

**COMUNICAÇÕES
LIVRES/POSTERS**

Comunicações livres/posters

ACTA REUMATOL PORT. 2013;38:37-94 (SUP)

CLP 1 – CARACTERIZAÇÃO DA CAPILAROSCOPIA EM DUAS SITUAÇÕES DE REFERENCIAÇÃO FREQUENTE: FENÓMENO DE RAYNAUD PRECOCE; ANA EM TÍTULOS ALTOS

Autor: Inês Gonçalves¹Co-Autores: Paulo Coelho¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A Capilaroscopia do leito ungueal consiste na observação, por microscopia dos capilares do leito ungueal. É um exame não-invasivo e fácil de executar, muito útil na abordagem das Doenças Difusas do Tecido Conjuntivo porque permite a observação *in vivo* de alterações da microcirculação. Dois dos motivos de referenciação mais frequentes para capilaroscopia são o Fenómeno de Raynaud (FR) e os Anticorpos Antinucleares positivos (ANA+). A presença de alterações em qualquer dos casos deve motivar uma reavaliação detalhada, no sentido de diagnosticar atempadamente uma possível doença reumática sistémica.

População e métodos: Procurou-se comparar as alterações morfológicas capilares encontradas (normal, dilatações segmentares; megacapilares, hemorragias e áreas avasculares) entre os doentes referenciados para capilaroscopia, durante 2 anos, por ANA em títulos altos (sem queixas de FR) e os doentes em investigação por apresentarem FR recente com ANA ausente/título baixo e com ANA em títulos altos..

Foram considerados presença de ANA em título alto se ANA \geq 1/320. Foi considerado FR recente se <2anos.

A capilaroscopia foi realizada com um estereomicroscópio com ampliação de 10x a 100x.

Resultados: Foram observados 90 doentes referenciados por ANA em título alto, dos quais 85,5% do sexo feminino, 48 doentes referenciados por FR recente (com ANA-/baixo) dos quais 87,5% mulheres e 56 doentes por FR recente (com ANA alto) com 94,6% de mulheres.

As idades médias foram de 48,5 anos (ANA+ e FR ausente); 41,5 anos (FR e ANA-/baixo) e; 47,4 anos (FR e ANA alto).

A capilaroscopia foi normal em 27,8%, 18,8% e 16,1% dos grupos respectivos. Observaram-se dilatações em 57,8%, 70,8% e 67,9%; hemorragias em 33,3%; 50% e 58,9% megacapilares em 1,1%; 10,4%; 16,1% e áreas avasculares em 0%; 2,1% e 3,6% dos grupos de doentes respectivos.

Estavam presentes alterações significativas em 34,4% (96,8% dos quais são hemorragias), 54,2% e 62,5%, respectivamente.

Discussão: Observa-se uma maior percentagem de capilaroscopias normais nos doentes que mesmo tendo ANA em títulos altos não têm queixas clínicas de FR. Quando presentes, são alterações predominantemente inespecíficas de patologia de tecido conjuntivo (dilatações e hemorragias). Pelo contrário, a presença de FR recente mesmo com títulos baixos ou ausentes de ANA pode estar associado a alterações morfológicas precoces, pelo que deverá constituir sempre um motivo de referenciação à realização de capilaroscopia.

A incidência de alterações morfológicas significativas aumenta se o doente tiver ANA \geq 1/320.

CLP 2 – DOENÇA DE STILL DO ADULTO: CARACTERIZAÇÃO DE UMA AMOSTRA DE 10 DOENTES

Autor: Carolina Furtado¹Co-Autores: Silvia Fernandes¹; Susana Capela¹;Joaquim Pereira¹; Elsa Sousa¹; Maria João Saavedra¹;João Eurico Fonseca¹; Mário Bexiga¹;Carlos Miranda Rosa¹; José Alberto Pereira da Silva¹

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN; Lisboa

Introdução: A doença de Still do Adulto (DSA) é uma doença de atingimento sistémico, natureza inflamatória e causa desconhecida, com predominio de incidência em adultos jovens. As manifestações clínicas são diversas, sendo mais típicas a febre de evolução característica, o *rash* cutâneo evanescente e as artralguas. Os resultados laboratoriais são inespecíficos, mas a elevação da ferritina é muito sugestiva.

O diagnóstico requer a exclusão de doenças infecciosas, auto-imunes ou neoplásicas. O tratamento inclui anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), corticóides, imunossuppressores, e mais recentemente, agentes biotecnológicos. Os autores caracterizam uma amostra de 10 doentes com DSA.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo com identificação de 10 doentes que preenchiam os critérios de diagnóstico de DSA propostos por Yamaguchi et al (1986), seguidos na consulta de Reumatologia do Hospital de Santa Maria entre 2000 e 2012. Foram recolhidos dados dos processos clínicos da consulta relativamente às características demográficas, manifestações clínicas e achados laboratoriais na altura do diagnóstico, evolução e duração da doença e terapêutica instituída.

Resultados: Todos eram caucasianos, sem predominio de género (5F/5M), com uma média de idade à data do diagnóstico de 39 anos (20-64 A). Clinicamente, todos os doentes apresentaram febre, artralgias/artrite, exantema cutâneo, seguindo-se por ordem de frequência: organomegalias (60%), odinofagia (50%), adenomegalias (40%), serosites (30%), anorexia/emagrecimento (20%) e dor abdominal (10%). Analiticamente todos cursaram com elevação dos reagentes de fase aguda da inflamação, incluindo a ferritina com valor médio de 9033 ng/ml (422-35.318 ng/ml) e com factores reumatóides e anticorpos antinucleares negativos. A ferritininémia correlacionou-se diretamente com a atividade da doença, diminuindo com o tratamento efetivo e normalizando nos casos em que a remissão foi atingida. A doença assumiu um padrão evolutivo crónico em 20% dos doentes com registo de carpíte erosiva bilateral e artropatia erosiva grave da anca com necessidade de prótese total. A duração média da doença foi de 5,8 anos (1-12 A). Todos os doentes foram tratados com AINEs e corticóides. O metotrexato foi o DMARD sintético de escolha em 8 doentes. Quatro necessitaram de terapêutica biotecnológica, nomeadamente infliximab (1 doente) e anakinra (3 doentes).

Conclusão: A caracterização clínica da nossa pequena série de doentes com DSA está de acordo com as outras já publicadas na literatura. Embora rara, a DSA deve ser considerada no diagnóstico diferencial de poliartrite e envolvimento sistémico, após a exclusão de um vasto leque de doenças mais frequentes e bem descritas. Constatou-se através dos resultados da amostra, que a ferritina é um bom marcador da actividade da doença. Quanto ao tratamento, os agentes biotecnológicos tem emergido nos últimos anos como alternativas terapêuticas eficazes nos casos refractários à te-

rapêutica convencional.

CLP 3 – PARÂMETROS BIOMECÂNICOS DA MARCHA EM MULHERES PÓS-MENOPÁUSICAS COM ARTRITE REUMATÓIDE

Autor: Pedro Miguel Rosmaninho Aleixo¹

Co-Autores: Ivo Fialho Roupa¹;

José Maria Gonçalves Vaz Patto²;

Paulo Clemente Coelho²;

João Manuel Cunha Silva Abrantes¹

1. MovLab - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia

2. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: Doentes com Artrite Reumatóide (AR) apresentam um risco acrescido de queda e diferenças em alguns parâmetros biomecânicos da marcha relativamente a pessoas saudáveis: menor velocidade, passadas mais curtas e mais tempo de contacto do pé com o solo; momentos de força reduzidos nas articulações do tornozelo, joelho e anca. Tal como acontece nos doentes com AR, também nos idosos quando comparados com jovens, observam-se diferenças em alguns parâmetros biomecânicos da marcha, estando algumas destas relacionadas com a possibilidade de queda. Uma das diferenças apontadas foi o facto do quociente entre as acelerações horizontais da cabeça e da anca ser superior nos idosos. Esta variável revela uma condição menos estável para o sistema nervoso processar os dados visuais. Outra diferença encontrada foi uma maior velocidade horizontal do calcanhar nos idosos no instante em que este contacta o solo, o que aumenta a possibilidade de queda como consequência do derrapar. Uma terceira diferença foi uma redução do valor da covariância entre os momentos de força do joelho e da anca nos idosos, o qual pode ser interpretado como o «índice de equilíbrio dinâmico». Por outro lado, verifica-se que jovens e idosos apresentam valores similares na «toe clearance mínima» (distância mínima entre o primeiro dedo do pé e o solo). No entanto, os idosos apresentam uma maior variabilidade, facto que pode aumentar o risco de queda como resultado do tropeçar. Assim, foi objetivo deste estudo analisar parâmetros biomecânicos da marcha relacionados com quedas em mulheres pós-menopáusicas com AR e perceber as suas relações com a atividade da doença, capacidade funcional e quedas.

Material e métodos: A captura dos 41 marcadores colocados nas doentes foi concretizada a 200Hz (Vicon®

Motion Capture MX) por 9 câmaras de infravermelhos (Vicon® MX 1.3). Para registo das forças reativas do apoio (1000 Hz), no volume de captura, foi incluída uma plataforma de forças (AMTI BP400600-200) e um amplificador (Strain Gage, AMTI MAS-6 MiniAmp). O sincronismo entre equipamentos foi assegurado pelo Vicon® MXControl e o processamento de dados foi concretizado por software apropriado (Vicon®, Nexus 1.7). Para cada uma das 13 doentes avaliadas foram registados 14 ensaios válidos (7 apoios do pé esquerdo na AMTI e 7 do pé direito).

As doentes responderam ao HAQ e indicaram o número de quedas sofridas no último ano. O DAS-28 foi utilizado para avaliar a atividade da doença.

Resultados: Médias dos coeficientes de variação intra-individuais elevadas em alguns dos parâmetros biomecânicos registados: *toe clearance* mínima à esquerda e direita (18% e 19%); velocidade ântero-posterior do calcanhar à esquerda e direita (32% e 38%); quociente entre as velocidades verticais da cabeça e anca (entre 34% e 115%); momentos de força das articulações do tornozelo, joelho e anca (entre 15% e 385%). Nove doentes sofreram pelo menos uma queda no último ano (69%). Verificou-se que o grupo de doentes que sofreu quedas no último ano apresentou menores velocidades do centro de gravidade ($p < 0.05$) e menores momentos de força da anca ($p < 0.05$) em relação ao grupo que não sofreu quedas. O HAQ apresentou correlações com: *toe clearance* mínima à esquerda ($r = -0.59$, $p < 0.05$); velocidades ântero-posteriores do calcanhar à esquerda e direita ($r = -0.70$ e -0.76 , $p < 0.01$); velocidades do centro de gravidade (r entre -0.56 e -0.64 , $p < 0.05$). O DAS-28 não se correlacionou com qualquer parâmetro biomecânico analisado.

Conclusões: A elevada percentagem de doentes que sofreram quedas no último ano reforça a evidência já apresentada em estudos anteriores, de que as mulheres pós-menopáusicas com AR são um grupo de risco. O facto das doentes com antecedentes de quedas e menor capacidade funcional se deslocaram a velocidades inferiores, poderá indicar uma adaptação por parte destas tendo em vista a concretização de um padrão de marcha mais seguro. A grande variabilidade intra-individual verificada ao nível dos parâmetros biomecânicos associados às quedas poderá indicar um menor controlo proprioceptivo nos movimentos inerentes à marcha, resultando numa elevada incidência de quedas. Assim, em mulheres pós-menopáusicas com AR será importante melhorar a proprioceptividade nos movimentos inerentes à marcha.

CLP 4 – OMBRO DOLOROSO: DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO E BENEFÍCIO DA INFILTRAÇÃO DE CORTICOSTERÓIDES

Autor: Maria Fessenko¹

Co-Autores: Rita Tomás¹; Dina Medeiros²

1. Serviço de MFR, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

2. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: O ombro doloroso é uma síndrome prevalente, sendo um dos motivos mais frequentes para a requisição de ecografia músculo-esquelética. Esta constitui um meio de diagnóstico útil, que permite a realização de intervenções ecoguiadas de forma segura, como parte da terapêutica da patologia do ombro. O objectivo deste estudo foi avaliar o benefício após infiltração ecoguiada de corticoesteróide no alívio da dor em doentes com ombro doloroso. Concomitantemente, pretendeu-se identificar os principais diagnósticos ecográficos nos doentes observados.

Materiais e métodos: O equipamento utilizado foi um ecógrafo da General Electrics - Logic 9 - com sonda linear 9-14Mhz. Foram incluídos 78 doentes com ombro doloroso, enviados à consulta de ecografia entre Maio e Julho de 2013. Foram realizadas 115 ecografias ao ombro, tendo sido registados os respectivos diagnósticos ecográficos. Avaliou-se a intensidade da dor basal, referida pelo doente, aplicando a Escala Visual Analógica (EVA). Nos 25 casos não contra-indicados foi realizada infiltração ecoguiada com dexametasona (40 mg), associada a lidocaína (5%), com agulha 20/24G. Ao fim de 2 meses todos os doentes foram contactados para uma nova avaliação da intensidade da dor com a EVA. Foi utilizada estatística descrita para caracterização da amostra e a EVA inicial foi comparada com a EVA após 2 meses, através do teste T para amostras independentes e emparelhadas ($p < 0,05$).

Resultados: O diagnóstico ecográfico mais frequentemente observado foi a tendinose do supra-espinhoso (22%), seguido da tenossinovite da longa porção do bicípete (15%), periartrose calcificante do ombro (12,4%), omartrose (9%), tendinose subescapular (8%). O grupo dos doentes infiltrados apresentava uma EVA inicial superior à dos doentes que não foram propostos para o procedimento ecoguiado (8 ± 1 vs 6 ± 2 , $p < 0,001$). Após dois meses, ambos os grupos melhoraram, mas a melhoria no grupo infiltrado foi significativamente superior (4 ± 2 vs 1 ± 2 , $p < 0,001$). No grupo submetido ao procedimento ecoguiado, apenas um

doente em 25 não melhorou. Mais de metade dos doentes infiltrados melhorou quatro ou mais pontos na EVA (64%), até um máximo de sete pontos. No grupo dos doentes não infiltrados, um terço dos casos não melhorou, tendo seis doentes (7%) agravado a sua sintomatologia algica. Aos 2 meses, 64% destes casos mantinha EVA igual ou superior a cinco. Não foram registados casos de complicações.

Conclusão: O estudo confirma que a patologia da coifa dos rotadores é a causa mais frequente da síndrome do ombro doloroso, sobretudo envolvendo o tendão do supra-espinhoso. Conclui-se que a infiltração com corticosteróides é um método eficaz e seguro no alívio das queixas dolorosas.

CLP 5 – IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA UTILIZAÇÃO DE UM SISTEMA PARA TRATAMENTO PALIATIVO DA HIPOSSIALIA/ XEROSTOMIA EM PACIENTES COM SÍNDROME SJÖGREN PRIMÁRIO – ENSAIO CLÍNICO

Autor: João Almeida Amaral¹

Co-Autores: Duarte Marques¹; David Braz¹; Filipe Barcelos²; José Vaz Patto²; António Mata¹

1. FMDUL

2. IPR

Introdução: A xerostomia em consequência da hipossalialia é altamente prevalente nos pacientes com Síndrome de Sjögren e é significativamente limitadora da sua qualidade de vida. O tratamento da hipossalialia é paliativo, sendo os medicamentos parassimpáticos a primeira linha de escolha, apresentando no entanto efeitos secundários que se encontram documentados. A utilização de sistemas não farmacológicos para tratamento paliativo da hipossalialia nestes pacientes é recente desconhecendo-se entre outros o seu efeito na melhoria da sua qualidade de vida. O objectivo deste ensaio clínico auto controlado foi a quantificação do impacto da utilização de um sistema não farmacológico para tratamento paliativo da xerostomia na qualidade de vida de pacientes portadores do Síndrome de Sjögren Primário.

Materiais e métodos: Ensaio clínico auto controlado

	Antes da utilização do sistema (Média +/- Desvio Padrão)	Após utilização do sistema (Média +/- Desvio Padrão)	Significância
Teve problemas em pronunciar alguma palavra?	1,35±0,94	1,59±1,19	P>0,05
Sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?	1,59±1,21	1,38±1,26	P>0,05
Sentiu dores na boca ou nos seus dentes?	1,84±1,11	1,53±1,16	P>0,05
Sentiu-se desconfortável a comer algum alimento?	2,03±1,15	1,75±1,24	P>0,05
Sentiu-se preocupado(a)?	2,41±1,36	1,53±1,44	P<0,05
Sentiu-se nervoso(a)?	2,34±1,47	1,56±1,48	P<0,05
A sua alimentação ficou prejudicada?	1,91±1,40	1,56±1,24	P>0,05
Teve que interromper as suas refeições?	1,19±1,18	1,16±1,42	P>0,05
Encontrou dificuldade para relaxar?	2,25±1,39	1,72±1,40	P<0,05
Sentiu-se envergonhado(a)?	1,09±0,1	0,94±1,13	P>0,05
Ficou irritado(a) com outras pessoas?	1,06±1,16	0,94±1,16	P>0,05
Teve dificuldade em realizar as suas tarefas diárias?	1,47±1,19	1,16±1,25	P>0,05
Sentiu que a sua vida, em geral, ficou pior?	1,94±1,27	0,63±0,75	P<0,05
Ficou totalmente incapacitado para realizar as suas actividades?	0,63±0,75	0,84±1,08	P>0,05
Limitação funcional	2,97±1,75	2,96±2,12	P>0,05
Dor física	3,88±1,83	3,28±2,00	P<0,05
Desconforto psicológico	4,75±2,45	3,09±2,73	P<0,05
Invalidez física	3,09±2,33	2,72±2,33	P>0,05
Invalidez psicológica	3,34±1,79	2,66±1,98	P<0,05
Invalidez social	2,41±1,97	2±1,85	P>0,05
Incapacidade	2,56±1,68	2,06±2,15	P>0,05
Score total	23,13±9,37	18,88±11,48	P<0,05

com 32 pacientes diagnosticados com Síndrome de Sjögren de acordo com os critérios *European-American Consensus Group* e com fluxo salivar não estimulado inferior a 0,1 ml/min foram incluídos no estudo. Consideraram-se como critérios de exclusão para este estudo a presença de prótese removível total, não possuir nacionalidade portuguesa ou de um país pertencente ao PALOP bem como grávidas, lactantes e diabéticos. Nestes doentes realizou-se a seguinte intervenção: Administração de sistema para o tratamento paliativo da Xerostomia (Xeros, Dentaïd, Espanha) contendo um colutório, gel hidratante, dentífrico e um estimulante gustativo da secreção salivar. Os produtos foram aplicados segundo as instruções do fabricante durante 15 dias. O desfecho primário foi a medida dos valores do questionário de qualidade de vida relacionado com a saúde oral (OHIP 14) versão portuguesa validada antes e depois da intervenção. Este questionário baseia-se numa escala de Likert com as seguintes dimensões: Nunca (valor 0), Raramente (valor 1), Às vezes (valor 2), Repetidamente (valor 3), Sempre (valor 4). Estas 14 perguntas dividem-se em 7 domínios nomeadamente: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, invalidez física, invalidez psicológica, invalidez social, e incapacidade. A cada grupo correspondem duas perguntas sendo o seu resultado calculado através da soma dos valores de resposta referidos em cima. O valor máximo de cada domínio é de 8 e o valor máximo total de todos os domínios é de 56. Os resultados foram indicados como média e desvio padrão e analisados com o Teste t de *student* emparelhado e o nível de significância aceite foi o de $P < 0,05$.

Resultados: Os 32 pacientes incluídos no estudo foram do sexo feminino com uma média de $59,91 \pm 12,78$ anos. Após a realização do inquérito OHIP-14 verificou-se uma diminuição significativa do impacto negativo a nível da dor física, desconforto e invalidez psicológica, incapacidade e resultado total. A média do resultado total do inquérito antes do tratamento foi de $23,13 \pm 9,37$ e de $18,88 \pm 11,48$ no final do tratamento. A tabela indica os valores obtidos para cada pergunta do OHIP-14, bem como o score total dos inquéritos.

Conclusões: Os resultados deste estudo preliminar sugerem que a utilização de um sistema não farmacológico para tratamento paliativo da hipossalialia/xerostomia influi significativamente na melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde oral nos pacientes com Síndrome de Sjögren Primário.

CLP 6 – VACCINATION AND MACROPHAGIC MYOFASCIITIS: CONSEQUENCE OR COINCIDENCE?

Autor: Tânia Santiago¹

Co-Autores: Olinda Rebelo²; Luís Negrão²; Anabela Matos²

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

2. Unidade de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Neuromusculares, Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introduction: Macrophagic myofasciitis is an immune mediated condition characterized by post-vaccination systemic manifestations as well as local-stereotyped and immunologically active lesion in the site of injection. It is a rare entity with unspecific clinical manifestations and the diagnosis is based on muscle biopsy.

Some authors postulate that this disease might be a feature of a common syndrome entitled autoimmune/auto-inflammatory syndrome induced by vaccines containing aluminium as an adjuvants. Over 400 cases of macrophagic myofasciitis have been described in the literature, however there is scarce information about clinical and laboratory findings. Most of the cases of macrophagic myofasciitis recognized so far are from France and isolated cases have been recorded in the United States of America and other European countries.

Objective: To describe the clinical and laboratory findings in patients with macrophagic myofasciitis.

Methods: We have retrospectively analyzed the medical records of 16 patients, with the histologically diagnosis of macrophagic myofasciitis between January/2000 and July/2013 in the Neuropathology Laboratory in Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Results: The mean age of the 16 patients was 48.8 ± 18.0 years; 80.0% were female. Chronic fatigue syndrome was found in 5 of 16 patients (32%). Other diagnosis associated with macrophagic myofasciitis were: dermatomyositis (2/16), myasthenia gravis (2/16), epilepsy or muscle dystrophy or metabolic myopathy or cerebellar ataxia or migraine (one each). Two patients had their diagnosis in progress.

Ten of sixteen patients had muscle weakness, predominantly proximal myalgia, and/or symmetrical lower-limb weakness. Abnormal laboratory findings included elevated creatinine kinase levels in half of the patients, aldolase elevated in 12.5% (2/16), and a

myopathic electromyogram in 25.0% (4/16) of the patients. A history of vaccination was available for 13 of 16 patients. All 13 patients received intramuscular administration of aluminum-containing vaccine prior to the onset of symptoms, and the delay from the last vaccination to the first manifestations ranged from 3 to 192 months (mean 51 months).

Conclusion: Macrophagic myofasciitis may mirror a distinctive pathological pattern of an inflammatory myopathy. Chronic immune stimulation has been reported as a possible cause of chronic fatigue syndrome, and this situation may be associated with the persistence of the immunologic adjuvant aluminum hydroxide. The role of vaccines containing this adjuvant in the pathogenesis of macrophagic myofasciitis has been suggested, although there is a discrepancy between the wide use of vaccines containing aluminum hydroxide and the scarce number of reported cases. We believe that a better understanding of macrophagic myofasciitis pathophysiology would significantly contribute to the clarification of the spectrum of chronic fatigue and its syndromes.

