o que possibilita um diagnóstico mais célere. Além disso, a ecografia permite também procedimentos de intervenção, com observação da imagem em tempo real, como artrocenteses, biopsias e infiltrações ecoguiadas. Isto apresenta maior comodidade e menos riscos para o doente, evitando infiltrar uma estrutura vascular ou nervosa, e com mais eficácia terapêutica.

A ecografia existe já há várias décadas, mas a sua utilização na Reumatologia é relativamente recente. Assim como em outras especialidades, o que se tem vindo a verificar é que a Reumatologia utiliza cada vez mais alguns meios imagiológicos para auxiliar a sua prática clínica, com predileção para a ultrassonografia, dada a facilidade na sua utilização na prática diária, associada às diferentes vantagens no diagnóstico e monitorização.

TAC E RM

Diana Afonso

17.45: ENTREGA DE PRÉMIOS (CONCURSO DE SLIDES; COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS) E ENCERRAMENTO DAS JORNADAS