CLP 7 – AVALIAÇÃO DO RISCO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE: RELAÇÃO DA PCR E ACTIVIDADE DA DOENÇA COM A COMPOSIÇÃO CORPORAL

Iolanda Vila¹; Ana Rita Simão¹; Ricardo Santos¹;
Alexandra Cardoso¹; Rita Fernandes¹;
Luis Cunha Miranda²; Filipe Barcelos²;
Helena Santos²; José Vaz Patto²

1. Nutricionista, Instituto Português Reumatologia
2. Reumatologista, Instituto Português Reumatologia

Introdução: A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença inflamatória crónica que afecta aproximadamente 1% da população mundial¹. Esta patologia do foro reumático parece evoluir ao longo de diversos graus de incapacidade funcional estando igualmente associada a um maior risco de mortalidade. Esta incapacidade pode aumentar se estiver associada a outras comorbilidades de elevado impacto metabólico como as Doenças cardiovasculares (DCV), uma causa de morte frequente nos doentes com AR^{2,3}. O excesso ponderal pode igualmente afectar a qualidade de vida e o estado de saúde dos doentes com AR, sendo inclusive um factor de risco adicional para o desenvolvimento de

DCV nestes indivíduos⁴. O objectivo do presente estudo é examinar a existência de factores de risco para DCV e as relações entre o Índice de massa corporal (IMC), a massa gorda (%MG), perímetro da cintura (PC) e os níveis de proteína C reactiva (PCR) e da Actividade da doença, em mulheres com AR.

Materiais e métodos: A amostra foi composta por 32 mulheres com AR, com idades compreendidas entre os 34 e os 73 anos. Foi feita uma avaliação antropométrica com medição da altura, peso e perímetro de cintura, calculado o Índice de massa corporal (IMC) e aferida a composição corporal através do *In Body 720*®. Foram registados os últimos valores de PCR (mg/dL), e preenchida a escala visual analógica (EVA) pelo médico, da actividade da doença no momento da consulta. A análise estatística incluiu o teste de Mann-Whitney para comparar as variáveis entre indivíduos normoponderais (grupo N) e indivíduos com excesso de peso (grupo OB). Foram igualmente estabelecidas associações através da regressão linear simples, tendo sido utilizado o nível de significância $p < 0,05$.

Resultados: O grupo normoponderal (grupo N) foi constituído por 13 doentes e o grupo OB com 19 AR, com idades médias de 58,4 e 59,4 anos, respectivamente. As características dos grupos estão representadas na tabela 1, em que se verificaram médias superiores de IMC, MG, PC e PCR no grupo OB. Entre as 32 AR, verificou-se que mais de 65% apresentava excesso de gordura corporal. Encontraram-se diferenças significativas entre os valores dos parâmetros antropométricos e de composição corporal ($p < 0,05$) entre o grupo N e o grupo OB. Do total de 32 mulheres, 2 (6,2%) (grupo OB) tinham a Actividade da doença classificada como inactiva (< 5); 15 (46,9%) (7 do grupo N e 8 do grupo OB) estava pouco activa (5-44); 13 (40,6%) (5 do grupo N e 8 do grupo OB) moderadamente activa (45-74) e apenas 2 (6,2%) (1 de cada grupo) tinham a actividade severamente activa (> 75). Não foram observadas diferenças significativas para os valores de PCR e EVA-Actividade da doença entre os normoponderais e os indivíduos com excesso de peso ($IMC > 25$). Nos resultados da análise da regressão linear simples, apenas a Actividade da doença afecta os valores de PCR e vice versa ($p = 0,016$).

Conclusão: Segundo a literatura, os parâmetros antropométricos e de composição corporal, estão relacionados com os níveis de PCR e da Actividade da doença em doentes com AR, no entanto devido às limitações do presente estudo (nomeadamente o tamanho reduzido da amostra), não foi encontrada relação

significativa entre a PCR, Actividade da doença e os parâmetros antropométricos e de composição corporal, a única relação significativa que foi possível estabelecer foi a influência da PCR na Actividade da doença, o que seria espectável. No entanto, através da consulta da literatura, destaca-se, o facto da Obesidade estar relacionada com DCV e valores elevados de PC e PCR, e ainda que estes dois separadamente e em conjunto, quando elevados, são factores de risco para DCV na AR. Desta forma, é fulcral reforçar a importância da adopção de estratégias preventivas e promover junto ao paciente com AR, a maior adesão ao tratamento e ao maior comprometimento com as medidas de redução dos factores de risco coronário¹.

BIBLIOGRAFIA

1. Torigoe & Laurindo, 2006
2. Torigoe & Laurindo, 2006
3. Westhoff, Rau, Zink, 2007
4. Stavropoulos-Kalinoglou, Metsios, Koutedakis&Kitas, 2001.

CLP 8 – EFFICACY AND SAFETY OF PROPRIOCEPTIVE EXERCISES IN RHEUMATOID ARTHRITIS: SYSTEMATIC REVIEW

Autor: Pedro Miguel Rosmaninho Aleixo¹
Co-Autores: Carlos Pinto e Neto Tavares²;
José Maria Gonçalves Vaz Patto³;
Paulo Clemente Coelho³;
João Manuel Cunha Silva Abrantes¹

1. MovLab – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia
2. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia
3. Instituto Português de Reumatologia

Introduction: Rheumatoid Arthritis (RA) patients showed lower physical activity levels compared with healthy people¹ as well as less functional^{2,3}, cardiovascular^{4,5} and muscular capacities^{2,5-7}. Two systematic reviews^{8,9} reported benefits of aerobic and/or resistance exercises to improve functional, cardiovascular and muscular capacities, demonstrating as well an absence of negative effects in disease activity. Moreover, this loss of functionality and physical capacity in RA patients comes side-by-side with an increased fall risk¹⁰. A systematic review¹¹ provided strong evidence that exercise programs can reduce fall rates in older people, mainly balance and coordination exercises (proprioceptive exercises). Realizing that RA patients are a

group at risk in relation to falls and that proprioceptive exercises could play an important role in preventing falls, it would be important to conduct investigation to understand the efficacy and safety of this type of exercises in RA.

The aim of this study was to conduct a systematic review to critically evaluate the clinical trial evidence for effectiveness and safety of proprioceptive exercises in RA.

Materials and Methods: Two independently researchers reviewed the studies and search on PubMed and Cochrane Central, using the key words «Rheumatoid Arthritis AND (Balance OR Proprioceptive)». Inclusion criteria: exercise programs that used proprioceptive exercises applied to RA patients; assessment of cardiovascular, functional and muscular capacities, gait patterns, psychological status, quality of life, fall risk, and/or disease activity. Exclusion criteria: exercise programs duration less than 8 weeks or frequency less than 2 times/week; case studies; articles not written in English, Portuguese or Spanish. PEDro scale was used to assess the quality of randomized controlled trials.

Results: 750 studies were identified but only 7 were included in this systematic review. One was a randomized controlled trial, two were clinically controlled trials, and four were not controlled and not randomized. The sample size was small in the few studies reviewed. The randomized controlled trial reviewed found improvements in disease activity, functional capacity, depression and quality of life. Other studies showed improvements in disease activity, functional capacity, quality of life, depression, fall risk, balance and gait parameters. Studies did not find any exacerbation of the disease related with the exercise program.

Conclusions: There is some evidence that proprioceptive exercises are safe and effective in RA. However, to have a stronger body of evidence, there is a need for more studies, mainly randomized controlled trials.

REFERENCES

1. Tierney M, Fraser A, Kennedy N. Physical activity in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Journal of Physical Activity & Health*. 2012;9(7):1036-48.
2. Madsen O, Egsmose C. Associations of isokinetic knee extensor and flexor strength with steroid use and walking ability in women with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*. 2001;20:207-12.
3. Aydo E, Bal A, Aydo S, Cakci A. Evaluation of dynamic postural balance using the Biodex Stability System in rheumatoid arthritis patients. *Clinical Rheumatology*. 2006;25(4):462-7.
4. Çimen O, Deviren S, Yorgancioglu Z. Pulmonary function tests, aerobic capacity, respiratory muscle and endurance of patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*.

2001;20:168–73.

5. Ekdahl C, Broman G. Muscle strength, endurance, and aerobic capacity in rheumatoid arthritis: a comparative study with healthy subjects. *Annals of Rheumatic Disease*. 1992;51:35–40.
6. Hakkinen A, Hannonen P, Hakkinen K. Muscle strength in healthy people and in patients suffering from recent-onset inflammatory arthritis. *British Journal of Rheumatology*. 1995;34(4):355–60.
7. Meireles S, Oliveira L, Andrade M, Silva A, Natour J. Isokinetic evaluation of the knee in patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine*. 2002;69(6):566–73.
8. Cairns A, McVeigh J. A systematic review of the effects of dynamic exercise in rheumatoid arthritis. *Rheumatology International*. 2009;30(2):147–58.
9. Hurkmans E, van der Giesen F, Vlieland T, Schoones J, Van den Ende E. Dynamic exercise programs (aerobic capacity and/or muscle strength training) in patients with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Systematic Review*. 2009;7(4).
10. Hayashibara M, Hagino H, Katagiri H, Okano T, Okada J, Teshima R. Incidence and risk factors of falling in ambulatory patients with rheumatoid arthritis: a prospective 1-year study. *Osteoporosis International*. 2010;21(11):1825–33.
11. Sherrington C, Whitney J, Lord S, Herbert R, Cumming R, Close J. Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008;56:2234–43.

CLP 9 – AMILOIDOSE MACULAR E ARTRITE REUMATÓIDE: COINCIDÊNCIA OU TALVEZ NÃO?

Autor: Tiago Manuel Venâncio Meirinhos¹

1. CHBV - Aveiro

Introdução: A amiloidose é uma doença provocada pelo depósito de proteína amilóide em diferentes órgãos. A amiloidose macular é um tipo raro de amiloidose cutânea primária (ACP) que acomete unicamente a pele. Manifesta-se por regiões hiperpigmentadas maculares, por vezes reticuladas, ocorrendo mais frequentemente na região dorsal, principalmente na região interescapular. Muitas vezes passa despercebida, sendo encarado apenas como um problema estético de importância menor, desvalorizado pelo médico e pelo doente. É mais prevalente no sexo feminino (9:1), e estudos recentes mostram uma incidência aumentada em países mediterrâneos e asiáticos. Embora a sua etiologia não seja conhecida, alguns factores de risco são conhecidos, entre os quais factores genéticos, exposição a luz solar, atopia, fricção local e infecção por vírus EBV; estão também descritas associações com a esclerose sistémica, síndrome CREST, artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistémico, espondilite anquilosante,

tiroidite auto-imune, entre outras. O seu diagnóstico obriga a investigação adicional de forma a descartar depósitos de proteína amilóide noutros órgãos, situação por vezes secundária nos distúrbios auto-imunes.

Relato de caso: Os autores apresentam uma doente de 61 anos, com antecedentes de artrite reumatóide, hipotireoidismo secundário a tiroidite auto-imune e ainda antecedentes de neoplasia da mama, medicada habitualmente com sulfassalazina, prednisolona e levotiroxina. Em consulta de seguimento a doente referiu a presença de alterações pigmentares acastanhadas no dorso, com aumento do reticulado cutâneo, e pruriginosas; sem outra sintomatologia local, com vários anos de evolução, nunca valorizadas anteriormente. Foi referenciada à consulta externa de Dermatologia, onde realizou biopsia cutânea, cuja histologia se revelou compatível com amiloidose macular. Foi feita investigação adicional para outros depósitos de proteína amilóide, estudo esse que foi negativo, tratando portanto de um atingimento exclusivamente cutâneo. Mantém seguimento em consulta externa de Dermatologia, actualmente com melhoria marcada, tendo feito tratamento com corticoterapia tópica e hidratação local.

Discussão/conclusão: A amiloidose macular é uma doença rara, pouco abordada na literatura, nomeadamente em associação com doenças auto-imunes. Um elevado nível de suspeição e valorização das queixas do doente é essencial para um diagnóstico final, apenas conseguido através de biopsia cutânea de área afectada. Perante este diagnóstico, investigação adicional deverá ser feita no sentido de excluir outros locais acometidos por depósitos de proteína amilóide; no caso das doenças auto-imunes, nomeadamente artrite reumatóide, a amiloidose secundária com atingimento cutâneo e de outros órgãos é mais frequente do que amiloidose macular. Estudos adicionais são necessários para estimar a prevalência desta forma de amiloidose cutânea primária, bem como a sua relação com doenças auto-imunes.

CLP 10 – NEM TUDO O QUE ALARGA É HILO!

Autor: Tiago Manuel Venâncio Meirinhos¹

1. CHBV - Aveiro

Introdução: O estudo radiográfico continua a ser um instrumento fundamental em Reumatologia. Sendo certo que a maioria destes exames incide no estudo articular, a radiografia torácica continua a ter um papel

primordial no diagnóstico e seguimento de muitos doentes, uma vez que o pulmão é afectado de diferentes formas nas doenças reumáticas. Nas doenças do tecido conjuntivo, por exemplo, podemos com alguma frequência encontrar alterações na radiografia torácica, nomeadamente a presença de derrame pleural, adenopatias ou até mesmo alterações parenquimatosas. Por outro lado, o uso frequente de fármacos com potencial toxicidade pulmonar, como por exemplo o metotrexato, implica um estudo prévio pulmonar, antes da sua segura introdução. Os autores apresentam dois casos em que a radiografia torácica efectuada durante o processo diagnóstico apresentava alterações pouco frequentes, com alargamento mediastínico.

Relato do caso: Caso clínico 1: Homem de 68 anos, enviado à consulta de reumatologia por suspeita de connectivite por anticorpos antinucleares (ANAs) positivos em título baixo. Referia astenia, artralguas mecânicas nas interfalângicas proximais e acrocianose com alguns anos de evolução. Antecedentes de HTA, DM não insulinotratado, prótese total da anca à direita. Realizou estudo analítico que não revelou alterações relevantes, nomeadamente velocidade de sedimentação (VS) de 6 mm 1^ªh e ANAs por imunofluorescência negativos. A radiografia das mãos revelou alterações degenerativas a nível de interfalângicas proximais e distais. A radiografia torácica apresentava alargamento marcado do hilo direito, tendo sido solicitada investigação adicional com TAC torácica que revelou: «...no mediastino superior e anterior, em latero-desvio esquerdo, formação expansiva sólida, espontaneamente de baixa densidade relativa, discretamente captante, de contornos levemente lobulados, adjacente à crossa aórtica e tronco arterial pulmonar, mantendo fina lâmina adiposa de clivagem entre estas estruturas. Mede 60 x 58 x 37 mm, sugestivo de timoma...». Perante os achados, o doente foi referenciado para Serviço de Cirurgia Cardiorádica (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra) onde foi feita excisão cirúrgica da massa, e o resultado anatomo-patológico confirmou a suspeita de timoma, tipo B1 - predominantemente cortical - tipo linfocítico. Mantém seguimento actual no IPO –Coimbra, onde foi excluída a presença de miastenia gravis concomitante.

Caso clínico 2: mulher de 37anos, enviada à consulta de reumatologia por suspeita de artrite reumatóide. Referia queixas com 9 meses de evolução de poliartrite crónica, simétrica e aditiva de pequenas articulações das mãos (metacarpofalângicas e Interfalângicas proximais), sem sintomas constitucionais associados.

Queixas de dispepsia pouco valorizadas e regurgitação alimentar, por vezes vômitos, frequentes. Ao exame objectivo confirmou-se a presença de artrite e, anatomicamente, apresentava VS elevada (74 mm 1^ªh), ANAs, factor reumatóide e anti-CCP negativos. A radiografia torácica realizada revelou alargamento do mediastino superior. Foi então solicitada TAC torácica que revelou: «... marcada dilatação esofágica em toda a sua extensão, com calibre máximo de 52 mm, abundante conteúdo líquido de estase e nível hidroaéreo, afunilando distalmente com marcada redução do calibre nesta região com aspecto tipo bico de lápis, sem nítidas lesões expansivas, alterações sugestivas de quadro de acalásia...». Perante estes achados, a doente foi referenciada para consulta de Cirurgia Geral – Unidade de Patologia Esófago-Gástrica, para complementar o estudo. Está medicada com prednisolona 7,5 mg id e plaquinol 300 mg id, encontrando-se neste momento sem qualquer queixa articular (DAS 28- 2.7) e com VS de 29 mm 1^ªh.

Discussão/conclusão: Na avaliação cuidadosa de uma radiografia torácica, diferentes tipos de massas mediastínicas podem ser encontradas, em doentes sintomáticos ou assintomáticos. Apesar da sua detecção através de radiografia, perante a suspeita de uma massa mediastínica, o estudo deverá ser complementado com TAC. Os casos apresentados correspondem a dois achados pouco frequentes, cuja associação com doenças reumáticas está pouco estudada. Foram já descritas associações entre timomas e doenças auto-imunes, havendo quem defenda tratar-se de um distúrbio imune único, com diferentes manifestações. Também no caso da acalásia, existem relatos raros de associação com doenças auto-imunes e, segundo alguns autores, a acalásia poderá também corresponder a um processo auto-imune com manifestação local. Os autores apresentam duas situações raras na consulta de Reumatologia, e estudos adicionais são necessários para investigar a associação destas duas patologias com doenças reumáticas.

CLP 11 – RS3PE E CARCINOMA DA PRÓSTATA: UMA ASSOCIAÇÃO FORTUITA?

Autor: Renata Aguiar¹

Co-Autores: Tiago Meirinhos¹; Catarina Ambrósio¹; Anabela Barcelos¹

1. Serviço de Reumatologia - Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

Introdução: A síndrome RS3PE (remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema) consiste numa poliartrite de início súbito, caracterizada por sinovite envolvendo as extremidades distais dos membros superiores e/ou inferiores, com edema marcado da face dorsal das mãos (tipo «luva de boxe») ou pés. Acompanha-se frequentemente de sinais e sintomas sistémicos, com elevação dos reagentes de fase aguda e ausência de fator reumatóide e anti-CCP; no estudo radiológico, não se identificam erosões. A ocorrência da RS3PE surge frequentemente associada a outras condições clínicas, nomeadamente reumatológicas e neoplásicas.

Material e métodos: Os autores apresentam dois casos de doentes com os diagnósticos de RS3PE e de carcinoma prostático.

Resultados: CASO CLÍNICO 1 – Homem, 74 anos, enviado à Consulta de Reumatologia por dor e edema das mãos condicionando marcada incapacidade, com instalação ao longo das duas semanas anteriores, sem traumatismo prévio e sem melhoria após a toma de anti-inflamatórios não esteróides. Mencionava ainda perda ponderal de 2 kgs nesse período e nictúria, sem outros sinais ou sintomas sistémicos. Entre os antecedentes, destacavam-se duas cirurgias prostáticas e hipertensão arterial.

Ao exame objectivo, apresentava edema difuso, com sinal de Godet de ambas as mãos, com tenossinovite dos tendões flexores.

O estudo analítico revelou anemia normocrómica normocítica (hemoglobina 10.6 g/dL), velocidade de sedimentação de 130 mm à 1^ah, proteína C reativa de 15.51 mg/dL e PSA 10.1 ng/mL; fator reumatóide e anti-CCP negativos. O estudo radiológico das mãos demonstrava tumefacção de tecidos moles, sem erosões. Iniciou então prednisolona 20mg/dia.

Foi realizada biopsia prostática, que mostrou adenocarcinoma prostático, tendo o doente sido medicado com terapêutica antiandrogénica.

Houve remissão total das queixas.

CASO CLÍNICO 2 – Doente do sexo masculino, 75 anos. Referenciado à consulta de Reumatologia por apresentar quadro com cerca de dois meses de evolução de poliartralgias simétricas e aditivas, de ritmo inflamatório, envolvendo ombros, cotovelos, punhos, articulações das mãos, coxofemorais e joelhos. Mais tarde, iniciou tumefacção difusa marcada de ambas as mãos, com sinal de Godet, muito incapacitante. Mencionava perda ponderal de cerca de 5 kgs neste período.

Fora medicado com prednisolona 10mg id cerca de

uma semana antes da consulta, com melhoria parcial.

Como antecedentes, referia dislipidémia e HTA; realizara recentemente biopsia prostática por elevação do PSA detetada em análises de rotina, cujo resultado aguardava.

Ao exame objectivo, apresentava exuberante edema doloroso de ambas as mãos, com Godet, mais evidente à esquerda, com clara limitação na flexão e extensão dos dedos; sem artrite evidente em outras localizações.

Analicamente, apresentava anemia normocrómica normocítica (hemoglobina 11.1 g/dL), velocidade de sedimentação 89 mm à 1^ah, proteína C reativa de 15.68 mg/dL, ferritina de 237 ng/mL, PSA de 7.9 ng/dmL, fator reumatóide e anti-CCP negativos; sem outras alterações relevantes.

A radiografia das mãos demonstrava a existência de tumefacção de tecidos moles, com alterações degenerativas em várias interfalângicas, sem erosões.

A biopsia viria a confirmar a existência de um adenocarcinoma prostático, abordado com braquiterapia.

O doente manteve terapêutica com corticóide em baixa dose, com regressão do quadro.

Conclusões: A síndrome RS3PE apresenta uma incidência máxima após os 70 anos, sendo mais frequente em indivíduos do sexo masculino numa razão de 2-4:1. Alguns autores sugerem que a RS3PE e a polimialgia reumática poderão constituir diferentes expressões de um mesmo processo patológico. A RS3PE, contudo, caracteriza-se por uma resposta mais rápida a terapêutica com corticóides em baixa dose, permitindo uma mais célere redução da dose com menor taxa de recorrência. A escassa resposta à corticoterapia deverá levantar a hipótese de um quadroparaneoplásico. De facto, esta síndrome foi descrita em associação com várias neoplasias: gástrica, pancreática, vesical, prostática, pulmonar, do cólon, do endométrio e linfomas não Hodgkin. Nestes casos, o tratamento passa pelo controlo da doença subjacente.

Em ambos os casos apresentados, os diagnósticos de RS3PE e do adenocarcinoma prostático foram praticamente coincidentes no tempo, pelo que a corticoterapia e a terapêutica anti-neoplásica foram síncronas; desta forma, não é possível assegurar a qual delas se deveu a remissão das queixas.

Perante a suspeita de RS3PE, impõe-se a exclusão de outros diagnósticos diferenciais (nomeadamente artrite reumatóide do idoso e polimialgia reumática), bem como de eventuais condições subjacentes, como neoplasias, sarcoidose e outras doenças reumáticas.

CLP 12 – CALCINOSE CUTIS: UM ACHADO POUCO COMUM NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Autor: Renata Aguiar¹

Co-Autores: Tiago Meirinhos¹; Catarina Ambrósio¹; Anabela Barcelos¹

1. Serviço de Reumatologia - Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

Introdução: A calcinose cutis consiste na deposição de cálcio na pele e tecido subcutâneo. De acordo com a sua patogenia, definem-se quatro tipos: distrófica, metastática, iatrogénica ou idiopática. A calcinose distrófica é a mais comum e a mais frequentemente associada a várias doenças do tecido conjuntivo. É mais usual na dermatomiosite, esclerodermia e síndromes de sobreposição, sendo um achado raro no lúpus eritematoso sistémico (LES).

Material e métodos: Os autores apresentam o caso de uma doente com o diagnóstico de LES, com cerca de trinta anos de evolução, e calcinose cútis envolvendo a superfície extensora dos antebraços, região nadegueira e coxas.

Resultados: Doente do sexo feminino, com 67 anos. Diagnóstico de LES há 30 anos, seguida em Consulta de Medicina Interna, com envolvimento cutâneo (fotossensibilidade, rash malar e alopecia), articular (artrite), hematológico (anemia hemolítica e trombocitopenia) e imunológico (presença de anticorpos antinucleares e hipocomplementémia). Mencionava ainda história de fenómeno de Raynaud trifásico envolvendo as mãos, pancreatite aguda alitiásica, tromboflebite, acidente isquémico transitório e lesões cutâneas cicatríciais, bem como calcificações subcutâneas na face extensora dos antebraços, região nadegueira e face posterior das coxas, por vezes sujeitas a ulceração traumática de difícil cicatrização. Negava disfagia, fraqueza muscular ou úlceras das polpas digitais. À data da primeira consulta, apresentava um SLEDAI de 6 e um SLICC de 3.

Referia antecedentes de hipertensão arterial, osteoporose, dislipidémia, osteoartrose axial e periférica.

Estava à data medicada com deflazacorte 6mg id (cumprira corticoterapia em doses irregulares, atingindo um máximo de deflazacorte 90mg id), hidroxiquina 400mg id, alendronato 70mg semanal, carbonato de cálcio 1250mg id, ácido acetilsalicílico 100mg id, omeprazol 20mg id, carvedilol 6.25 mg 2id, espironolactona 25mg id, furosemida 20mg id e pra-

vastatina 20mg id.

O estudo analítico não revelou citopenias; velocidade de sedimentação 13mm à 1ª hora; funções renal e hepática normais; CK normal; balanço fosfocálcico normal; proteinograma eletroforético normal; hipocomplementémia ligeira (C4 9mg/dL); anticorpos antinucleares 1/640, padrão mosqueado, com identificação de antiSSA >240U/mL; proteinúria das 24h 228 mg.

Realizou ecocardiograma transtorácico, que demonstrou fracção de ejeção do ventrículo esquerdo de 60%, com padrão diastólico de relaxamento anómalo, aurícula esquerda ligeiramente aumentada, discreta insuficiência mitral e aórtica, pressão sistólica da artéria pulmonar de 27 mmHg, sem alterações pericárdicas.

A radiografia pulmonar apresentava discreto reforço hilar bilateral, sem outras alterações.

A TC de alta resolução do tórax revelou algumas opacidades reticulares subpleurais dispersas por ambos os lados, mais acentuadas nas bases, de natureza provavelmente residual, sem outras alterações sugestivas de patologia intersticial.

A capilaroscopia mostrou alterações compatíveis com lúpus, sem outras alterações sugestivas de outras patologias.

A radiografia dos cotovelos exibia uma extensa calcinose subcutânea na face extensora dos antebraços; a radiografia da bacia demonstrava alterações idênticas, embora menos exuberantes.

Conclusões: Embora frequente na dermatomiosite e na esclerose sistémica, a calcinose cútis é rara no lúpus eritematoso sistémico. Contudo, estão descritos vários casos de calcinose cútis extensa, envolvendo também os planos musculares, em associação com o LES. Nestes doentes, a calcinose surge em média cerca de 10 anos após o diagnóstico, sendo mais frequente em localizações submetidas a trauma repetido ou como complicação de paniculite lúpica. Geralmente, não coexistem alterações do metabolismo fosfocálcico. Múltiplas complicações podem advir da sua existência: dor, ulceração, infecção secundária, retracção cutânea e atrofia muscular. Vários agentes têm sido utilizados no seu tratamento (bloqueadores dos canais de cálcio, hidróxido de alumínio, varfarina, colchicina, bifosfonatos, minociclina, metotrexato), mas sem uma abordagem padronizada e com resultados pouco consensuais. A terapêutica com laser ou a abordagem cirúrgica podem ser necessárias nos casos mais incapacitantes.

Em face do achado de calcinose cutis, impõe-se a exclusão das patologias a que se encontra mais frequentemente associada, esforço esse envidado no caso des-

te doente, em que a clínica, o estudo analítico (em particular o perfil de autoimunidade), a capilaroscopia e os estudos de imagem permitiram a exclusão de outras patologias, nomeadamente de uma síndrome de sobreposição, configurando um caso raro de calcinose cútis associada ao LES.

CLP 13 – ENVOLVIMENTO AXIAL NA ARTRITE REACTIVA?

Autor: Carlos Costa¹

Co-Autores: Marília Rodrigues¹; Pedro Carvalho¹; Mariana Santiago¹; Jorge Silva¹; Armando Malcata¹; José António Pereira da Silva¹

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A Artrite Reactiva caracteriza-se por uma poliartrite ou oligoartrite aguda, assimétrica e periférica, que é geralmente precedida algumas semanas (2-4) por uma infecção entérica ou genito-urinária. Menos frequentemente pode ocorrer artrite axial (coluna lombar e cervical) e sacroileíte. Ocorre geralmente em adultos jovens. Os principais agentes infecciosos são *Clamídia trachomatis*, *Yersinia*, *Salmonella*, *Shigella* e *Campylobacter*. A cultura do líquido sinovial não detecta microorganismos. A associação ao antigénio HLA-B27 é de 30-50%.

Material e métodos: Homem, 32 anos, com antecedentes de Espondiloartropatia seronegativa HLA-B27 positiva (diagnóstico em 2008 e medicado com diclofenac 50mg SOS) mantendo-se assintomático desde então.

Internado no Serviço de Reumatologia dos CHUC por quadro com 2 meses de evolução, de lombalgia e cervicalgia de ritmo inflamatório, associado a sensação de febre e hipersudorese nocturna intermitentes e parâmetros inflamatórios elevados (VS 70 mm/h; PCR 9.12 mg/dL).

Refere comportamento sexual de risco, tendo apresentado um mês antes do início do quadro actual, corrimento uretral e disúria com resolução espontânea. Nega lesões cutâneas, mucosas ou sintomas gastrointestinais.

Ao exame objectivo: aumento da lordose cervical (tragus-parede 17.5cm), diminuição da mobilidade da coluna lombar (Shober 10 → 13cm) e manobras sacroilíacas positivas.

Analicamente, apresentava elevação dos parâme-

tros inflamatórios, sem leucocitose; anticorpos *Clamídia trachomatis* IgM e IgG positivo (5990 e 78.16 RU/mL, respectivamente); anticorpos VHS1 e VHS2 IgM positivo (1.31); VDRL positivo e RPR 1/32 (positivo); exsudado uretral para *Clamídia trachomatis* foi negativo;

Exames de imagem: Radiografia ântero-posterior da bacia- ligeira esclerose subcondral bilateral, alargamento da entrelinha articular e pequenas erosões à esquerda; radiografia da coluna cervical e lombar- ligeira rectificação dos corpos vertebrais, sem sindesmófitos; RMN SI- sacroileíte bilateral, mais pronunciada à esquerda.

Interpretado o quadro como artrite reactiva a infecção genito-urinária por *Clamídia trachomatis*, com afecção unicamente axial, num doente susceptível (EASN e HLA-B27). Apresenta concomitantemente sífilis latente.

Iniciou tratamento com naproxeno 500mg 2id, doxiciclina 100mg 2id durante 7 dias e benzilpenicilina benzatínica 2,4 milhões de unidades semanais, durante 3 semanas.

À data de alta apresentava melhoria das queixas axiais e diminuição dos parâmetros inflamatórios.

Conclusão: A artrite reactiva por *Clamídia trachomatis* é relativamente frequente em indivíduos jovens, com relações sexuais de risco. O padrão clínico habitual traduz-se numa poliartrite ou oligoartrite assimétrica aguda, contudo em alguns casos pode haver unicamente afecção axial, para a qual temos que estar atentos.

CLP 14 – NEUROPATIA DE PEQUENAS FIBRAS E ESPONDILITE ANQUILOSANTE – ASSOCIAÇÃO FORTUITA?

Autor: Daniela Peixoto¹

Co-Autores: Ana Raposo¹; Marcos Cerqueira¹; Filipa Teixeira¹; Carmo Afonso¹

1. Serviço Reumatologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Ponte de Lima

Introdução: A neuropatia de pequenas fibras é uma polineuropatia que envolve seletivamente fibras de pequeno diâmetro mielinizadas (A-delta) e não mielinizadas (C). Manifesta-se, essencialmente, por um quadro de dor neuropática com hiperalgesia e disestesias, acompanhando-se, frequentemente, de diminuição da sensibilidade tátil e algica, mas com sensibilidade pro-

priocetiva e estudos de condução nervosa preservados.

Tem sido descrita em associação a diversas patologias como a diabetes mellitus, o síndrome metabólico, o hipotireoidismo, o síndrome de Sjögren, lúpus eritematoso sistémico, esclerose sistémica, sarcoidose, psoríase, infeção por VIH ou VHC, entre outras.

A associação com a espondilite anquilosante, pouco descrita na literatura, exige um alto grau de suspeição, podendo ser de diagnóstico particularmente difícil como no caso que se apresenta.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 46 anos de idade, obeso e fumador, seguido na consulta de reumatologia desde 2010, por espondilite anquilosante. Em fevereiro de 2012, solicitou uma observação urgente, por apresentar dor intensa no 1º dedo do pé direito e cianose dos dedos dos pés. Quando questionado, referia, desde há um ano, episódios de disestesias e discreta cianose dos dedos, desencadeados pelo frio, e claudicação intermitente para longas distâncias.

No exame objetivo, confirmamos a presença de importante cianose nos dedos dos pés, bilateralmente, com particular relevância do 1º dedo do pé direito, bem como diminuição da temperatura e dos pulsos periféricos neste pé. Perante este quadro, solicitou-se observação urgente por cirurgia vascular para estudo arterial periférico. O estudo ultrassonográfico e por angio-RM mostrou alterações sugestivas de arteriopatía aterosclerótica condicionando estenose na artéria aorto-iliaca direita e importante redução do fluxo arterial. Foi submetido a intervenção cirúrgica para colocação de stent, tendo havido melhoria da claudicação intermitente. Manteve, no entanto, episódios de dor tipo choque, hiperalgesia, disestesias e cianose dos dedos, desencadeados pelo frio. O exame neurológico revelava apenas diminuição da sensibilidade tátil e algica na face dorsal e dedos do pé direito. Nesta altura e, após discussão do caso clínico com a neurologia, colocou-se a hipótese de se tratar de uma neuropatia, com envolvimento de pequenas fibras sensitivas. Realizou a EMG convencional dos membros inferiores que não mostrou alterações e apenas a EMG com teste sensitivo quantitativo (QST) confirmou este diagnóstico.

Discussão e Conclusão: Num doente de 46 anos de idade, com vários fatores de risco cardiovascular, uma história de claudicação intermitente e de episódios de dor e cianose nos membros inferiores terá como causa mais provável uma doença arterial periférica que, no caso apresentado, se confirmou. No entanto, quando se associam outras patologias ou quando sintomas, não específicos, persistem, depois de um tratamento

adequado, como aconteceu no caso descrito, a possibilidade de outras causas, não deve ser descurada.

Neste caso, a persistência de dor de características neuropáticas fez com que se considerassem outras hipóteses, em particular, um eventual envolvimento neurológico no contexto da espondilite anquilosante. O exame neurológico e a EMG foram normais, tornando pouco provável a hipótese de neuropatia periférica com envolvimento de fibras nervosas de grande diâmetro. No entanto, não ficou excluída a possibilidade de envolvimento de pequenas fibras, uma vez que, nestas situações, o estudo eletrofisiológico convencional é pouco informativo. Assim, na suspeita de neuropatia de pequenas fibras deve ser realizada EMG com QST que, neste caso confirmou o diagnóstico, ou uma biópsia cutânea que mostrará diminuição da densidade das fibras nervosas, principalmente das pequenas fibras na epiderme.

Embora a sua etiopatogenia não esteja totalmente esclarecida, alguns estudos sugerem que as citocinas pró-inflamatórias possam desempenhar um importante papel no seu desenvolvimento, justificando-se, assim, a sua associação a várias patologias inflamatórias sistémicas, como no caso apresentado.

CLP 15 – POLIMIALGIA REUMÁTICA E ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES LADO A LADO

Autor: Carlos Costa¹

Co-Autores: Pedro Carvalho¹; Marília Rodrigues¹; Mariana Santiago¹; Jorge Silva¹; Armando Malcata¹; José António Pereira da Silva¹

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A Polimialgia Reumática (PMR) e a Arterite de Células Gigantes (ACG) são condições associadas que afectam principalmente indivíduos idosos.

A PMR é uma patologia inflamatória caracterizada por rigidez matinal e dor de ritmo inflamatório nas cinturas escapular e pélvica e também da região cervical e lombar.

A ACG é uma vasculite de vasos de grande calibre, com predisposição especial para as artérias cranianas do arco aórtico, fundamentalmente ramos da carótida externa. Manifesta-se predominantemente com cefaleia, alterações visuais e claudicação masticatória.

A PMR está presente em 50% dos doentes com ACG, enquanto que 15% dos doentes com PMR apre-

sentam ACG. A complicação mais temida da ACG é a amaurose irreversível.

Resultados e métodos: Mulher, 83 anos, autónoma, que recorreu ao Serviço de Urgência do CHUC em Fevereiro de 2013 por apresentar cefaleia holocraniana persistente, parestesias no couro cabeludo, diminuição da acuidade visual, astenia, mal-estar e febre, com 1 semana de evolução. Referia dor de ritmo inflamatório e rigidez matinal localizada à cintura escapular, com dificuldade para a realização das actividades da vida diária e o auto-cuidado. Negava claudicação masticatória, amaurose fugaz, diplopia ou disfagia.

Em Novembro de 2012 havia-lhe sido diagnosticada PMR e instaurada corticoterapia com prednisolona 7.5mg/dia. Por iniciativa própria, abandonou esta terapêutica e o seguimento no seu médico ao fim de 3 semanas.

Ao exame objectivo apresentava cordões vasculares temporais palpáveis e dolorosos; limitação e dor à abdução activa dos ombros.

Analicamente apresentava anemia normocítica e normocrómica (Hb 11.3 g/dL), elevação dos parâmetros inflamatórios (VS 96 mm/h; PCR 33.57mg/dL). O estudo ecográfico não revelou sinais sugestivos de arterite no território vascular da carótida externa nem no da porção extra-craniana da artéria vertebral. Sem sinais de neuropatia isquémica ao exame oftalmológico.

Por suspeita de arterite de células gigantes iniciou-se de imediato prednisolona 1mg/Kg/dia. Ao 2º dia de corticoterapia realizou-se biopsia da artéria temporal esquerda, cujo exame histológico permitiu confirmar este diagnóstico.

À data de alta apresentava boa evolução clínica com diminuição significativa dos parâmetros inflamatórios.

Conclusão: A ACG é uma emergência médica, exigindo um diagnóstico e uma intervenção terapêutica célere. A ACG deve ser considerada perante manifestações típicas e em doentes com PMR com má resposta a doses baixas/moderadas de corticóides ou que mantenham parâmetros inflamatórios elevados. É necessário enfatizar, junto de um doente com PMR, a importância da terapêutica crónica com corticóides.

CLP 16 – SÍNDROMA DERMATOMIOSITE-LIKE EM DOENTE COM AGAMAGLOBULINÉMIA LIGADA AO CROMOSSOMA X. UM CASO DE SUCESSO TERAPÊUTICO

Autor: Pedro Carvalho¹

Co-Autores: Raquel Gomes²; Carlos Costa¹; Marília Rodrigues¹; Maria João Salvador¹; Armando Malcata¹; José António Pereira da Silva¹
Instituições: 1SRCHUC; 2SIACHUC

As imunodeficiências primárias englobam mais de 250 diferentes entidades patológicas. A agamaglobulinémia ligada ao X (ALX) é uma imunodeficiência humoral primária devida a defeitos numa molécula de transdução de sinal - a tirosinacina de Bruton, que é expressa em todos os estágios da linhagem celular B CD19+. A ALX caracteriza-se por hipoplasia linfóide, ausência quase completa de linfócitos B CD19+ no sangue periférico, hipogamaglobulinémia grave que leva a deficiência de anticorpos e, assim, a maior susceptibilidade para infecções. As manifestações clínicas mais comuns são as infecções crónicas recorrentes (por bactérias piogénicas capsuladas, vírus, fungos e parasitas). Mais raramente, algumas neoplasias, hipoacúsia neurossensorial e distúrbios auto-imunes foram associados à ALX. Em 1956, Janeway et al. descreveram uma síndrome cutânea e muscular semelhante à dermatomiosite, e frequentemente chamado síndrome dermatomiosite-like, em doentes com agamaglobulinémia. Tipicamente os doentes apresentam-se com eritema, edema e espessamento cutâneo, fraqueza muscular e contracturas em flexão das extremidades. Esta entidade rara foi descrita como sendo letal e como sendo frequentemente acompanhada por manifestações do SNC, com infecção persistente por um echovírus. Esta associação sugere que a síndrome seja uma manifestação de uma infecção vírica num doente imunocomprometido.

Descrevemos o caso dum doente do sexo masculino, de 27 anos, com ALX com história de xerofthalmia, diminuição da acuidade visual, conjuntivites de repetição, várias cáries dentárias, função pulmonar comprometida (FEV1 = 38.4% e uma relação CPT/FEV1 de 51.3), bronquiectasias cilíndricas com colonização por *Haemophilus influenzae*; pansinusite, esofagite péptica, infecção gastrointestinal por *Giardia lamblia*, doença de Frieberg e baixo peso e estatura. Apresentava também hipoacúsia neurossensorial com agravamento progressivo, estando a aguardar colocação de prótese auditiva. O doente deu entrada no nosso serviço para avaliação de quadro de poliartrite simétrica, crónica (com 5 anos de evolução), persistente; diminuição da força muscular proximal nos membros superiores e inferiores e queixas de parestesias em ambos os pés nos últimos 2 anos. Durante o internamento apareceram

também queixas de fasciculações, observadas principalmente no membro inferior direito (após realização de electromiograma nesse mesmo membro inferior). Tendo em conta o resultado desse exame, da biópsia muscular e na presença de lesões cutâneas eritematosas nas segundas, terceiras e quartas metacarpofalângicas bilateralmente estabeleceu-se o diagnóstico clínico de dermatomiosite. Foi então submetido a 6 ciclos de tratamento com imunoglobulina humana (400 mg/kg durante 5 dias a cada mês) com introdução gradual de terapêutica com metotrexato. O doente respondeu muito favoravelmente, com resolução completa do quadro articular, das parestesias e fasciculações e com melhoria significativa da perda de força muscular proximal (escala funcional das miosites passou de 19 em 30 para 28 em 30). Actualmente encontra-se a fazer metotrexato 15 mg/semana e imunoglobulina em doses de reposição no serviço de Imunoalergologia (no contexto da ALX).

A abordagem de entidades tão raras como esta exige da parte do reumatologista um esforço de actualização do conhecimento, pois, para poder diagnosticá-las é necessário conhecê-las, e para as poder tratar foi necessário usar terapêuticas não convencionais ou protocoladas. Neste caso o esforço permitiu-nos melhor significativamente a qualidade de vida deste doente, que sofre de uma síndrome descrita como fatal. No entanto, o nosso doente não está fora de um prognóstico reservado. A evolução da sua situação clínica é imprevisível e as opções terapêuticas que dispomos são limitadas. Não temos conhecimento de casos semelhantes descritos, que tenham atingido este estadió da doença.

CLP 17 – SARCOIDOSE – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS DE DIAGNÓSTICO IMPROVÁVEL À ADMISSÃO

Autor: Marcos Cerqueira¹

Co-Autores: Ana Raposo¹; Daniela Peixoto¹; Filipa Teixeira¹; Mónica Bogas¹; Carmo Afonso¹; José António Costa¹

1. Serviço de Reumatologia, ULSAM, Ponte de Lima

Introdução: A Sarcoidose é uma doença granulomatosa de etiopatogenia não bem esclarecida, com afectação predominantemente pulmonar mas frequentemente multiorgânica. Esta patologia faz frequentemente parte do diagnóstico diferencial nos doentes observados em Reumatologia dadas as queixas articu-

lares que podem fazer parte do espectro de manifestações. São relatados dois casos clínicos que, pela apresentação à admissão, tornavam este diagnóstico pouco provável.

Caso clínico 1: doente do sexo feminino, de 30 anos de idade, que se apresentou na consulta de Reumatologia com oligoartrite dos tornozelos de ritmo misto, tosse seca vespertina esporádica, febre, sopro sistólico no foco tricúspide e lesões cutâneas máculo-papulares em membros superiores, região do decote e face, com menos de um mês de evolução; durante o internamento apresentou ainda lesões compatíveis com eritema nodoso, e picos febris, o mais alto com 39°C. Apresentava analiticamente anemia normocítica e normocrômica (10.5 g/dL), leucocitose (14630 x10⁹/L), Velocidade de Sedimentação (VS) de 105 mm/1^ah e Proteína C Reactiva (PCR) de 21.09 mg/dL, e elevação da Fosfatase Alcalina. Foi realizada pesquisa de serologias bacterianas e víricas, excluída infecção micobacteriológica, e foi despistada endocardite. As provas funcionais respiratórias mostraram Síndrome restritivo ligeiro e diminuição da capacidade de difusão do monóxido de carbono. O TC Tórácico evidenciou adenopatias e envolvimento intersticial sugestivos de Sarcoidose; realizou broncofibroscopia com Lavado Bronco-Alveolar, e estudo citológico com razão CD4/CD8 de 11.2 que, associado a um quadro sugestivo de Síndrome de Löfgren, tornou o diagnóstico de sarcoidose muito provável. A artrite nos tornozelos resolveu com apenas alguns dias de Naproxeno; a doente foi orientada para consulta de Pneumologia, onde se optou por não instituir terapêutica; passados 3 meses, verificou-se regressão dos sintomas articulares e das lesões cutâneas, sem qualquer sintomatologia de novo e normalização das alterações analíticas.

Caso clínico 2: doente do sexo feminino de 49 anos de idade, referenciada a consulta de Reumatologia por queixas de xerostomia e xerofthalmia com vários meses de evolução, além de poliartralgias de ritmo inespecífico envolvendo cotovelos, punhos, MCF e IFP das mãos, e joelhos desde há vários anos; apresentava também historial de ser seguida em consulta de especialidade hospitalar entre 2007 e 2010 por elevação dos valores de enzimas de lesão hepática, sem etiologia esclarecida. O estudo imunológico com ANA, antiSSA e antiSSB foi negativo; o teste de Shirmmer foi normal. A ecografia das glândulas parótidas e submandibulares mostrou aspeto ligeiramente globoso e heterogeneidade estrutural difusa do parênquima das mesmas. A TC de Tórax mostrou sinais de patologia intersticial e ade-

nopatias, sugestiva de Sarcoidose, e a Enzima Conversora de Angiotensina mostrou-se elevada (194.8 UI/L). O diagnóstico foi confirmado através de realização de biópsia transbrônquica, com a confirmação histológica de processo granulomatoso não necrotizante. Foi orientada para consulta de Pneumologia, tendo optado por, de momento, não iniciar qualquer outra terapêutica.

Discussão e conclusão: no primeiro caso, o diagnóstico era improvável porque a afectação cutânea com lesões máculo-papulares faz parte do espectro de manifestações clínicas da doença, mas é incomum; a elevação dos parâmetros inflamatórios de VS e PCR são habitualmente mais ténues e é infrequente haver afectação hematológica com anemia. O segundo caso clínico fazia levantar inicialmente a suspeita de S. Sjögren; a afectação glandular faz parte das possíveis manifestações extrapulmonares da Sarcoidose mas, além de ser pouco frequente, raramente é manifestação preponderante da doença. Com estes casos os autores procuram chamar a atenção para a necessidade de um alto grau de suspeita para a realização de alguns diagnósticos com manifestações menos típicas.

CLP 18 – POLIMIALGIA REUMÁTICA E POLINEUROPATIA DESMIELINIZANTE

Autor: Marcos Cerqueira¹

Co-Autores: Ana Raposo¹; Daniela Peixoto¹; Filipa Teixeira¹; Mónica Bogas¹; Carmo Afonso¹; José António Costa¹

1. Serviço de Reumatologia, ULSAM, Ponte de Lima

Introdução: A Polimialgia Reumática (PMR) é uma doença relativamente comum na prática de um serviço de Reumatologia. Caracterizada por dor e rigidez das cinturas escapular e pélvica, pode levar a uma incapacidade funcional marcada. É apresentado o caso clínico de um doente com diagnóstico prévio de PMR, que havia sido tratado com corticoterapia durante 2 anos, tendo sido observado novamente em consulta de Reumatologia com incapacidade motora progressiva dos 4 membros com alguns meses de evolução.

Caso clínico: doente do sexo masculino, de 79 anos de idade, que havia sido diagnosticado de PMR durante um internamento em maio de 2011. Iniciou nessa altura terapêutica com Prednisolona 20mg/dia, com rápida melhoria da sintomatologia ainda antes da alta do internamento, e posteriores doses decrescentes duran-

te 2 anos, até abril de 2013. Durante este espaço de tempo, foi diagnosticado Adenocarcinoma da Próstata, tendo iniciado terapêutica com Triptorelina, e Epilepsia, de provável etiologia vascular, estando medicado com Ácido Valproico. Perdeu o seguimento em consulta de reumatologia em dezembro de 2012, e foi novamente observado em setembro de 2013 com incapacidade funcional marcada dos 4 membros de evolução insidiosa e agravamento ao longo dos 4 meses anteriores, com relação temporal com o fim da corticoterapia. Objectivamente apresentava parésia grau II no membro inferior esquerdo, grau III no membro inferior direito, grau III no membro superior esquerdo e grau IV no membro superior direito, hemianopsia esquerda, diminuição da sensibilidade tátil e dolorosa nos 4 membros, e diminuição dos reflexos osteo-tendinosos; não apresentava queixas de dor em repouso na região das cinturas pélvicas ou escapular. Analiticamente apresentava anemia normocítica e normocrômica (10.6g/dL), Velocidade de Sedimentação de 60mm/1^ah e Proteína C Reactiva de 7.25mg/dL. Foi realizado reestadiamento da neoplasia, que não mostrou sinais de metastização. Fez RM Cranio-encefálica, que mostrou sinais sequelares de enfarte em território profundo da artéria cerebral média direita; considerou-se que esse resultado justificaria que os défices motores fossem ligeiramente mais acentuados nos membros esquerdos, mas não seria suficiente para a toda a incapacidade evidenciada e a hiporreflexia. Foi então solicitado electromiografia dos 4 membros, que mostrou atrasos de condução compatíveis com uma polineuropatia desmielinizante subaguda/crónica. Os estudos eletromiográficos realizados em 2011 eram normais. O doente foi referenciado a consulta de Neurologia para avaliação e tratamento.

Discussão e conclusão: A PMR é um diagnóstico clínico e de exclusão; a reagudização da doença após 24 meses de corticoterapia não é frequente, mas pode suceder. Este caso clínico reforça a importância de fazer um diagnóstico diferencial cuidado da doença, passando por um exame objectivo completo e meticoloso, incluindo a exclusão de doenças neuromusculares.

CLP 19 – O OLHAR DA FISIATRIA NA TENOSSINOVITE DE QUERVAIN

Autor: César Lima e Sá¹

Co-Autores: Carlos Rodrigues²; Rui Vaz¹

1. Centro Hospitalar do Alto Ave

2. Centro Hospitalar de Trás-os-montes e Alto Douro

Introdução: A tenossinovite de Quervain refere-se à inflamação por aprisionamento dos tendões do longo abductor do polegar e do curto extensor do polegar no primeiro compartimento dorsal.

Esta é a lesão de «overuse» mais comum do punho, ocorrendo mais frequentemente em mulheres entre os 30 e os 50 anos de idade. Esta entidade resulta de movimentos frequentes de preensão palmar associada a desvio cubital do punho, mas pode ainda estar associada a outros estados e patologias como a gravidez, trauma directo e doença sistémicas como a artrite reumatóide e doenças de deposição de cálcio. Na ausência de tratamento atempado e dirigido esta patologia pode progredir para fibrose e perda de flexibilidade tendinosa (tenossinovite estenosante).

O diagnóstico é eminentemente clínico, com uma história característica de dor no primeiro compartimento dorsal do punho na execução das actividades da vida diária acompanhada habitualmente de dor local na porção distal da apófise estilóide radial, adjacente ao tendão do longo abductor do polegar, dor na extensão e abdução isométrica do polegar e no estiramento passivo dos tendões do longo abductor e do curto extensor do polegar em flexão (manobra de Finkelstein). O diagnóstico diferencial deve ser feito com outras patologias que afectam esta região anatómica nomeadamente, rizartrorse, fractura do escafoide, fractura de chauffeur, tendinite dos extensores do punho e mononeuropatia do nervo radial.

O objectivo desta revisão bibliográfica foi definir um protocolo de tratamento fisiátrico para a tenossinovite de Quervain.

Material e métodos: Foram efectuadas pesquisas nas bases de dados Medline e Cochrane Library e seleccionados os artigos escritos em língua inglesa com relevância para os objectivos propostos.

Resultados: O objectivo do tratamento fisiátrico é redução da inflamação local prevenindo a formação de adesões, retracções tendinosas e tendinites recorrentes, permitindo readquirir a funcionalidade pré-mórbida.

Na abordagem inicial o doente deve utilizar uma ortótese de imobilização dos tendões do primeiro compartimento dorsal, sendo preconizado 15 a 20° de extensão do punho e o polegar em 30° de abdução. O doente deverá utilizar a ortótese durante 6 a 8 semanas, das quais nas duas primeiras deve ser utilizada durante 24 horas por dia e posteriormente apenas em período

do nocturno. Nesta fase a analgesia deve ser realizada com recurso a anti-inflamatórios não esteróides, aplicação de crioterapia dinâmica e/ou iontoforese com hidrocortisona a 10%. São desaconselhadas as actividades que envolvam a preensão palmar e a flexão activa/sustentada da primeira articulação interfalângica.

Habitualmente a partir das 3ª ou 4ª semanas, quando os sinais e sintomas de tenossinovite activa foram resolvidos, devem-se iniciar exercícios de estiramento dos tendões extensores e abdutores do polegar, mobilizações articulares da primeira articulação metacarpofalângica, treino proprioceptivo e terapia ocupacional.

A infiltração local de glucocorticóides na bainha do primeiro compartimento dorsal está indicada se a dor e/ou o edema persistir mais de 6 semanas. Este procedimento poder ser repetido após 4 semanas se não houver uma redução significativa dos sintomas.

A referenciação cirúrgica só deve ser feita em doentes com sintomas persistentes ou recorrentes após duas infiltrações no decurso de um ano.

Conclusão: Mais de 90% dos doentes apresentam uma resolução do quadro quando submetidos a tratamento fisiátrico atempado, retomando as suas actividades de vida diária a partir da 3ª semana.

CLP 20 – ESPONDILODISCITE COMPLICADA

Autor: Lidia Teixeira¹

Co-Autores: Mário de Castro Soares¹

Instituições: 1Hospital Garcia de Orta

Espondilodiscite é uma causa rara de lombalgia no adulto, tem uma evolução insidiosa e é causada mais frequentemente por *Staphylococcus aureus*, transmitido principalmente por via hematogénea.

A seguir apresenta-se caso clínico de um doente com espondilodiscite complicada por abscesso epidural e da musculatura para-vertebral, com sequelas motoras.

Trata-se de um doente de 44 anos, obeso, com antecedentes de laminectomia e flavectomia entre L4-L5, cinco anos antes, que recorre ao Serviço de Urgência por quadro de febre, sinais inflamatórios no membro superior direita, lombalgia direita, parestesias e paraparesia dos membros inferiores. À entrada apresentava-se em choque séptico, com alterações compatíveis com celulite do membro superior direito, confirmando-se a paraparesia (força grau 3 nos membros inferiores). Nos exames complementares de diagnóstico destaca-se elevação dos parâmetros de inflamação e iso-

lamento em urocultura e hemoculturas de *Staphylococcus aureus*. Da investigação da lombalgia, conclui-se a existência de extenso processo de espondilodiscite com edema de L3-S1, abscessos intra-ósseos, abscessos do músculo psoas-iliaco direito e da musculatura retrovertebral adjacente a L4-L5, bem como empiema epidural a nível de L5-S1. Não havendo indicação cirúrgica, manteve-se antibioterapia com Flucloxacilina e Gentamicina, observando-se melhoria lenta do quadro clínico.

Teve alta com seguimento em consulta de Medicina Interna e Medicina Física e reabilitação.

A intervenção da medicina física e de reabilitação teve como principal objectivo numa fase inicial prevenir as consequências da imobilização, e numa fase posterior ajudar o doente a recuperar o ortostatismo e melhorar o seu prognóstico funcional. Foi proposto um programa de reabilitação como o intuito de promover o fortalecimento da massa muscular dos membros inferiores com especial ênfase no lado direito, treino de verticalização e reeducação para a marcha autónoma. Objectivaram-se ganhos na sua capacidade funcional, um melhor equilíbrio ortostático e ganho de força muscular, contribuindo assim para uma melhoria do seu quadro clínico.

Os autores salientam a exuberância e extensão do processo infeccioso, bem como a necessidade de articulação entre várias especialidades para o correcto tratamento do doente.

CLP 21 – ADOLESCENTE COM SAPHO REFRACTÁRIO – IMPLICAÇÕES BIO-PSICO-SOCIAIS

Autor: Vasco C Romão¹

Co-Autores: Maria João Gonçalves¹; Sílvia Freira²; Helena Fonseca²; Filipa Ramos¹; João Eurico Fonseca¹

Instituições: 1Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas - Hospital de Santa Maria; 2Departamento de Pediatria - Hospital de Santa Maria

Introdução: A síndrome de SAPHO – Sinovite, Acne, Pustulose, Hiperostose, Osteíte – é uma entidade clínica caracterizada por um processo de osteíte e hiperostose assépticas, envolvendo primariamente a parede torácica anterior, associado ou não a outras manifestações osteoarticulares e cutâneas de espectro e gravidade variável. É uma patologia rara (40 casos/100,000), que pode surgir em qualquer idade, sendo

mais frequente em crianças e adultos jovens ou de meia-idade. O reconhecimento e diagnóstico precoce são essenciais para evitar incapacidade e morbilidade e instituir terapêutica eficaz rapidamente.

Material e métodos: Descrevemos o caso clínico de um adolescente acompanhado nas Consultas de Reumatologia Pediátrica e de Medicina do Adolescente com um quadro de SAPHO de difícil controlo.

Resultados: Adolescente do sexo masculino, 13 anos, com queixas de rigidez matinal dos joelhos e pequenas articulações das mãos com cerca de 2 anos de evolução, sem episódios de tumefacção articular. Aos 12 anos inicia quadro de acne da face e tronco, extenso e persistente. Enviado à Consulta de Reumatologia Pediátrica por agravamento franco das queixas articulares, com dor localizada às articulações esterno-costo-claviculares, esterno-costais e anca esquerda, associada a febre recorrente de 38.5-39.0°C. Ao exame objectivo apresentava lesões cutâneas exuberantes a nível da face, pescoço e região escapular, compatíveis com acne conglobata, rigidez e limitação marcada da mobilidade da coluna cervical e lombar, dor intensa à palpação das clavículas e articulações esterno-costo-claviculares e esterno-costais, bem como pressão dolorosa sugestiva de entesopatia a nível dos troquiteres, epicôndilos, crista ilíaca, joelhos, tendão de Aquiles e fâscia plantar. A avaliação em escala visual analógica (EVA) global do doente era de 60/100. A avaliação laboratorial revelou leucocitose 14,830/ μ L, neutrofilia 72.1%, velocidade de sedimentação 59mm/1^ahora, proteína C-reactiva 3.34mg/dL, sem anemia ou alterações da função renal ou hepática. As hemoculturas, anticorpos anti-nucleares e anti-péptido citrulinado, factor reumatóide e serologias para VIH, hepatite B e hepatite C foram negativos. A radiografia da bacia revelou imagem de esclerose óssea acetabular bilateral compatível com hiperostose/osteíte e apagamento e diminuição da interlinha articular das sacroilíacas, não existindo outras alterações na radiografia de tórax, mãos, joelhos e coluna cervical. A cintigrafia óssea revelou hiperfixação a nível dos ombros, joelho esquerdo, articulações esterno-costo-claviculares e condro-externais e vertente anterior das cristas ilíacas. A ecografia das articulações esterno-costo-claviculares identificou sinovite ligeira bilateral. Foi assim estabelecido o diagnóstico de Síndrome de SAPHO. Iniciou terapêutica com anti-inflamatórios não esteróides e prednisolona 10-15mg/dia, com melhoria das queixas articulares. Foi igualmente introduzida isotretinoína para controlo do quadro cutâneo, suspensa após hepatotoxicidade se-

cundária a associação com metotrexato. Quatro meses após o início do seguimento, o doente apresenta-se melhorado, com descida da EVA para 20/100, mas mantém dores articulares recorrentes, lesões de acne conglobata extensas, e posterior instalação de perturbação depressiva com necessidade de apoio psicoterapêutico e intervenção farmacológica antidepressiva. Pondera-se actualmente o início de terapêutica com antagonistas do factor de necrose tumoral (TNF) para melhor controlo da doença.

Conclusões: A síndrome de SAPHO é uma entidade subdiagnosticada, que pode atingir crianças e adolescentes, com importantes consequências físicas e psicológicas. O controlo dos sintomas articulares e cutâneos pode ser difícil de atingir e potencialmente agravado pelos efeitos adversos da terapêutica. O acompanhamento continuado e multidisciplinar destes doentes é essencial até à estabilização da doença. Os anti-TNF podem ser alternativas terapêuticas nos casos refractários.

CLP 22 – LIPOMA INTERMUSCULAR DA MÃO: UM CASO CLÍNICO RARO.

Autor: Ana Raposo¹

Co-Autores: Marcos Cerqueira¹; Mónica Bogas¹

1. Serviço de Reumatologia, ULSAM, Ponte de Lima

Introdução: Os lipomas constituem os tumores benignos dos tecidos moles mais comuns, no entanto a sua apresentação na mão é infrequente. Os lipomas intermusculares e intramusculares são raros, representando apenas 1% dos lipomas. Podem representar um desafio diagnóstico, pois dependendo da localização podem simular clinicamente sinovite, tenossinovite, nódulos reumatóides, tumores malignos, ou ainda provocar uma neuropatia por compressão pelo efeito de massa sem serem propriamente visíveis.

A maioria dos lipomas são assintomáticos, de crescimento insidioso. Quando surgem na mão tornam-se, geralmente clinicamente relevantes, por apresentação inestética ou condicionar limitação funcional.

Material e métodos: Os autores apresentam o caso clínico de uma doente referenciada à consulta por dor e limitação funcional do polegar da mão direita sendo colocada no diagnóstico diferencial a hipótese de rizartrorse ou tendinite de De Quervain.

Resultados: Doente do sexo feminino, 62 anos de idade, com quadro clínico com um ano de evolução caracterizado por dor, hipostesia da região tenar e limi-

tação da flexão do polegar da mão direita, traduzida por dificuldade relevante na preensão de objetos. Ao exame objetivo parecia haver tumefação difusa de toda a eminência tenar, sem outros sinais inflamatórios, a condicionar limitação da flexão e oponência do polegar. Eram negados traumatismo local ou sinais sugestivos de infeção prévia.

Na ecografia efetuada na consulta visualizou-se imagem nodular, bem delimitada, discretamente hiperecogénica intermuscular na eminência tenar da mão direita. Para esclarecimento diagnóstico foi pedida ressonância magnética da mão que evidenciou lesão compatível com lipoma intermuscular situado entre o músculo abductor curto do polegar e os músculos opoente do polegar e flexor curto do polegar, de sinal paralelo ao da gordura subcutânea em todas as sequências, com morfologia ovóide e tamanho de 35x25x14mm.

A doente foi referenciada para ressecção cirúrgica da massa, confirmando o exame histopatológico da peça cirúrgica o diagnóstico de lipoma, sem sinais de malignidade. Serão apresentadas imagens da ecografia, ressonância magnética e peça cirúrgica.

Conclusão: Os tumores da palma da mão são raros, constituindo uma pequena percentagem, tumores originários dos adipócitos como os lipomas, fibrolipomas, angioliomas, lipoblastomas e harmatomas fibrolipomatosos.

Relativamente aos exames de imagem, a ecografia permite facilmente visualizar a lesão, a sua dimensão e eventual conflito com estruturas adjacentes. No entanto, a ressonância magnética permite avaliar com maior acuidade o tipo de tecido e sinais de malignidade.

Uma atitude expectante é lícita na abordagem dos lipomas da mão, pois a transformação maligna é extremamente limitada, estando indicada a ressecção cirúrgica quando há limitação mecânica, aparência inestética ou sintomatologia secundária por compressão.

CLP 23 – TENDINOPATIA DO FLEXOR RADIAL DO CARPO: ACHADOS IMAGIOLÓGICOS E ETIOLOGIA ASSOCIADA.

Autor: Ana Raposo¹

Co-Autores: Marcos Cerqueira¹; Mónica Bogas¹

1. Serviço de Reumatologia, ULSAM, Ponte de Lima

Introdução: A dor e limitação funcional referida à mão ou punho constituem uma causa frequente de consul-

ta de reumatologia. Clinicamente é possível identificar várias entidades clínicas no diagnóstico diferencial. A tendinopatia do flexor radial do carpo é uma causa incomum de dor na face palmar do punho, pouco reconhecida e muitas vezes confundida como rizartrose ou tendinite de De Quervain. Esta tendinopatia pode ser causada por microtraumatismos repetidos/overuse ou ser secundária a alterações da morfologia distal do rádio, artrose escafo-trapezo-trapezoideia ou trapezo-metacarpiana.

Material e métodos: Os autores apresentam três casos clínicos de doentes com tendinopatia do flexor radial do carpo (FRC). Descreve-se o quadro clínico e apresentam-se as alterações imagiológicas associadas.

Resultados: Três doentes: dois homens (70 e 61 anos), sem doença reumática inflamatória conhecida e uma mulher (53 anos) com esclerose sistémica com esclerodermia limitada. Nos três casos clínicos a dor era referida ao bordo radial da face palmar do punho e intensificava-se com a pronação e com a flexão palmar contra-resistência. A palpação local sobre o tendão do flexor radial do carpo, imediatamente proximal ao tubérculo do escafoide despertava a dor. Na ecografia, em todos, era evidente o espessamento do tendão e irregularidades corticais na inserção por entesopatia; num dos casos havia distensão da bainha do tendão.

Dois doentes apresentavam tendinopatia do flexor radial do carpo de forma isolada e um tinha também sinais de tenossinovite exuberante do compartimento extensor composto pelo longo abdutor e curto extensor do polegar (tendinopatia de De Quervain associada).

Sinais radiográficos de rizartrose e artrose trapezo-escafoideia foram identificados em dois doentes apesar de clinicamente não haver sintomatologia associada. Na doente com esclerose sistémica não se encontraram outras alterações para além do compromisso concomitante do primeiro compartimento extensor traduzido por tenossinovite.

Dos tratamentos fizeram parte a terapêutica com AINE per os, infiltração da bainha do FRC e infiltração da articulação trapezo-metacarpiana e fisioterapia.

As imagens ecográficas e radiográficas serão apresentadas.

Conclusão: Em conjunto com a história e o exame físico, os métodos auxiliares de imagem são de extrema importância para o estreitamento dos diagnósticos diferenciais dos quadros dolorosos da face palmar e bordo radial do punho. Várias são as etiologias responsáveis por dor nesta localização, constituindo a tendinopatia do FRC uma causa muito menos comum.

Num doente com dor ou tumefação da face palmar punho em que são identificadas alterações radiográficas envolvendo o rádio distal, das articulações escafo-trapezo-trapezoideia ou trapezo-metacarpiana, deverá pensar-se na tendinopatia do FRC associada. A relação anatómica e funcional deste tendão com estes ossos do carpo explica que a patologia envolvendo estas estruturas possam comprometer este tendão sob a forma de tenossinovite, tendinopatia ou mesmo rutura do tendão.

A ecografia e eventualmente a TC e RMN são métodos de imagem úteis complementares no diagnóstico desta tendinopatia.

A importância da diferenciação entre os tipos de lesão decorre das diferentes estratégias utilizadas no tratamento e do posterior sucesso terapêutico.

CLP 24 – TROMBOEMBOLISMO PULMONAR – À PROCURA DE UM DIAGNÓSTICO

Autor: Gisela Eugénio¹

Co-Autores: João Pedro Tavares¹; Vera Romão¹; Manuel Gomes¹; Suzana Calretas¹; Teresa Vaio¹; Cátia Duarte¹; Rui Santos¹

1. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A Doença de Behçet (DB) é uma patologia inflamatória e multissistémica, com comportamento crónico e recidivante. Histopatogenicamente, caracteriza-se pela presença de vasculite e formação de trombos vasculares. Não apresenta sinais clínicos ou laboratoriais patognómicos, sendo a manifestação clínica mais comum a presença de aftas mucocutâneas dolorosas recorrentes. Contudo, é o atingimento vascular, ocular e/ou neurológico, que determina a gravidade da doença. O diagnóstico é sugerido com base na clínica, existindo critérios internacionais (1990 e 2006) com elevada especificidade e sensibilidade subjacentes, para a realização do mesmo.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 24 anos, internada por astenia e palpitações com cerca de 2 semanas de evolução, e dor retro-esternal (sem factores desencadeantes, de alívio ou agravamento) desde 3 dias antes do internamento. Antecedentes pessoais de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) à esquerda, cerca de 1 ano antes do episódio actual (realizou terapêutica anticoagulante com varfarina durante cerca de 6 meses), Asma Brônquica e Uveíte posterior bilateral. Antecedentes familiares de doenças auto-imunes (doença celíaca e asma brônquica), neoplásicas (carcinoma do útero).

ro, mama e cólon) e trombóticos. Ao exame objectivo apresentava taquicárdia (120bpm), lesões aftosas orais dolorosas (recorrentes), pseudofoliculites nos membros inferiores e superiores e úlcera dolorosa, com halo eritematoso na face interna do pequeno lábio direito. Analiticamente salientava-se LDH 426U/L (<247), fibrinogénio 3.2g/L (2.0-5.0), D-dímeros 4.38 g/ml (<0.6), VS 34mm (1-20) e PCR 6.38mg/dl (<0.5), tendo realizado Angio-TC de tórax que revelou a presença de trombo em ramo subsegmentar da artéria pulmonar direita. Da investigação etiológica realizada destacou-se a ausência de alterações no estudo da coagulação (trombofilias hereditárias) ou da auto-imunidade (à excepção de ANAs positivos - anticorpos anti-fibras do citoesqueleto - e anticorpos anti-dsDNA ligeiramente aumentados - 4.45IU/ml (<4.2)), bem como a inexistência de outros factores de risco, para além da toma de anticonceptivo oral (Cerazette®). O diagnóstico de DB foi estabelecido perante os critérios internacionais aceites para esta patologia, e constituindo a presumível causa dos episódios recorrentes de tromboembolismo apresentados pela doente.

Conclusões: O presente caso clínico ilustra a pertinência da investigação etiológica exaustiva perante TEP recorrente, mesmo na presença de factores de risco (neste exemplo, a contracepção oral). Apesar de se tratar de uma manifestação pouco comum, a DB pode cursar com manifestações vasculares, nomeadamente fenómenos trombóticos, consistindo numa causa rara de TEP mas de particular relevância em doentes jovens.

CLP 25 – OVERLAP SÍNDROME ATÍPICO: UM CASO CLÍNICO

Autor: Ana Raposo¹

Co-Autores: Daniela Peixoto¹; Marcos Cerqueira¹;

Mónica Bogas¹; Carmo Afonso¹

1. Serviço de Reumatologia, ULSAM, Ponte de Lima

Introdução: Um overlap síndrome é definido como uma entidade que reúne critérios de diagnóstico de pelo menos duas doenças do tecido conjuntivo, sendo a associação mais comum a esclerose sistémica/polimiosite. Muitas vezes também se associam a patologias imuno-mediadas órgão-específicas como a hepatite auto-imune, a tiroidite auto-imune, a miastenia gravis, entre outras.

É paradigmática a relação entre patologia do timo e a miastenia gravis, mas na literatura encontra-se tam-

bém descrita a associação com lúpus eritematoso sistémico (LES), artrite reumatóide, esclerose sistémica e doença de Graves.

Material e métodos: Os autores apresentam o caso clínico de uma doente com o diagnóstico de miastenia gravis referenciada da consulta de neurologia por anticorpos antinucleares (ANA) positivos.

Resultados: Doente do sexo feminino, 67 anos, com o diagnóstico de miastenia gravis sob tratamento com piridostigmina e azatioprina, referenciada à consulta de reumatologia por ANA positivos. Da história clínica destacavam-se episódios de fenómeno de Raynaud das mãos desde há vários anos, fotossensibilidade, disfagia, dispneia para médios esforços e trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo de instalação recente, sendo hipocoagulada com varfarina.

No exame objetivo eram evidentes telangiectasias da face, fenómeno de Raynaud dos dedos das mãos associado a eritema periungueal.

Analiticamente constatava-se leucopenia em várias determinações, sem outras alterações na bioquímica ou no sedimento urinário. Do estudo imunológico apresentava ANA com padrão centrómerico, antidsDNA, anticorpos anticentrómero e anticoagulante lúpico positivo, diminuição da fração C3 do complemento e anticorpos anticardiolipina e B2-glicoproteína em título alto em determinações seriadas. Outros exames complementares evidenciaram hiperplasia do timo, sinais de hipertensão arterial pulmonar, diminuição da pressão do esfíncter esofágico inferior e padrão esclerodérmico em fase ativa na capilaroscopia.

Os achados clínicos e laboratoriais, incluindo estudo imunológico, permitiram, juntamente com as alterações identificadas por capilaroscopia, estabelecer o diagnóstico de overlap de esclerose sistémica e LES com síndrome de anticorpos antifosfolipídicos (SAF) secundário.

Iniciada terapêutica com hidroxiloroquina, losartan, atorvastatina e omeprazol, mantendo o tratamento previamente instituído, mas com indicação para hipocoagulação oral de forma indefinida. Ponderada ti-mectomia, mas atendendo à idade da doente, os anos de evolução do quadro clínico de miastenia gravis e às comorbilidades associadas não se optou por esta terapêutica nesta doente.

Conclusão: A presença de miastenia gravis juntamente com outras doenças imuno-mediadas está descrita, muitas vezes estabelecida no contexto da investigação etiológica de fadiga, fraqueza muscular e sintomas bulbares, mas a ocorrência de um *overlap* de miastenia

gravis com LES, esclerose sistémica e SAF não se encontra descrito na literatura.

O reconhecimento das várias síndromes clínicas é importante no follow-up destes doentes e na orientação terapêutica. Se na maioria dos doentes com miasmenia *gravis* isolada a timectomia provoca remissão do quadro clínico, a timectomia não parece ser escolha terapêutica na grande maioria de outras doenças imunomediadas, estando descritos casos de LES, tiroidite de Hashimoto, vasculites e SAF após timectomia.

CLP 26 – AMILOIDOSE SECUNDÁRIA NO CONTEXTO DE OSTEOMIELEITE CRÓNICA

Autor: Gisela Eugénio¹

Co-Autores: João Pedro Tavares¹; Vera Romão¹;

Rita Jorge²; Suzana Calretas¹; Cátia Duarte¹;

Rui Santos¹

1. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A Amiloidose é uma doença que se caracteriza pela anormal deposição tecidual de proteínas, resultando na disfunção de um ou mais órgãos. As duas formas mais importantes são: a primária, caracterizada pela deposição de proteínas derivadas de fragmentos de cadeias leves de imunoglobulinas; e a secundária, a qual resulta de inflamação/infecção crónica. As manifestações clínicas variam com o tipo de proteína amilóide envolvida, quantidade e distribuição da sua localização. A biópsia tecidual é o exame diagnóstico de escolha.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 85 anos, internada por anasarca e agravamento da sua dispneia de base para pequenos esforços. Antecedentes de Insuficiência Cardíaca, Síndrome Metabólico, Doença Renal Crónica, Fibrilhação Auricular e colocação de Prótese dos joelhos há cerca de 19 anos, desde então seguida em Consulta de Ortopedia, onde foi objectivada, em 2009, a existência de provável osteomielite da perna esquerda, tendo a doente recusado amputação. Ao exame objectivo, destacava-se a existência de anasarca, diminuição generalizada do murmúrio vesicular, com ferros crepitantes bibasais, e a presença de exsudado purulento a drenar de loca com cerca de 3mm de diâmetro, a nível da face anterior da perna esquerda. Analiticamente apresentava anemia normocítica e normocrómica (Hb 9.8g/dl), sem leucocitose, creatinina 1.62mg/dl (0.55-1.02), BNP 228.8pg/ml (<100), PCR 1.18mg/dl (<0.5), albumina 2.8g/dl (>3.5) e proteinú-

ria no espectro nefrótico (7055mg/24h). Radiografia torácica com cardiomegália marcada; Radiografia da perna e tornozelo esquerdos com rarefacção óssea e alterações degenerativas; Cintigrafia óssea compatível com processo infeccioso na perna esquerda; e exame microbiológico do exsudado da ferida nessa localização, com isolamento de *Enterobacter aerogenes* e *faecalis*. Não apresentava alterações no proteinograma electroforético, imunofixação sérica e ecografias renal e abdominal. Pela hipótese de se tratar de amiloidose secundária (no contexto de osteomielite crónica), foi realizada biópsia de gordura abdominal, na qual se obteve um resultado negativo, tendo este diagnóstico sido confirmado posteriormente com a biópsia da mucosa rectal.

Conclusões: Apesar do diagnóstico de Amiloidose secundária ser mais comum em países subdesenvolvidos, esta hipótese não deve ser descartada, como foi exemplo o caso desta doente, a qual apresentava Síndrome nefrótica de etiologia a esclarecer e uma condição infecciosa crónica subjacente. Deve-se ainda ter em conta a possibilidade de ocorrência de resultados falsos negativos no diagnóstico desta doença, dado que a biópsia de gordura subcutânea, apesar de constituir o exame de primeira linha, apresenta apenas uma sensibilidade de 57 a 85%, face à de 84 a 90% da biópsia rectal, hepática, renal, ou mesmo do canal cárpico.

CLP 27 – OSTEOPOROSE POR DESUSO: UM FACTOR CONDICIONANTE NA REABILITAÇÃO DO DOENTE LESIONADO MEDULAR

Autor: Ana Chumbinho¹

Co-Autores: Ricardo Figueira²

1. Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital Santo

António dos Capuchos

2. Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital Curry Cabral

Introdução: A osteoporose é uma doença óssea metabólica que afecta frequentemente os doentes que sofreram lesão medular.

Pode prejudicar os tratamentos de reabilitação, comprometendo o desempenho e os resultados do programa traçado. A possibilidade de ocorrência de fracturas devido à fragilidade óssea não é desprezível e é fundamental a sua prevenção.

Desenvolvimento: A osteoporose em lesionados medulares está relacionada com o desuso causado pela plegia, que provoca diminuição da tensão mecânica so-

bre os ossos, e consequentemente, diminuição do estímulo à formação de osso com aumento desproporcional da reabsorção óssea, tornando o osso mais frágil. Para além da terapêutica farmacológica, instituída com alguma regularidade nesta população de doentes, bem como de um programa de medicina física e de reabilitação orientado para a limitação dos défices, existem estudos acerca de tratamentos alternativos não farmacológicos, baseados no princípio biomecânico do osso, que incluem a análise da sustentação de peso causada pela estimulação eléctrica neuro-muscular (EENM), e o ultra-som de baixa intensidade.

Conclusão: Os autores pretendem com este trabalho explicar a importância do estímulo mecânico sobre o osso e as consequências da sua inexistência, em particular nos pacientes com lesão medular. É feita também uma revisão de como abordar o tratamento da osteoporose nestes doentes bem como referência aos estudos que têm sido feitos de formas de tratamento alternativo e eventualmente complementar.

CLP 28 – ENVELHECIMENTO, ARTROSE, SARCOPÉNIA E REABILITAÇÃO – QUE EVIDÊNCIA?

Autor: Ana Filipa Neves¹

Co-Autores: André Cruz¹; Filipa Pisa¹;

Lúcia Caras Altas¹

1. Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução: O Envelhecimento associa-se a um conjunto de alterações tecidulares do sistema musculoesquelético. Algumas das patologias musculoesqueléticas mais frequentes surgem com o avançar da idade. A Artrose é uma patologia degenerativa que resulta de lesões da cartilagem hialina, membrana sinovial e osso subcondral. A Sarcopénia corresponde a uma perda progressiva de massa muscular, força e funcionalidade. Este trabalho visa a revisão da evidência na relação destas duas entidades no contexto do envelhecimento e qual o papel da reabilitação nesta dualidade.

Material e métodos: Realizada pesquisa na Pubmed, recorrendo ao método *Mesh terms*, com as palavras-chave *aging*, *sarcopenia*, *osteoarthritis* e *rehabilitation*. Foram incluídos todos os artigos publicados em língua inglesa.

Resultados: Foram identificados 19 artigos abrangendo as palavras-chave *aging*, *sarcopenia* e *osteoarthritis* e 3 artigos incluindo as quatro palavras-chave. Excluí-

ram-se 2 artigos não publicados em Inglês. De acordo com a evidência bibliográfica, a idade é o factor de risco com maior importância para o desenvolvimento e progressão da artrose. Com o envelhecimento há uma modificação mecânica, molecular, inflamatória e metabólica das articulações. As alterações na matriz extracelular proteica, nomeadamente colagénio e proteoglicanos, modificam a função da cartilagem. Ao nível celular há um aumento da apoptose e redução dos processos celulares regenerativos. No osso as ligações cruzadas do colagénio aumentam a rigidez e reduzem a plasticidade óssea. Se por um lado o desgaste articular pode activar osteoblastos e mastócitos, por outro há menor capacidade de resposta inflamatória eficaz no idoso. Deste modo, a membrana sinovial apresenta frequentemente citocinas proinflamatórias. Os meniscos, ligamentos e músculos desempenham um papel importante na patogénese da artrose. Estes últimos estão envolvidos na estabilização e protecção da articulação. Nos idosos a sarcopénia e outras causas de atrofia muscular são frequentes, 20-40% na sétima década, e diminuem a estabilidade articular. A sarcopénia está associada ao início e progressão da incapacidade física no envelhecimento e subsequente declínio funcional. As alterações no sistema musculoesquelético decorrentes do envelhecimento tornam as articulações mais susceptíveis aos outros factores de risco de artrose, nomeadamente, alterações da biomecânica, lesões articulares, genéticos e obesidade. A sarcopénia e o aumento do *turnover* ósseo decorrentes do envelhecimento podem também contribuir para o desenvolvimento de artrose. Por outro lado, existem autores que sugerem a artrose como modelo facilitador da progressão da sarcopénia. Scott et al., verificaram que num grupo de mulheres, a gonalgia e coxalgia contribuiu para a progressão da sarcopénia, pelo aumento da dor, rigidez e disfunção articular. Toda et al., constataram uma diminuição da massa corporal magra nas extremidades inferiores de mulheres com gonartrose, sem alteração da composição corporal a nível do tronco ou membros superiores. Está descrito um reflexo muscular atrofico associado à artrose, que através de um *feedback* nociceptivo aferente alterado e modifica a excitabilidade dos motoneurónios-alfa. A atividade física e reabilitação aquando do envelhecimento devem ser incentivadas. Um estilo de vida activo é um importante determinante da preservação mitocondrial e do estado de oxidação celular. Permite a activação de precursores que induzem a cascata de resposta antioxidante Nrf2-mediada, reduzindo a lesão muscular mediada pelo

stress oxidativo no idoso. Existe evidência de que o movimento articular está associado a mecanismos anti-inflamatórios. O exercício de fortalecimento muscular é igualmente importante para reverter a alteração da estrutura, perda de massa e função muscular associada à idade. Permite ainda um aumento da densidade mineral óssea. O objectivo final da reabilitação visa prevenir ou atrasar o desenvolvimento das doenças crónicas, melhorar a funcionalidade e bem-estar do idoso na sua dimensão holística.

Conclusões: O Envelhecimento é uma realidade que exige adaptações socioeconómicas e no âmbito da saúde que garantam uma sustentabilidade futura. Neste sentido, a investigação nesta área tem especial relevância. A Artrose e a Sarcopenia são duas das alterações musculoesqueléticas mais frequentes nesta faixa etária. Ambas parecem ser causa e consequência mútua. Os estudos sugerem que a Reabilitação previne ou retarda o desenvolvimento de sarcopenia/artrose contribuindo para o aumento do tempo de vida activa/funcional de cada indivíduo. São necessários mais estudos para aferir eficácia/efectividade de programas de reabilitação que incluam outras técnicas terapêuticas, nomeadamente agentes físicos e hidrocinesiterapia. O objectivo final da Reabilitação é prevenir ou atrasar o desenvolvimento das doenças crónicas e melhorar a qualidade de vida do idoso.

CLP 29 – MEDICINA BASEADA NO PROBLEMA – A INFILTRAÇÃO FACETÁRIA E O LIMITE DO TRATAMENTO DA DOR LOMBAR – UM CASO CLÍNICO

Autor: André Cruz¹

Co-Autores: Gonçalo São Braz²; Ana Filipa Neves¹; Carlos Machado²

1. Centro Hospitalar Lisboa Central

2. Centro Hospitalar do Algarve

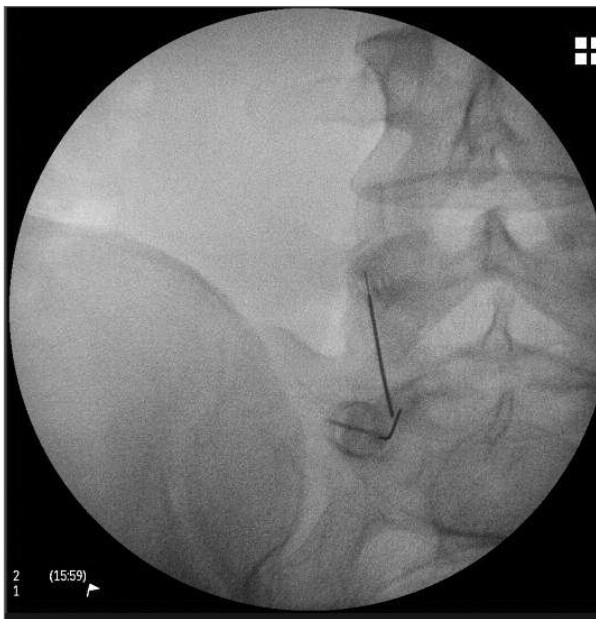
Introdução: A dor lombar é uma causa importante de incapacidade e de perda de dias de trabalho. Desta forma leva ao recurso frequente a consultas e gastos na saúde. Sendo que parte importante desta patologia é autolimitada e cede com tratamentos pouco agressivos, outros consomem as consultas de urgência e em casos extremos recorrem a cirurgia da coluna, que além dos riscos podem apresentar recorrência das queixas. Os procedimentos de intervencionismo médico, mais agressivos que a terapia tópica-oral, mas menos que a cirur-

gia são assim uma opção. A mesoterapia tem sido utilizada com boa resposta. As infiltrações intramusculares cortico-anestésicas são uma solução na sintomatologia severa. Por último, abordagens minimamente invasivas da coluna como infiltrações facetárias (I.F) e transforaminais, auxiliadas por imagem (TAC, RM ou fluoroscopia) delimitam a fronteira do tratamento «conservador» e o recurso a cirurgia. E sendo que as descrições imagiológicas podem não corresponder com a causa da dor lombar, as I.F são úteis não só na terapêutica, mas também na confirmação diagnóstica.

Material e métodos: Doente de 30 anos recorre à consulta de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Portimão por lombalgia intensa (8-10/10 na visual analog scale (VAS)) com irradiação à parte posterior da coxa esquerda, com agravamento nos últimos 50 dias e incapacidade para trabalhar nos últimos 30. A dor responde moderadamente a medicação oral (paracetamol, tiocolquicosido, diclofenac e etofenamato tópico - 4/10 na VAS) por menos de 4 horas e agrava com manobras de Valsalva (tossir, defecar). Em vários episódios recorreu à urgência por dor intensa, uma ao hospital e 5 vezes ao Centro de Saúde onde efectuou tratamento intramuscular (diclofenc e relmus) com resposta parcial e fugaz.

Ao exame objectivo não apresentava defices motores, de sensibilidade ou de reflexos. A marcha era independente, alternada e de boa cadência. Lasegue e Fabere negativos. Dor intensa a palpação das apófises espinosas e do musculo piramidal. Sem dor a mobilização da articulação coxo-femural. Apresentava limitação em algumas AVDs (Barthel Index 17/20; MIF 114/126; ICF – varios 4). Rx lombar - artrose facetaria de L5 esquerda. T.C. lombosagrada - L5-S1 debrum osteofitario marginal posterior em contacto com a face anterior do saco tecal, com ligeira redução da permeabilidade do canal de conjugação de L5-S1 à direita. O doente foi tratado com infiltração perifacetária e intrafacetaria com corticoide (betametasona) e anestésico (ropivacaína) auxiliado por fluoroscopia admitindo-se o diagnóstico de raquialgia esquerda.

Resultados: O procedimento demorou cerca de 30 min. Após o tratamento o doente ficou praticamente assintomático (0-2/10 na VAS). Em consultas de reavaliação, uma semana, 1 e 3 meses manteve-se independente (Barthel index 20/20; MIF 126/126; ICF-0, 0-2/10 na VAS), sem necessidade terapêutica, sem consultas de urgência e sem impedimentos no trabalho. O custo total dos farmacos foi de aproximadamente 10€.



Conclusão: Nos últimos 10 anos a utilização de técnicas minimamente invasivas tem crescido nos Estados Unidos (2000 a 2011 \approx 300%).*1 A patologia lombar é frequente e incapacitante, mas em Portugal os tratamentos minimamente invasivos são ainda prática insuficiente e muitos doentes perpetuam os tratamentos orais que, insuficientes na dor severa, levam a perda de dias de trabalho. O bloqueio perifacetário torna-se assim uma alternativa na dor severa da patologia facetária e mesmo em casos de raquialgia. De acordo com *guidelines* recentes da *United States Preventative Services Task Force* a qualidade da evidência para o tratamento com bloqueio nervoso perifacetário é moderada a boa.*2 Dado a boa resposta ao tratamento, o preço, a rapidez e duração da ação a I.F. pode representar - tal

como no caso exposto- uma terapêutica importante e limitrofe na dor lombar. São necessários mais estudos que comprovem a qualidade desta terapêutica.

CLP 30 – CAMPTOCORMIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor: Fernando Fonseca¹

1. Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: Camptocormia é uma alteração postural adquirida, caracterizada por flexão involuntária da coluna toraco-lombar.

Embora inicialmente associada a etiologia psiquiátrica, esta pode estar associada a lesões do Sistema Nervoso Central como doença de Parkinson, distonia ou doença de Alzheimer; lesões do Sistema Nervoso Periférico como miopatias primárias, miopatias secundárias, doenças do neurónio motor ou polineuropatias desmielinizantes inflamatórias crónicas; síndromes paraneoplásicas ou a efeitos secundários de certos tratamentos farmacológicos.

Clinicamente caracteriza-se por uma excessiva flexão involuntária do tronco, consequência de uma fraqueza progressiva da musculatura extensora da coluna vertebral, que agrava com o ortostatismo e marcha e reverte completamente com o decúbito dorsal. Nalguns casos pode apresentar-se com dor toraco-lombar.

O diagnóstico é clínico, sendo confirmado por exames complementares como exames bioquímicos (PCR, velocidade de sedimentação, estudo do metabolismo ósseo, enzimas musculares), imagiológicos da coluna toraco-lombar e crânio-encefálico (TC e RNM), eletromiograma ou biópsia muscular.

O tratamento assenta num programa de reabilitação, uso de órteses e terapêutica farmacológica, incluindo a injeção de toxina botulínica na musculatura abdominal e psoas-iliaco. Em casos específicos, medidas mais invasivas como cirurgia podem ter indicação. Enquanto alguns doentes respondem às medidas terapêuticas, outros não e perdem progressivamente mobilidade.

Material e métodos: Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 73 anos, caucasiana, referenciada à consulta de Reumatologia por queixas de dor lombar, com 5 anos de evolução e por dificuldade crescente em manter uma postura erecta em posição ortostática. AP: polioosteoartrose axial e periférica e dislipidemia. AF irrelevantes. Ao exame objetivo: Em posição ortostática destacava-se flexão marcada do tronco

que se mantinha com a marcha. Quando deitada na marquês, em decúbito dorsal, a flexão toraco-lombar desaparecia. ENS sem défices neurológicos. Exame físico da coluna vertebral era normal, sem escoliose, cifose ou lordose

No estudo imagiológico realizado (TC coluna lombar) detectaram-se alterações degenerativas nos discos intervertebrais e facetas, bem como uma atrofia da musculatura paraespinal. O estudo bioquímico não evidenciou alterações. O estudo electrofisiológico revelou uma miopatia crónica simétrica da musculatura paravertebral lombar. Não foi efectuada biopsia muscular. Colocou-se então como hipótese de diagnóstico mais provável uma camptocormia.

Resultados: Foram propostas medidas conservadoras, iniciando a doente um programa de reabilitação que incluía fisioterapia com cinesioterapia vertebral e reeducação postural, com os objetivos de aumento da força muscular paravertebral lombar, manutenção da funcionalidade e prevenção da progressão da deformidade. A doente optou por não usar ortótese. Em consulta de reavaliação aos 2 meses a dor lombar tinha estabilizado.

Conclusão: Apesar de constituir uma etiologia pouco frequente de dor lombar, a Camptocormia apresenta anormalidades posturais, que exigem um acompanhamento médico especializado para atenuar/prevenir deformidades estruturais graves e limitantes. A instituição de um programa de reabilitação precoce poderá ter um papel chave na evicção da progressão das alterações referidas.

CLP 31 – HIPERURICÉMIA ASSINTOMÁTICA – TRATAR OU NÃO TRATAR, EIS A QUESTÃO...

Autor: Amélia Nunes¹

Co-Autores: Catarina Pinto²; Nélia Reis³; Soraia Reis⁴

1. USF São João Evangelista dos Lóios
2. USF do Parque
3. USF Mactmã
4. USF Arco

Introdução: A hiperuricemia é uma situação frequentemente encontrada nos cuidados de saúde primários e é considerada fator de risco independente para a doença renal crónica, hipertensão, doença cardiovascular e insulinoresistência. A hiperuricemia ocorre quando o limite de solubilidade do Ácido Úrico Sérico (AUS) é ultrapassado – superior a 6,5 mg/dL nas mulheres e 7 mg/dL nos homens. A hiperuricemia assintomática define-se como o aumento do AUS sem artrite, tofos, insuficiência renal ou litíase renal. Na prática não existe

consenso para o início do tratamento farmacológico hipouricemiente, apesar de 1/3 dos indivíduos com hiperuricemia assintomática se virem a tornar sintomáticos. O objectivo deste trabalho é rever a evidência disponível sobre as recomendações para o tratamento com alopurinol nos adultos com hiperuricemia assintomática.

Material e métodos: Pesquisa nas bases de dados *Pubmed*, *National Guideline Clearinghouse*, *Guidelines finder*, *Canadian Medical Association Infobase – Clinical Practice Guidelines* e *Cochrane National Library of Guidelines*, *Clinical evidence*, de artigos publicados entre Janeiro/2000 a Junho/2013, em português, inglês, espanhol e francês utilizando os termos MeSH: «hiperuricemia» e «allopurinol». Utilizou-se a escala SORT da *American Family Physician*, para avaliação do nível de evidência e grau de recomendação.

Resultados: Dos 105 artigos encontrados foram seleccionados 3 guidelines, 1 revisão sistemática e 2 artigos originais. Ambos os artigos originais estabelecem que o tratamento com alopurinol diminui a uricemia e aumenta a taxa de filtração glomerular estimada (nível de evidência 3). Não existe atualmente evidência que recomende o uso de fármacos (nomeadamente alopurinol) para diminuir o AUS na população geral, doentes renais crónicos ou transplantados renais, com hiperuricemia assintomática (força de recomendação C).

Conclusão: De momento não existe evidência científica que suporte o tratamento com alopurinol nos indivíduos com hiperuricemia assintomática.

CLP 32 – FRATURA DE FRAGILIDADE SECUNDÁRIA AO TENOFOVIR

Autor: Sofia Bento¹

Co-Autores: Daniel Pinha Cardoso¹; Moisés Henriques²; Sofia Proença¹; Maria do Carmo Cary¹

1. Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão
2. Centro de Medicina Naval; Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

Introdução: A Organização Mundial de Saúde definiu osteoporose como «uma doença sistémica caracterizada por níveis baixos de massa mineral óssea e pela deterioração da microarquitECTURA do tecido ósseo, levando a um aumento da fragilidade do osso e a um consequente aumento do risco de fratura». Este diagnóstico pode surgir secundariamente a inúmeras situações clínicas, entre as quais a medicação com antiretrovirais

(p.e. tenofovir, inibidor da transcriptase reversa). Existem na literatura ensaios clínicos randomizados a evidenciar que o uso de tenofovir parece ser um fator contributivo para a perda acelerada da densidade mineral óssea. Constatou-se igualmente que a cessação desta terapêutica aumenta a densidade mineral óssea dos doentes, comparativamente àqueles que continuaram a medicação.

A osteoporose representa um grave e crescente problema de saúde pública com sérias implicações físicas, psicossociais e económicas. Por sua vez, as fraturas de fragilidade neste contexto, nomeadamente a fratura da anca, impõem uma elevada taxa de morbidade e mortalidade. Este trabalho pretende divulgar a relação estabelecida entre os conceitos antirretroviral, osteoporose e fratura patológica.

Os autores descrevem um caso clínico de um doente com fratura de fragilidade, no contexto de hipofosfatémia secundária a medicação com o tenofovir.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 39 anos, caucasiano, técnico de informática. Antecedentes pessoais de hepatite B, sob medicação, há 10 anos. Recorreu a consulta de Medicina Física e de Reabilitação, a 25/06/13, por queixas de coxalgia direita de instalação súbita e com vários meses de evolução, sem relação com o esforço, ou traumatismo associado. Sem febre, perda de peso, ou outros sintomas constitucionais. Ao exame objectivo salientava-se: claudicação da marcha, com postura anti-álgica; limitação das amplitudes articulares da anca direita (rotação interna e externa) por dor; sem dor à palpação do grande trocânter. Realizou alguns exames complementares, nomeadamente: radiografia da bacia, que não revelou alterações; cintigrafia óssea, que revelou «hiperactividade osteoblástica difusa e ligeira, de toda a extensão do fémur direito, de significado inespecífico cintigraficamente, e no pequeno trocânter direito, em possível relação com actividade inflamatória osteotendinosa. O quadro foi interpretado inicialmente como trocanterite direita, pelo que foram prescritas cinco sessões de electroterapia (TENS e US) dirigida ao grande trocânter direito, sem melhoria das queixas. Na Tomografia computadorizada (TC) da bacia, realizada no início de Julho, não se observaram alterações patológicas; a 24/07/13 realizou ressonância magnética dirigida à anca direita, onde se observou «a nível do colo femoral, a existência de área alongada de hiposinal em T1 e hipersinal em T2, com predomínio em localização trabecular mas estendendo-se à cortical óssea, a qual em localização externa apresenta também aumento de sinal nas ponderações T2,

aspectos estes, em muito provável relação com traço de fratura, apresentando igualmente pequena imagem linear no limite da visibilidade, hiper-intensa em T2, estendendo-se ao grande trocânter e também em relação com zona de desmoração trabecular». As análises realizadas a 16/08/13 revelaram hipofosfatémia.

Conclusões: A osteoporose é um efeito secundário bem estabelecido resultante do uso de antirretrovirais, nomeadamente o tenofovir. Posto isto, a monitorização da densidade mineral óssea, através da densitometria mineral óssea, deve ser considerada nos doentes com história de fratura patológica ou em risco de desenvolver osteopenia, e a suplementação de cálcio e vitamina D também deverá ser equacionada. É de extrema importância rever e acompanhar a saúde óssea dos doentes que iniciam esquema terapêutico com tenofovir.

CLP 33 – IMPACTO DO PILATES CLÍNICO NA DOR, FORÇA, FLEXIBILIDADE E ESTADO GERAL DE SAÚDE EM UTENTES DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

Autor: Patrícia Rodrigues¹

Co-Autores: Maria Inês Amaro¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: O Pilates Clínico é uma modificação do método inicial, desenvolvido em 1920 por Joseph Pilates, que estava apenas destinado a pessoas saudáveis e com bom condicionamento físico. Esta modificação foi feita desde os anos 90 por Fisioterapeutas, com vista à reabilitação, tendo bases científicas atuais e internacionalmente reconhecidas.

O método de Pilates é, essencialmente, uma técnica centrada no corpo e mente que realça a importância do início do movimento desde um centro estável, nomeado de região lombo-pélvica (APPI, 2006) e consiste em duas categorias: matwork e machine exercises. Matwork consiste num conjunto de 34 exercícios com vários graus de dificuldade. Tem como princípios a manutenção da estabilidade da coluna (centro), estimulando a concentração de modo a obter um correto alinhamento corporal coordenado sempre com a respiração. Pode ser aplicado individualmente ou em grupo, tendo em vista o problema individual de cada utente.

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do Pilates Clínico na dor, força, flexibilidade e estado geral de saúde num grupo de utentes do Instituto Português

de Reumatologia (IPR) após 20 sessões de tratamento em grupo.

Material e métodos: Este estudo longitudinal foi realizado com a população de utentes que frequentou aulas de Pilates Clínico Matwork no IPR entre Novembro de 2012 e Agosto de 2013. Das 24 pessoas que frequentaram as aulas neste período, apenas 9 foram selecionadas para a amostra, pois foram aquelas que cumpriram pelo menos 20 aulas com períodos de pausa não superiores a 15 dias úteis (critério de inclusão). As aulas decorreram 2 vezes por semana, com a duração de 45 minutos e compreendiam exercícios de estabilidade lombar e cervical, local, dinâmica e rotatória, exercícios de mobilidade geral e alongamentos.

Antes de iniciar a frequência nas aulas, foi realizada uma avaliação onde foram aplicados a escala EVA para a avaliação da dor, força global e flexibilidade geral e o questionário SF-36 para a avaliação do estado de saúde físico e mental.

Resultados: Amostra constituída por 9 utentes, maioria do sexo feminino (8), idade média de $56,66 \pm 15,26$ anos. Quanto ao nível de escolaridade verificou-se que a maioria (77,78%) tinha escolaridade superior.

Na avaliação da dor verificou-se um valor médio de $3,22 \pm 3,20$ na primeira avaliação e de $2,33 \pm 2,91$ na segunda ($p=0,045$). Na avaliação da força global verificou-se que a média na primeira avaliação foi de $5,39 \pm 1,44$ e na segunda foi $6,61 \pm 1,36$ ($p=0,011$). Relativamente à flexibilidade geral, na primeira avaliação a média foi de $5,64 \pm 1,34$ e na segunda foi $6,75 \pm 0,94$ ($p=0,017$).

Na avaliação do estado geral de saúde obtiveram-se os seguintes resultados: na primeira avaliação a saúde física apresentou uma média de $44,36 \pm 6,79$ e na segunda avaliação de $48,71 \pm 6,19$ ($p=0,075$), traduzindo uma tendência para a melhoria no estado de saúde físico.

Não se verificou diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à saúde mental onde na primeira avaliação o valor médio foi de $47,59 \pm 10,32$ e na segunda avaliação de $44,98 \pm 9,26$ ($p=0,5$).

Conclusão: O Pilates Clínico em grupo mostrou benefício no grupo estudado verificando-se após 20 sessões uma diminuição da dor ($p=0,045$), aumento da força global ($p=0,011$) e aumento da flexibilidade geral ($p=0,017$). Verificou-se ainda uma tendência para melhoria da saúde física (embora valor de p não significativo). Apesar do tamanho reduzido da amostra, os resultados positivos obtidos sugerem a necessidade de dar continuidade a este estudo para podermos assegu-

rar a sua relevância. No entanto, a eficácia demonstrada indica que o Pilates Clínico deve ser cada vez mais um método de eleição para o tratamento da dor músculo-esquelética e de melhoria da condição física em utentes com ou sem patologia reumática.

CLP 34 – DESVELAR O RS3PE – CASO CLÍNICO

Autor: Abelha-Aleixo¹

Co-Autores: Rita Fonseca¹; Romana Vieira¹;

Pedro Madureira¹; Diana Gonçalves¹;

Alexandra Bernardo¹; Lúcia Costa¹

1. Centro Hospitalar de São João

Introdução: A sinovite simétrica seronegativa remittente (RS3PE) é uma síndrome inflamatória rara de início agudo caracterizada por sinovite bilateral das mãos e edema depressível, com factor reumatóide (FR) negativo. Ocorre em idosos e pode ser idiopática ou associada a neoplasia.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino de 77 anos, enviado à consulta de Reumatologia por edema e artralguas de ritmo inflamatório nas mãos e raquialguas difusas. Analiticamente apresentava elevação da PCR (53,0 mg/L), FR e anticorpos anti-citrulina negativos sem alteração das linhagens celulares. O doente encontrava-se em seguimento por Urologia desde há 5 meses por elevação progressiva do PSA e queixas uro-obstrutivas, com consequente diagnóstico de adenocarcinoma da próstata. Quando iniciou tratamento da neoplasia melhorou das queixas articulares, tendo abandonado a consulta. Realizou entretanto cintigrafia óssea que descartou metastização.

Um ano depois foi referenciado novamente por artralguas das mãos, estando assintomático à data da observação. Quatro meses depois desenvolve sinovite dos punhos com artrite das 2 e 3^a metacarpofalângicas e de todas as interfalângicas proximais, com edema mole das mãos, associado a elevação da VS (70 mm/1^ah) e PCR (74,4mg/dl). Foi medicado com deflazacorte (12 mg/dia) com resolução clínica, até ter interrompido o fármaco por aumento da glicemia. Por agravamento articular exuberante, optou-se por iniciar medicação com prednisolona (7,5mg/dia) e hidroxiquina (400mg/dia). Esta agudização foi concomitante com o aparecimento de múltiplas adenomegalias retroperitoneais, em tomografia pélvica de controle, de provável etiologia carcinomatosa, que se mantém em vigilância.

Conclusão: A idade avançada, o início súbito associado a outros sintomas constitucionais e a refractariedade ao tratamento com dose baixa de corticóides devem levantar a suspeita de uma neoplasia associada. Este caso é curioso não só pela resposta inicial do quadro ao tratamento do carcinoma, como pela posterior exacerbação simultânea ao aparecimento de atingimento ganglionar.

Dada a limitação terapêutica pelas comorbilidades do paciente, a resolução completa do quadro estará na dependência do tratamento da neoplasia.

CLP 35 – OSTEOPENIA RADIOLÓGICA – DOIS DIAGNÓSTICOS

Autor: Rita Fonseca¹

Co-Autores: J Abelha-Aleixo¹; Romana Vieira¹; Pedro Madureira¹; Diana Gonçalves¹; Lígia Silva²; Lúcia Costa¹

1. Centro Hospitalar de São João
2. Hospital de Faro, E.PE

Introdução: A Osteoporose transitória da anca é uma entidade rara, de causa desconhecida, que cursa com perda óssea temporária na cabeça e colo do fémur sendo mais frequente no sexo masculino e no 3º trimestre da gravidez. Frequentemente é auto-limitada havendo na maioria dos casos recuperação total ao fim de 4 a 6 meses.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de uma doente do sexo feminino, 40 anos de idade, caucasiana, com história prévia de osteoporose fracturária com início na gravidez (diagnosticada aos 25 anos de idade, com DEXA inicial com Z score de -2,78 na coluna lombar e -0,73 no colo do fémur). Na altura realizado estudo exaustivo que excluiu uma causa secundária. Após 15 anos do diagnóstico inicial, encontrando-se sob terapêutica com bifosfonatos, recorre à consulta referindo coxalgia direita incapacitante, de ritmo misto com uma semana de evolução, agravada com carga sobre o membro inferior. O RX da anca direita mostrou discreta osteopenia da cabeça e do colo do fémur. Realizou RMN da anca direita que mostrou marcada alteração do padrão de sinal medular ósseo ao nível da cabeça e do colo do fémur direito, com hipossinal em T1 e marcado hipersinal nas sequências sensíveis ao líquido, que na ausência de inequívocos traços de fractura ou sinais de osteonecrose traduzem com maior probabilidade osteoporose transitória. Iniciou tratamento

mensal com pamidronato, além de calcitonina e suplementos de cálcio e vitamina D. Verificou-se reversão clínica e imagiológica aos 3 meses: o RX não mostrou alterações valorizáveis e a RMN evidenciou expressiva melhoria da alteração de sinal medular ósseo ao nível da cabeça e colo do fémur direito, achados estes favorecendo o diagnóstico de osteoporose transitória da anca. A doente apresentou boa evolução clínica apresentando-se actualmente assintomática.

Conclusão: Numa doente com osteoporose, o aparecimento de queixas de anca dolorosa deve evocar o diagnóstico de fractura de fragilidade. Contudo, uma avaliação cuidadosa pode revelar diagnósticos mais raros como é o caso de osteoporose transitória da anca, sobretudo no sexo feminino. Não existem na literatura dados sobre a associação de osteoporose transitória da anca e osteoporose fracturária com início na gravidez. Contudo, no caso apresentado, há que questionar sobre a possibilidade da existência de mecanismos fisiopatológicos subjacentes comuns às duas entidades.

CLP 36 – QUEIXAS SECAS COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE SARCOIDOSE – UM CASO CLÍNICO

Autor: Alexandra Daniel¹

Co-Autores: Mariana Santiago¹; Sara Serra¹; João Rovisco¹; Emília Louro²; Sara Freitas³; José António Pereira da Silva¹

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
2. Serviço de Medicina do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
3. Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A Sarcoidose é uma doença rara, multisistémica, de etiologia desconhecida que se caracteriza histopatologicamente pela presença de granulomas não caseosos nos órgãos afectados. O envolvimento mais frequente é pulmonar, cutâneo e ocular, sendo o envolvimento de glândulas exócrinas um achado relativamente raro.

Quando os sintomas secos constituem a manifestação inicial de Sarcoidose, o seu diagnóstico pode ser desafiante.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso clínico de uma doente do sexo feminino de 51 anos de idade, que se apresentava com queixas de xerofalmlia, xeros-

tomia e astenia com cerca de 1 mês de evolução. Sem outras queixas sistémicas.

Ao exame objectivo apresentava tumefacção parotídea bilateral, sem outras alterações.

Analicamente destacava-se elevação da velocidade de sedimentação e da proteína-C-reactiva e hipercalcémia. O estudo auto-imune (anticorpos anti-nucleares (ANA s), factor reumatóide) foi negativo.

O estudo ecográfico dirigido às glândulas sub-mandibulares e parótidas revelou uma textura difusamente heterogénea de provável natureza inflamatória.

Foi realizada biópsia das glândulas salivares *minor* que identificou um processo de sialoadenite crónica granulomatosa.

Para melhor caracterização do envolvimento multissistémico, foi solicitada cintigrafia com gálio-67, tendo sido identificadas áreas de hipercaptação a nível das glândulas parótidas e sub-mandibulares, bilateralmente, bem como a nível nasal e ocular.

Fez doseamento da enzima da conversão da angiotensina (ECA) que foi de 137U/l (8-52U/l).

Perante a hipótese diagnóstica de Sarcoidose, efectuou-se TC torácica de alta resolução, onde se identificaram adenopatias mediastínicas e padrão parenquimatoso em «vidro despolido» bibasal. As provas de função respiratória evidenciaram redução da capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO), sem alterações dos volumes pulmonares.

Adicionalmente foi realizada biópsia brônquica, que histologicamente permitiu confirmar a hipótese diagnóstica de Sarcoidose.

Iniciou corticoterapia com melhoria clínica e analítica.

Discussão e conclusão: Tumefacção parotídea, xerofthalmia e xerostomia podem ocorrer como sintomas iniciais de Sarcoidose, mimetizando a apresentação típica de uma Síndrome de Sjögren.

A Sarcoidose, constitui ela própria um dos critérios de exclusão para o diagnóstico de Síndrome de Sjögren, pelo que, apesar de ser uma causa pouco frequente, deve ser sempre despistada na investigação de um quadro clínico de queixas secas.

Neste caso a negatividade dos ANA s, a elevação da ECA e a presença de granulomas não caseosos nas biópsias realizadas permitiram estabelecer o diagnóstico de Sarcoidose e a correcta instituição terapêutica.

Os autores realçam assim a importância da Sarcoidose que, como doença multissistémica que é, pode envolver qualquer órgão incluindo as glândulas exócrinas, originando um quadro clínico pouco típico de queixas secas como manifestação inicial.

CLP 37 – ELECTROACUPUNCTURA: UMA OPÇÃO DE TRATAMENTO PARA A SÍNDROME DE TÚNEL CÁRPICO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor: Sara Domingues¹

Co-Autores: Pedro Graça¹; Clara Almeida¹; Margarida Alves¹; José Costa¹; Moisés Henriques¹; Francisco Sampaio¹

1. Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: A síndrome de túnel cárpico (STC) resulta da compressão do nervo mediano na sua passagem pelo túnel cárpico. É a neuropatia periférica mais comum, com prevalência estimada, na população mundial, de 1 a 3%. O diagnóstico da STC é clínico, determinado pela história e exame objectivo e confirmado por Electromiografia (EMG) e Estudo das Velocidades de Condução. A sintomatologia típica inclui parestias e alterações sensitivas (formigueiros ou dormência) num período inicial, que podem não ser limitadas ao território do nervo mediano, e alteração da força muscular. Podem apresentar-se como sintomas intermitentes com agravamento progressivo, principalmente durante o período nocturno ou com movimentos repetitivos do membro superior. Ao exame objectivo, as manobras provocatórias (Teste de Phalen e Sinal de Tinel) são habitualmente positivas. A descompressão cirúrgica é tradicionalmente considerada o tratamento definitivo para a STC, no entanto, é reservada para casos graves ou quando o tratamento conservador falha. O tratamento conservador inclui utilização de ortóteses, anti-inflamatórios esteróides e não-esteróides orais, infiltração de corticóides, terapia ocupacional e fisioterapia. Nos últimos anos tem-se verificado o aumento da utilização de terapias alternativas na STC, principalmente na tentativa do controle da dor. A acupunctura é a mais frequente terapia alternativa utilizada. É uma técnica de estimulação de pontos gatilho, através de agulhas que penetram a pele, podendo ser utilizada a electroestimulação (Electroacupunctura). Têm sido publicados vários artigos sobre a eficácia da acupunctura no tratamento da STC, e, em 1997, o *National Institute of Health*, confirmou a técnica como tratamento adjuvante na STC leve a moderada, tendo sido demonstradas melhorias ao nível do controlo da dor, despertares nocturnos e parestias embora sem alterações ao nível dos estudos de EMG. Em 2011, Ho-seob S. et al publicaram a primeira revisão sistemática sobre a eficácia da acupunctura para o tratamento sin-

tomático da STC, concluindo que os resultados são encorajadores embora necessitando de mais estudos randomizados.

Material e métodos: Os autores apresentam o seguinte caso clínico: Mulher de 90 anos de idade, reformada, que tinha como actividade de lazer a costura. Desde há cerca de 2 anos com queixas de dormência e dor em ambas as mãos, com agravamento progressivo, que a impediam de dormir. Medicada pelo seu médico assistente com anti-inflamatórios não-esteróides e analgésicos orais sem eficácia, foi referenciada para as consultas de Cirurgia Plástica e de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) do Hospital de Santa Maria. Observada a primeira vez no Serviço de MFR em Outubro de 2012, apresentava queixas difusas neuropáticas de ambas as mãos, com grande compromisso do sono, queixas dolorosas e sensitivas acentuadas, sem compromisso motor significativo, com Teste de Phalen e Sinal de Tinel positivos e grande incapacidade funcional. Realizou EMG para confirmação do diagnóstico e iniciou programa de reabilitação que incluía hidroterapia, cinesioterapia, treino de actividades de vida diária (AVD), electroterapia e Ultrassom. Observada, também, em consulta de Cirurgia Plástica, ficou em lista de espera para cirurgia. Por não se ter verificado uma melhoria significativa, decidiu-se iniciar Electroacupuntura. Realizou 7 sessões tendo tido uma melhoria significativa das queixas dolorosas, da qualidade do sono, da funcionalidade na realização de actividades de lazer e AVD, tendo mantido as alterações de sensibilidade. Foi pedido um EMG no final das sessões. A doente acabou por recusar a hipótese de intervenção cirúrgica.

Discussão: Após tratamento com Electroacupuntura, a doente apresentou uma grande melhoria da dor e da sua capacidade funcional, que lhe alteravam o padrão de sono e a impediam de realizar as suas actividades habituais, tendo sido demonstrado pela utilização da Escala Visual Analógica da dor e a Escala DASH de incapacidade/sintomas do membro superior, bem como a recusa à proposta cirúrgica. Por outro lado, manteve as alterações de sensibilidade e o EMG final não mostrou alterações em relação ao inicial, o que se encontra de acordo com a literatura.

Conclusão: Os autores consideram que, perante a literatura e os resultados obtidos, em doentes seleccionados, em complemento à restante terapêutica, a Electroacupuntura pode melhorar a sintomatologia, retardando a necessidade de intervenção cirúrgica e, portanto, deve ser adoptada sempre que possível num programa de reabilitação.

CLP 38 – REABILITAÇÃO DA LESÃO MEDULAR NA ESPONDILITE ANQUILOSANTE: CONTRIBUTO PARA A INDEPENDÊNCIA E FUNCIONALIDADE

Autor: Moisés Henriques¹

Co-Autores: Glória Batista²; Maria da Paz Carvalho²

1. Centro de Medicina Naval; Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria

2. Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

Introdução: A espondilite anquilosante é uma doença reumática inflamatória do grupo das espondilartropatias que afeta principalmente o esqueleto axial. Esta doença crónica caracteriza-se por uma evolução progressiva com impacto variável na funcionalidade, com complicações que surgem por norma tardiamente. A incidência de lesão medular em doentes com espondilite anquilosante é superior à da população em geral. Este trabalho pretende divulgar o papel da Medicina Física e de Reabilitação na optimização da independência e funcionalidade destes doentes.

Material e métodos: Descrição de um caso clínico de Espondilite Anquilosante complicada com mielopatia onde foi utilizada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que é uma ferramenta que permite constatar com maior detalhe os ganhos funcionais decorrentes de um programa de reabilitação.

Resultados: Doente do género feminino, caucasiana, nascida em 1941, residente em 2º andar sem elevador, com antecedentes pessoais de espondilite anquilosante (1971) e prótese total da anca bilateral (1991). Em 2005 inicia quadro de diminuição da força muscular nos membros inferiores com agravamento progressivo e repercussão na marcha. No contexto do estudo etiológico realizou vários exames complementares de diagnóstico que culminaram no diagnóstico de mielopatia em 2007. Na impossibilidade de resolução cirúrgica e mediante agravamento da dependência funcional foi observada em consulta externa e posteriormente internada num Serviço de Reabilitação (2013, Abril). À entrada destacava-se: quadro neuro-motor de paraplegia AIS A com nível neurológico L3; alterações esfinterianas; deficiente equilíbrio em pé; parcialmente dependente nas actividades da vida diária. Durante o internamento realizou um programa dinâmico de reabilitação na Enfermaria e Unidades Terapêuticas (Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Actividades de Vida Diária) e foram prescritos os produtos de apoio considerados necessários. Teve alta para o domicílio com apoio man-

tendo o mesmo quadro neuro-motor, mas com melhorias francas no equilíbrio, marcha e funcionalidade nas atividades de vida diária. Esta evolução positiva refletiu-se nas variações de pontuação encontradas na escala CIF no início e no final do internamento.

Conclusões: A espondilite anquilosante é uma patologia que tem um grande impacto na qualidade de vida dos doentes pelas restrições que impõe. O enquadramento destes doentes por parte da Medicina Física e de Reabilitação é uma opção válida considerando que um dos principais objetivos da sua intervenção é melhorar a independência e a funcionalidade dos doentes. Este caso clínico é um exemplo dos bons resultados alcançáveis com um programa de reabilitação.

CLP 39 – HIPEROSTEOSE ESQUELÉTICA IDIOPÁTICA DIFUSA: O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ESQUECIDO

Autor: Carlos Rodrigues¹

Co-Autores: César Lima e Sá²; Elza Pires¹;

Lúcia Marinheiro Dias¹

1. Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro

2. Centro Hospitalar do Alto Ave

Palavras Chave: hiperosteose esquelética idiopática difusa, DISH, espondilite anquilosante

Introdução: A Hiperosteose Esquelética Idiopática Difusa (DISH) ou Doença de Forrester-Rotes-Querol é uma doença degenerativa de causa desconhecida caracterizada por calcificação e ossificação de tecidos moles, nomeadamente ligamentos e enteses. Esta afecta sobretudo homens (65%) e, apesar de se poder desenvolver na segunda década, normalmente o diagnóstico é feito a partir da quinta e a sua prevalência aumenta com a idade, situando-se entre os 3 e os 30% nos homens maiores de 50 anos, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados. É uma patologia comum mas altamente subdiagnosticada.

Existem diferentes definições, provavelmente correspondentes a diferentes fases da doença: para Utsinger et al, o diagnóstico pode ser feito na presença de apenas uma ponte óssea intervertebral, sendo que para Forrester et al serão necessárias duas pontes, enquanto para Resnick et al, que definiu os critérios mais usualmente empregues, a doença só está estabelecida caso existam três pontes.

Apesar de muitas vezes assintomática, esta patologia

pode evoluir com periartrites diversas, bem como rigidez vertebral, limitação da mobilidade, cervicalgia, ou disfagia, podendo ainda, raramente, ocorrer lesões medulares.

Dada a sua alta prevalência e a importância das possíveis complicações, bem como as semelhanças entre muitos dos achados clínicos e radiológicos com os encontrados na Espondilite Anquilosante (EA), torna-se imperativo para os profissionais de saúde um maior conhecimento e reconhecimento desta patologia. Assim, pretendeu-se com o presente fazer uma revisão da bibliografia de modo a esclarecer os critérios de diagnóstico de DISH bem como dos pontos fundamentais que a distinguem da EA.

Material e métodos: Foram efectuadas pesquisas nas bases de dados *Medline* e *Cochrane Library* e seleccionados os artigos escritos em língua inglesa com relevância para os objectivos propostos.

Resultados: Apesar da investigação ser relativamente escassa, alguns autores procuraram relações entre a DISH e outras patologias que cursam com hiperformação óssea no esqueleto axial, nunca tendo sido possível estabelecer uma ligação com as espondiloartropatias seronegativas, como a EA. Também não foi encontrada qualquer relação com o HLA-B27, o qual tem sido historicamente associado com as espondiloartropatias seronegativas. No entanto, conhecem-se algumas patologias associadas, como a Diabetes Mellitus tipo 2, a obesidade, a hipertensão arterial, a dislipidemia e a hiperuricemia, podendo estas constituir factores de risco para a doença. A DISH parece também aumentar o risco de doença cardiovascular e ser uma causa importante de disfagia e obstrução da via aérea, devendo ser incluída entre os diagnósticos diferenciais destas condições.

Segundo Resnick et al, o diagnóstico deve ser estabelecido na presença de calcificações fluidas ao longo do aspecto antero-lateral de, pelo menos, 4 vértebras contíguas, na ausência de evidências radiográficas abundantes de alterações degenerativas nos discos, com preservação da sua altura, e na ausência de anquilose das articulações apofisárias, bem como de erosões, esclerose ou fusão das sacroíliacas. Não obstante, existem duas outras definições que podem permitir um diagnóstico ou estabelecer uma suspeita diagnóstica mais precoces.

Conclusões: Os critérios de Resnick são os mais amplamente aceites, no entanto, antes do estabelecimento de 3 pontes ósseas, provavelmente existe um estadiamento em que apenas existem duas (Forrester), antecedido

por outro em que apenas existe uma (Utsinger) ou nenhuma ponte.

A pluralidade de definições tem dificultado o conhecimento da real prevalência, sendo necessários estudos longitudinais de longa duração para que a história natural da doença seja avaliada, e se possa mais facilmente estabelecer uma definição unânime.

Apesar da sua utilidade para diferenciar a DISH da EA, esta definição é ainda insuficiente para um diagnóstico precoce, bem como para diferenciar a DISH da EA nos doentes mais idosos, cujas alterações degenerativas na sacroilíaca podem parecer-se com fusões osseas nas radiografias frontais.

São escassas as investigações e publicações acerca desta patologia. Com uma pesquisa na Pubmed pode ser constatado que as publicações sobre DISH são cerca de 20 vezes mais escassas do que aquelas acerca de EA, não sendo incomum a confusão diagnóstica entre elas. No entanto, considerando a gravidade de algumas das suas manifestações bem como a sua alta prevalência, devem ser feitos esforços no sentido de aumentar o conhecimento e o interesse entre os especialistas e investigadores de diversas especialidades (Fisiatria, Reumatologia, Ortopedia, Endocrinologia, Patologia, Radiologia, etc.), de modo a expandir o conhecimento e reconhecimento desta patologia.

CLP 40 – DOR LOMBAR: QUANDO OS ANTECEDENTES CONFUNDEM

Autor: Leonor Troni¹

Co-Autores: Vanessa Araújo Carvalho²; Catarina Bastos²; Arnaldo Abrantes³

1. USF Rodrigues Miguéis

2. USF Sobreda; 3USF Dafundo

A espondilodiscite é uma causa rara de lesão vertebral, paravertebral ou do disco intervertebral. Está associada a elevada morbi-mortalidade sobretudo pela dificuldade diagnóstica, uma vez que cursa com clínica inespecífica. O diagnóstico baseia-se num elevado índice de suspeição.

Apresenta-se um caso clínico de dor lombar onde a investigação etiológica se revelou um desafio.

Doente do sexo feminino, de 66 anos de idade, inserida numa família nuclear no estágio VII do ciclo de Duvall. Problemas activos a salientar: hipertensão sem complicações, dislipidemia, síndrome da coluna com irradiação (*status* pós cirurgia a coluna lombar em

2002) e obesidade. Sem hábitos tóxicos. Medicada com enalapril e sinvastatina. Recorre ao Médico de Família no dia 30 de Novembro de 2012 por diminuição da força nos membros inferiores (MIs) com uma semana de evolução. À observação Lasègue positivo à direita. Coloca-se a hipótese diagnóstica de ciatalgia direita e pede-se electromiograma dos MIs. Volta à consulta no dia 4 de Dezembro por sacralgia intensa, súbita, com impotência funcional, sem história de traumatismo. À observação dor intensa à palpação da região sagrada, com mobilidade articular mantida. Faz tratamento anti-álgico. Volta 3 dias depois por persistência das queixas, requisitando-se radiografia da coluna lombar e bacia. A 14 de Dezembro traz os exames pedidos, que revelam radiculopatia direita e artrodese intersomatica L4-L5 e alterações degenerativas moderadas. Referencia-se à consulta urgente de Neurocirurgia. Volta a 9 de Janeiro de 2013 referindo que foi a consulta privada de Ortopedia onde fez corticoide injectável, sem melhoria. Foi pedida tomografia da coluna lombar cujo resultado aguardava. Pedem-se análises. Traz os resultados a 14 de Janeiro, com parâmetros inflamatórios aumentados e anemia. Referencia-se à Urgência hospitalar, sendo posteriormente internada no Serviço de Infeciologia, onde se apura o diagnóstico de espondilodiscite piogénica a *E.coli*. Teve alta sob antibioterapia e encontra-se a fazer fisioterapia.

A espondilodiscite é uma patologia rara mas grave, cujo êxito terapêutico está muito relacionado com um diagnóstico e intervenção precoces. A presença de febre só se verifica em 30-50% dos casos e o aumento dos parâmetros inflamatórios está presente em 80% das situações. A Ressonância Magnética é de grande importância para o diagnóstico. As hemoculturas positivas foram fundamentais para a escolha da antibioterapia. A doente tem indicação para o uso de lombostato e mantém o seguimento hospitalar.

CLP 41 – ALTERAÇÕES DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA EM DOENTES AMPUTADOS DO MEMBRO INFERIOR

Autor: Ricardo Figueira¹

Co-Autores: Ana Chumbinho²

1. Centro Hospitalar de Lisboa Central - H. Curry Cabral

2. Centro Hospitalar de Lisboa Central - H. Santo António dos Capuchos

Introdução: A amputação de um membro envolve uma

alteração psico-socio-relacional que associada à perda funcional leva a uma profunda reestruturação da vida do doente amputado. Sendo as amputações do membro inferior de causa vascular as mais frequentes e em doentes idosos, as limitações de mobilidade e capacidade de marcha tornam-se ainda mais marcadas sendo fulcral a sua avaliação. Os principais níveis de amputação do membro inferior, atendendo à sua frequência e implicações no sucesso da reabilitação/protetização, são a amputação transfemural e a transtibial. A densidade mineral óssea (DMO) representa a quantidade de cálcio e outros minerais existentes em determinada área de osso. É avaliada por DEXA (Osteodensitometria). Os valores de avaliação são representados pelo score T. A osteopenia apresenta valores de -1 a -2,5 e a osteoporose valores abaixo de -2,5 desvios padrão. Um dos factores preponderantes na DMO é o estímulo mecânico promovido pela carga sobre as estruturas músculo-esqueléticas. O objectivo deste trabalho é realizar uma revisão acerca das alterações da DMO no membro residual/amputado comparativamente ao contralateral/remanescente.

Desenvolvimento: Estudos demonstram que a diminuição da carga sobre o membro inferior amputado promove alterações da microestrutura e da DMO no membro inferior residual quando comparadas com o membro remanescente (contralateral). Estas alterações foram corroboradas por estudos com astronautas em ambientes de gravidade zero, nos quais foram observadas perdas de DMO na ordem dos 1,0 a 1,6% por mês em ambiente de microgravidade. Em vários estudos com doentes amputados do membro inferior foram verificados valores menores de DMO no membro residual ao nível do colo e trocânter femurais, principalmente em amputados transfemorais, quando comparados com o membro remanescente. Também referidos na literatura estão valores de DMO volumétrica menores ao nível da região terminal do coto quando comparados à mesma região no membro remanescente. A diferença de valores DMO atenua-se com a utilização de prótese adequada e adaptada ao doente. As hipóteses avançadas para a diferença na DMO são a perda do estímulo mecânico (provocada pela carga) sobre o membro amputado e o desuso com consequente atrofia da musculatura do membro amputado. Estas diferenças não parecem ser afectadas pela idade, sexo, etiologia ou data da amputação.

Conclusão: A perda de DMO no membro residual pode levar ao aparecimento de osteopenia e osteoporose locais com risco aumentado de fracturas da extre-

midade superior do fémur. Está comprovado o papel importante dos estímulos mecânicos promovidos pela carga sobre o membro inferior no equilíbrio formação/reabsorção ósseos e na manutenção de uma DMO adequada nos doentes amputados do membro inferior. O risco parece ser superior nos doentes amputados transfemorais relativamente aos amputados transtibiais. A protetização adequada destes doentes parece reduzir a perda de DMO no membro residual. Não está descrita a indicação para realização de terapêutica farmacológica anti-osteoporótica nestes doentes. Por estas razões, no doente amputado do membro inferior deve instituir-se um programa de reabilitação precoce, dando especial atenção tanto à prescrição de uma prótese adequada e eficaz como ao treino de marcha com ortoprótese de forma a restabelecer o estímulo mecânico/de carga sobre as estruturas músculo-esqueléticas do membro residual.

Palavras-chave: amputação, membro residual, membro remanescente, densidade mineral óssea, osteoporose.

CLP 42 – UTILIZAÇÃO DE DMARDS BIOLÓGICOS NUM SERVIÇO DE REUMATOLOGIA

Autor: Filipa Farinha¹

Co-Autores: Inês Cunha¹; Anabela Barcelos¹

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE - Aveiro

Introdução: Os fármacos biotecnológicos têm vindo a desempenhar um papel muito importante no tratamento das doenças reumáticas inflamatórias refratárias à terapêutica convencional e a sua eficácia está bem estabelecida. A gestão criteriosa do uso destes agentes é fundamental, tratando-se de fármacos onerosos e com um potencial de efeitos adversos que devem ser cuidadosamente monitorizados. Este trabalho tem por objectivo caracterizar a utilização de DMARDS biológicos num serviço de Reumatologia.

Métodos: Estudo descritivo. Foram analisados os registos da base de dados Reuma.pt relativamente aos doentes medicados com fármacos biológicos até 15 de outubro de 2013 e avaliadas as seguintes variáveis: idade, sexo, doença, fármaco, switch e suspensão. Os dados foram tratados com o Microsoft Office Excel 2007 e apresentados em gráficos e tabelas. As variáveis contínuas são apresentadas sob a forma de média \pm desvio padrão.

Resultados: 64 doentes estão sob terapêutica biológica atualmente, dos quais 56% são do sexo feminino. A idade média atual é de $49,6 \pm 12,6$ anos e era de $46,5 \pm 13,3$ à data de início do 1º biológico. Relativamente à distribuição por patologias, 20 doentes (31,3%) têm Artrite Reumatóide, 26 (40,6%) têm Artrite Psoriática e 18 (28,1%) têm outra Espondilartrite. O fármaco mais utilizado é o Etanercept – 26 doentes (40,6%), seguido do Adalimumab – 19 doentes (29,7%), Golimumab – 14 doentes (21,9%), Tocilizumab – 3 doentes (4,7%) e por fim o Infliximab – 2 doentes (3,1%). Foi realizado *switch* entre biológicos em 10 doentes, sendo que 3 deles foram ainda submetidos a um 2º *switch*. A ineficácia foi o motivo mais frequente. O Infliximab foi o fármaco mais vezes sujeito a troca - 6 casos, um dos quais por reação alérgica; segue-se o Etanercept – 4 casos; Golimumab – 2 casos e Adalimumab – 1 caso. Mais 7 doentes estiveram medicados com DMARD biológico no passado, tendo este sido suspenso por: remissão – 2 casos, efeito adverso – 2 casos (1 caso de tuberculose e 1 de neutropenia), desejo de engravidar por parte da doente – 1 caso. Nos restantes 2 casos não está registado o motivo da suspensão.

Conclusões: Os registos sistemáticos em bases de dados como o Reuma.pt assumem grande importância no controlo e monitorização dos doentes, permitindo ainda um fácil acesso aos dados estatísticos de cada centro. Dos dados apresentados destacamos a elevada prevalência de Artrite Psoriática, que assume o 1º lugar na prescrição de DMARDs biológicos. Salienta-se ainda a segurança destes fármacos, com apenas 3 casos de efeitos adversos suficientemente graves para exigir suspensão ou *switch*, num total de 71 doentes.

CLP 43 – SHRINKING LUNG: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Autor: Marília Rodrigues¹

Co-Autores: Carlos Costa¹; Pedro Carvalho¹;

Luís Inês¹; Armando Malcata¹;

José António Pereira da Silva¹

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Coimbra, Portugal

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença crónica reumática sistémica. O compromisso pulmonar pode traduzir-se por manifestações

frequentes, nomeadamente infecciosas, ou raras, como a síndrome de *shrinking lung*, que se associa a uma clínica inespecífica. A etiopatogenia é desconhecida, embora pareça existir uma relação com a parésia do diafragma e determinados auto-anticorpos. O diagnóstico é confirmado pelas alterações nas provas de função ventilatória e estudo imagiológico torácico por radiografia e tomografia computadorizada.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso clínico de uma doente de 24 anos com o diagnóstico de lúpus eritematoso sistémico há 3 anos. Apresentava fotossensibilidade, *rash* malar, alopecia, artrite das interfalângicas proximais, fibrose pulmonar, leuco e linfopenia e um padrão imunológico com positividade para anticorpos antinucleares (padrão mosqueado, ++++), anti-dsDNA, anti-Sm, anti-RNP e hipocomplementémia mantida. Manteve terapêutica com hidroxicloroquina (200/400mg), metotrexato e corticosteróides em dose variável com estabilidade clínica.

À data da última consulta apresentava queixas de astenia, toracalgia pleurítica, dispneia para pequenos esforços e oligúria. Ao exame clínico objectivou-se taquipneia e crepitações bibasais à auscultação pulmonar.

O laboratório revelou anemia normocítica normocrómica, hipocomplementémia (C3: 0.44 g/L; C4: 0.05 g/L) e títulos de Ac.anti-dsDNA elevados (>47 $\mu\text{g/mL}$) associados a proteinúria não nefrótica (1200mg/24h) e cilindros hialinos. A radiografia do tórax mostrou elevação das hemicúpulas diafragmáticas associada a parésia. Foram realizadas provas de função ventilatória cujo resultado foi compatível com síndrome restritiva grave e diminuição da pressão inspiratória máxima. A TAC torácica demonstrou a presença de reticulação intralobular de predomínio subpleural e bronquiectasias de tração.

Foi realizada biópsia renal cujo estudo histológico foi compatível com nefrite mesangial proliferativa global e difusa, crescentes e reacção epitelial (10% glomérulos – classe IV G (A)).

Perante a condição clínica da doente optou-se por realizar pulso de corticoide (750 mg de metilprednisolona) em 3 dias consecutivos e terapêutica imunossupressora com micofenolato de mofetil (2g/dia).

Conclusão: A associação de toracalgia pleurítica e dispneia, elevação do diafragma em radiografia do tórax e diminuição da capacidade vital em provas ventilatórias num doente com lúpus eritematoso sistémico é sugestiva de *Shrinking Lung*. Neste caso em particular optou-se pelo início de terapêutica com micofenolato de mofetil pela presença de critérios de gravidade asso-

ciados a disfunção renal (nefrite lúpica classe IV) e pulmonar (*shrinking lung*).

CLP 44 – LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO ASSOCIADO A POLICONDRITE RECIDIVANTE

Autor: Carolina Furtado¹

Co-Autores: Silvia Fernandes¹; Filipa Ramos¹;

Maria João Saavedra¹; Susana Capela¹;

José Alberto Pereira da Silva¹

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN; Lisboa

Introdução: A Policondrite Recidivante (PR) é uma doença rara que cursa com episódios de inflamação dos tecidos cartilagueos, principalmente orelhas, nariz e trato respiratório. Em cerca de 1/3 dos casos surge associada a outras doenças auto-imunes ou hematológicas. A associação da PR com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é rara, estando descritos menos de 20 casos na literatura.

Os autores reportam um caso clínico raro de uma mulher com Lúpus Eritematoso Sistémico associado a PR.

Caso clínico: K.D.A., sexo feminino, 35 anos, raça africana com o diagnóstico de LES desde os 24 anos de idade, no contexto de quadro clínico de poliartralgias/poliartrite assimétrica não erosiva, alopecia areata da região occipital, e pela presença de anticorpos (Ac) antinucleares (ANA) positivos no título de 1/640 padrão mosqueado, anti-Sm, anti-SSA/SSB positivos e hipocomplementemia (C3). Medicada de forma sequencial com hidroxiquina 400mg/dia, metotrexato até à dose de 17,5 mg/semanal (suspensão em Agosto de 2012 por gravidez) e prednisolona 5 mg/dia. Doente assintomática até Novembro de 2012, altura em que inicia quadro clínico de instalação aguda de dor, rubor e tumefacção do pavilhão auricular bilateral, poupando o lobo da orelha com evolução episódica e aparecimento 2 meses depois de novos sinais inflamatórios ao nível da pirâmide nasal e hiperemia ocular direita. Foi avaliada pela reumatologia em contexto de urgência que detectou condrite nasal em fase aguda e auricular bilateral em fase de resolução, e pela oftalmologia que diagnosticou uveíte aguda ativa. Análiticamente a salientar, hemograma normal, VS:97 mm, PCR:4.80 mg/dl, ANA positivos no título de 1/1280 padrão mosqueado, anti-Ds-DNA 220 UI/ml, anti-SSA/SSB, anti-Sm, anti-RNP positivos, Ac. anti-citoplasma dos neutrófilos negativos e normocomplementemia. Realizou

exames complementares de diagnóstico com exclusão de atingimento de outros «órgãos alvo». Foi tratada com 3 pulsos de 500 mg de metilprednisolona em dias consecutivos, seguido de prednisolona 10mg/dia, colírios corticóides e reintroduzido hidroxiquina 400mg/dia, com benefício parcial, pelo que se associou azatioprina na dose de 50mg/dia com melhoria progressiva clínico-laboratorial. Ao longo deste período negou disфонia, tosse, dispneia, hipoacusia, vertigem ou zumbido, bem como outras queixas sugestivas de envolvimento de outros órgãos ou sistemas.

Conclusão: A presença de condrite em duas regiões anatómicas (auricular bilateral e nasal) associada a inflamação ocular, sugerem o diagnóstico de PR segundo os critérios de classificação de PR propostos por Michelet et al., 1986. Os dados na literatura são escassos relativamente a associação de LES e PR, mas está documentado que a condrite pode aparecer antes ou após o aparecimento do LES. Com este caso, os autores pretendem evocar esta entidade clínica rara, muitas vezes subdiagnosticada e que quando não tratada pode evoluir para a deformidade ou colapso das cartilagens envolvidas, perturbações oculares que podem levar à cegueira, défices auditivos e vestibulares, dificuldades respiratórias, entre outras.

CLP 45 – CLÍNICA OU EXAMES... O QUE VALORIZAR? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autor: Joana Borges¹

Co-Autores: Susana Fernandes¹; Miguel Sousa¹;

Rui Leitão¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A lombalgia é, provavelmente, um dos sintomas que mais frequentemente leva o doente a procurar um médico. Na maioria dos casos, a etiologia é benigna e sem implicações sobre a esperança de vida do doente. Existem, no entanto, sinais de alarme que devem ser levados em conta no diagnóstico diferencial.

Caso clínico: R.M.M.L., género masculino, 21 anos, sem antecedentes pessoais relevantes. Apresenta-se com um quadro clínico com cerca de 1 ano de evolução, caracterizado por sacralgias basculantes de ritmo inflamatório e rigidez matinal superior a 2 horas, sem outros sintomas associados. Da avaliação complementar, destacava-se elevação da PCR (2,4mg/dL), VS <10mm/H; HLA B27 positivo e Ressonância Magnéti-

ca (RM) das Sacroilíacas, compatível com sacroileíte bilateral, de predomínio à esquerda. Admitiu-se a hipótese de espondilartrite e foi medicado com anti-inflamatório não esteroide (AINE), com melhoria substancial da sintomatologia algica axial e normalização da PCR. Cerca de 1 ano após o diagnóstico, assistiu-se ao agravamento clínico com lombalgia e sacralgia progressivamente mais intensas e condicionando as actividades de vida diária. Por suspeita de espondilartrite refratária a AINE, iniciou agente anti-TNF α (golimumab). O doente não melhorou e mantinha sacralgia e lombalgia, constante, incapacitante e refratária. Quando questionado, referiu 2 episódios de retenção urinária parcial. Para esclarecimento do quadro clínico, realizou RM das sacroilíacas, que não evidenciava atividade inflamatória mas com «sinais sugestivos de sequelas inflamatórias» e RM da coluna lombar que identificava uma lesão tumoral intra-raquidiana, intradural e intramedular localizada em L1, na região do cone medular/cauda equina, com 35x19x14mm. Foi encaminhado para Consulta de Neurocirurgia, sendo submetido a laminectomia D12-L1-L2 e remoção macroscopicamente total da lesão intradural. O exame histológico era compatível com neuroma. O doente evoluiu favoravelmente com resolução completa do quadro algico e neurológico.

Discussão: O quadro inicial deste doente era muito sugestivo de uma espondilartrite, com lombalgia de ritmo inflamatório, rigidez matinal pronunciada, elevação de parâmetros inflamatórios, HLA B27 positivo e RM compatível com sacroileíte. No entanto, a resposta apenas parcial a AINE não é a mais habitual perante esta hipótese. Ainda assim, assistiu-se à estabilização clínica, aparentando algum controlo da doença de base. O tipo de dor que é referida após a introdução de biotecnológico tem características diferentes da dor referida até então, no ritmo, localização (lombar) e também na intensidade (dor intratável, incapacitante). Salienta-se também a associação a sintomas neurológicos, como a retenção urinária. Todos estes fatores foram levados em conta e alertaram para a necessidade de complementar a investigação diagnóstica. Assim, foi repetida a RM das sacroilíacas, cujo resultado foi ambíguo, sendo que a visualização destas imagens não revelou sinais sugestivos de sacroileíte. Procedeu-se ao estudo dirigido da coluna lombar que permitiu identificar o problema fundamental – a lesão tumoral intra-raquidiana. A pronta atitude terapêutica permitiu a recuperação completa do doente. É igualmente de salientar a importância da visualização dos exames complementares de diagnóstico

com olhar crítico da sua interpretação, bem como a necessidade de permanecer alerta para novos sinais relevantes (como a retenção urinária parcial) que foram fundamentais no correto seguimento deste doente.

CLP 46 – DOR, IMPOTÊNCIA FUNCIONAL E ALGO MAIS ...

Autor: Magda Terenas¹

1. Hospital Santa Maria

As espondilartropatias seronegativas são um grupo heterogéneo de patologias que partilham características clínicas e incluem a espondilite anquilosante, artrite reactiva, artrite psoriática, as espondilites associadas a doença inflamatória intestinal e as inespecíficas. As espondilartropatias periféricas geralmente cursam com artrite, dactilite ou entesite, e caracterizam-se pela fraca resposta à terapêutica com AINEs, podendo estar associadas a infecção prévia. As espondilartropatias axiais, frequentemente, de início insidioso, manifestam-se com dor lombar de predomínio nocturno, que melhora com o exercício e não alivia com o repouso, tendo os doentes comumente idade inferior a 40 anos.

Os autores apresentam o caso de um homem de 40 anos, caucasiano, com antecedentes de fractura da bacia que recorre a um serviço de Urgência por quadro com 48h de evolução, de poliartrite assimétrica, rigidez matinal, sudorese nocturna e anorexia. O estudo laboratorial evidenciava neutrofilia (81,8%/8800/mcL), elevação da PCR (13,69mg/dL) e leucocitúria (aprox 500cél/mcL). Teve alta medicado com amoxicilina/clavulanato, claritromicina, etoricoxib e metilprednisolona. Após término da corticoterapia, recorrência do quadro com grave incapacidade funcional a motivar internamento.

Ao exame objectivo constatou-se poliartrite assimétrica com edema (mais marcado no ombro e joelho direitos) e dor à palpação de várias articulações (intensa nos tendões aquilianos), dactilite do 2º dedo do pé esquerdo, limitação de movimentos da coluna com Schoeber de 4 cm. Laboratorialmente, elevação da PCR (8,8mg/dL) e da VS (83mm), leucocitúria, estudo de auto imunidade negativo, HLA B27+, sem hiperuricémia. Exames bacteriológicos (sangue, urina, líquido sinovial) negativos e serologia positiva (IgG) para *C. trachomatis*.

A radiografia do esqueleto demonstrou edema periarticular, diminuição dos espaços intervertebrais e al-

terações sugestivas de sacroileíte bilateral que não se confirmou em ressonância magnética. Na cintigrafia óssea era evidente uma hiperfixação articular difusa.

Realizada artrocentese do joelho direito cuja histologia da membrana sinovial revelou infiltrado inflamatório difuso.

Dada a constelação de sintomas e dados fornecidos pelos exames complementares, assumiu-se o diagnóstico de espondilartrite periférica e iniciou terapêutica com naproxeno e, posteriormente, prednisolona e metotrexato por agravamento clínico. Isolamento de *Ureaplasma urealyticum* em exsudado uretral, tendo sido medicado com doxiciclina. Em ambulatório, sob terapêutica, manteve dactilite e entesite aquiliana bilateral embora com melhoria da intensidade algica. Cumpriu fisioterapia e mesoterapia dirigida aos tendões de Aquiles. Presentemente, equacionada terapêutica com biológico tendo o doente faltado à consulta de decisão clínica.

Trata-se de um caso de espondilartrite periférica (artrite reactiva) dado o diagnóstico de uretrite não gonocócica em doente com comportamentos sexuais de risco. Esta patologia é uma artrite asséptica que se desenvolve durante ou logo após infecção bacteriana (extra-articular), geralmente genitourinária ou gastrointestinal, por agentes que não se conseguem isolar nas articulações. Está descrita a existência de recorrências, mesmo sem novos isolamentos.

Os novos critérios de diagnóstico da Sociedade Internacional de Avaliação das Espondilartrites (ASAS) baseados nos exames clínicos e complementares, contribuíram para tornar mais célere o diagnóstico das espondilartropatias seronegativas e para auxiliar na distinção entre axiais e periféricas facilitando assim uma orientação terapêutica mais adequada.

CLP 47 – POLIARTERITE NODOSA: IR PARA ALÉM DA ANGIO TC

Autor: Maria João Gonçalves¹

Co-Autores: Jorge Pires²; Aida Pereira³;

Afonso Gonçalves⁴; José Alberto Pereira da Silva⁵;

Helena Canhão¹; José Carlos Romeu⁵

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte e Unidade de Investigação em Reumatologia, IMM
2. Serviço de Medicina II, Centro Hospitalar Lisboa Norte
3. Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar Lisboa Norte
4. Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte;

5. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: A Poliarterite nodosa (PAN) é uma vasculite sistémica cuja apresentação clínica é frequentemente dominada por sintomas inespecíficos: febre persistente, emagrecimento, poliartralgias. Neste contexto, o diagnóstico é difícil e muitas vezes tardio.

O envolvimento renal da PAN é mediado por vasculite das artérias renais parenquimatosas de médio calibre¹. A tomografia computadorizada com angiografia (Angio-TC) tem tido uma utilização crescente por se tratar de um exame menos invasivo.

Material e métodos: Descreve-se a estratégia diagnóstica de um caso de PAN.

Resultados: Uma mulher de 63 anos com uma síndrome febril de origem desconhecida foi transferida do Hospital do Barlavento Algarvio para o Serviço de Infecciologia do Hospital de Santa Maria. Tratava-se de uma doente leucodérmica com história de hipertensão arterial, síndrome de apneia do sono e conjuntivite atópica que iniciara uma síndrome febril havia 10 semanas e não respondera a múltiplos ciclos de antibioterapia de largo espectro. A doente referia uma história mialgias nos membros inferiores e astenia com 3 meses de evolução e rash cutâneo cujo aparecimento relacionava com a toma doxiciclina. À observação, destacava-se hipertensão arterial difícil de controlar com os fármacos habituais (TA diastólica > 100mmHg), discreto livedo reticularis, hiperémia conjuntival e lesões eritematosas no tórax. A antibioterapia foi suspensa, iniciando anti-histamínicos e corticoides tópicos com boa resposta. A biópsia de pele confirmou achados compatíveis com toxicodermia. Laboratorialmente, apresentava elevação mantida dos parâmetros inflamatórios (proteína c reactiva 5mg/dL, velocidade de sedimentação 101mm/h), leucocitose (>15000/uL), com neutrofilia e ligeira anemia normocítica. A função renal era normal, sem sedimento urinário activo. As hemoculturas, uroculturas e serologias infecciosas foram negativas. A pesquisa de auto-anticorpos foi negativa e não houve consumo de complemento.

Foi efectuado um estudo exaustivo para excluir neoplasia oculta e a presença de focos infecciosos não aparentes. De salientar, o ecocardiograma transesofágico e a tomografia computadorizada de corpo não mostraram alterações. O mielograma revelou eosinofilia (29% da celularidade total).

No contexto de investigação de vasculite primária, realizou-se ainda biópsia de músculo e electromiogra-

ma, sem achados de relevo. Avançou-se para o angio-TC dos vasos abdominais que também não mostrou alterações. Considerando o elevado nível de suspeição de PAN, realizou-se a arteriografia abdominal. Este exame salientava na vascularização distal de todos os ramos viscerais estudados presença de microaneurismas (focos punctiformes de maior opacificação).

A doente iniciou prednisolona (1mg/kg de peso) com remissão da febre e normalização dos parâmetros inflamatórios.

Discussão: O prognóstico das vasculites sistêmicas tem melhorado drasticamente com o uso generalizado da terapia imunossupressora. No entanto, a ausência de critérios diagnósticos atrasa, com frequência, o início de terapêutica apropriada².

Na PAN, o diagnóstico é idealmente feito por biópsia dos tecidos envolvidos. No entanto, os resultados histológicos não confirmam muitas vezes a suspeita diagnóstica. Os achados da angio-TC são geralmente inespecíficos e microaneurismas em vasos de menor calibre são dificilmente visualizados³.

A angiografia permite frequentemente o diagnóstico definitivo. [3] Na medida em que o início célere da terapêutica influencia o prognóstico da PAN, a angiografia deve ser realizada tão precocemente quanto possível^{1,3}.

REFERÊNCIAS

1. Samarkos M et al, The Clinical Spectrum of Primary Renal Vasculitis, *Semin Arthritis Rheum* 35:95-111, 2005
2. Craven A et al., ACR/EULAR-endorsed study to develop Diagnostic and Classification Criteria for Vasculitis (DCVAS). *Clin Exp Nephrol.*; 17(5):619-21, 2013
3. Ozaki K et al, Renal involvement of polyarteritis nodosa: CT and MR findings, *Abdom Imaging* 34:265-270, 2009

CLP 48 – MIOSITE E MONONEUROPATIA SECUNDÁRIA A INFEÇÃO VIRAL POR COXSACKIE

Autor: Vasco C Romão¹

Co-Autores: Isabel Conceição²;

José Alberto Pereira da Silva¹; João Eurico Fonseca¹

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas - Hospital de Santa Maria
2. Serviço de Neurologia - Hospital de Santa Maria

Introdução: As infecções virais são uma importante causa de miosite auto-limitada. Porém, os Enterovirus e, dentro deste género, o serotipo Coxsackie não são habitualmente considerados agentes causais frequentes

de miosite apesar de estarem descritos alguns casos. Ainda mais rara é a associação dos vírus Coxsackie com neuropatia periférica, apenas com escassos relatos na literatura.

Material e métodos: Descrevemos um caso de miosite a que se seguiu instalação de défice motor dos dedos da mão direita, seguido na Consulta de Reumatologia do Hospital de Santa Maria.

Resultados: Homem de 23 anos, sem antecedentes relevantes, com quadro com uma semana de evolução de mialgias de ritmo inflamatório dos membros, com envolvimento simétrico, proximal e distal, sem diminuição da força muscular, associado a poliartralgias inespecíficas dos punhos e joelhos, sem tumefacção articular. Negava história de febre, astenia, anorexia, perda de peso, odinofagia, défices motores ou de sensibilidade, lesões cutâneas, sintomas respiratórios ou gastrointestinais. A observação apresentava palpação dolorosa das massas musculares dos braços e antebraços, com força motora conservada e simétrica, sem défices de sensibilidade, sem artrite ou outras alterações. A avaliação laboratorial revelou aumento dos marcadores de miólise: creatinina-quinase (CK) 2110U/L (32-294), aldolase 12.9U/L (<7.6), LDH 493U/L (208-378), AST 71U/L (0-35), ALT 73U/L (10-49). Os parâmetros inflamatórios não estavam elevados, sendo a pesquisa de autoanticorpos (anti-nucleares, anti-citoplasma de neutrófilos, factor reumatóide, anti-péptido citrulinado) e de VIH/hepatites virais negativa. A avaliação serológica infecciosa revelou IgG e IgM positivos para Coxsackie (subtipo não determinável). Foi assim colocado o diagnóstico de miosite viral e iniciada medicação sintomática com anti-inflamatórios e relaxantes musculares, com melhoria sintomática franca e normalização rápida das alterações analíticas. Um mês depois inicia queixas de parestesias e paresia/défice de força do 1º e 2º dedos da mão direita, sendo patente ao exame objectivo a incapacidade de flexão da interfalângica do 1º dedo e interfalângica distal do 2º dedo traduzida em défice da manobra de pinça compatível com sinal de Kiloh-Nevin. Realiza neste contexto electromiograma que revela lesão fascicular do nervo mediano direito ao nível do antebraço com atingimento dos ramos para os flexores dos dedos, compatível com vasculite isolada deste nervo. A ecografia músculo-esquelética não revelou alterações sugestivas de síndrome do túnel cárpico ou massas compressivas. Assumido o diagnóstico de mononeuropatia vasculítica associada a infecção viral a Coxsackie, iniciou prednisolona 1mg/kg/dia com boa evolução clínica e re-

gressão lenta mas favorável do défice motor. Sem outros sintomas e boa evolução do ponto de vista laboratorial, com desmame bem sucedido da corticoterapia.

Conclusões: Este caso é relevante pois descreve a infecção a *Coxsackie* como causa de miosite e mononeuropatia, duas complicações pouco frequentes e nunca descritas previamente em simultâneo em associação com este agente. O mecanismo de lesão neurológica não foi determinado por não ter sido possível realizar biópsia de nervo, mas especulamos que possa ser por vasculite neuropática induzida pelo vírus ou por acção directa do próprio vírus sobre o nervo. O prognóstico é favorável, pelo que é importante considerar os vírus *Coxsackie* no diagnóstico diferencial de miosite e neuropatia aguda.

CLP 49 – «MAN IN BLACK» – A CASE OF ALKAPTONURIA

Autor: Ferreira, J. F.¹

Co-Autores: Bento Rodrigues, J.²; Pires, A.²;

Cândido, M.²; Andrade, J.²; Pereira da Silva, J. A.¹

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

2. Casa de Saúde de Santa Filomena, Coimbra, Sanfil

Introduction: Alkaptonuria is a rare autosomal recessive metabolic disorder, resulting from lack of the enzyme homogentisic acid oxidase (HGA). Ochronosis is the dark pigmentation of soft tissues caused by long-lasting accumulation of homogentisic acid. Ochronotic arthritis is present in one third of the patients with alkaptonuria, can be quite restrictive and potentially misdiagnosed as osteoarthritis.

Case Report: We report a 63-year-old presenting slightly dark bluish colored urine, sclera and cartilaginous structures, namely nose and ears. His antecedents included surgery for kidney and bladder lithiasis and left total hip arthroplasty. In outpatient he complained of mechanical low back pain, right shoulder and left knee pain. He underwent a cemented total knee arthroplasty for osteoarthritis and the intervention revealed an exuberant black coloration of cartilage and tendons. There were no registered intra or post-operative complications. The 6-month follow-up showed that surgery was successful: patient walked without support and had no pain.

The condition was investigated and alkaptonuria was diagnosed basis in clinal criteria. Vitamine C was

prescribed to avoid renal lithiasis progression. His descendants were submitted to detailed clinical examination and none presented any signs or symptoms suggestive of the disease and the enzymatic and spectrophotometric determinations of HGA was negative.

Discussion: Ochronosis has a classic triad: 1) degenerative arthritis; 2) ochronotic pigmentation; and 3) urine that turns black upon alkalinization or exposure to air. Patients may present dark blue or dark pigmentation of sclera and ear cartilage, spondylarthritis, rupture of tendons, renal lithiasis and cardiovascular disease. Currently, there is no specific treatment for ochronosis and its approach is based on symptoms management

Conclusion: Patients suffering from arthritis, presenting dark blue pigmentation of sclera and ear cartilage must be investigated on suspicion of alkaptonuria. Arthroplasty is indicated in severe cases of ochronotic arthropathy, with comparable results to primary osteoarthritis.

CLP 50 – A CONTRIBUIÇÃO DA ECOGRAFIA ARTICULAR NO DIAGNÓSTICO DE OLIGOARTRITE RECORRENTE

Autor: Ferreira, J. F.¹

Co-Autores: Rovisco, J.¹; Duarte, C.¹; Malcata, A.¹;

Pereira da Silva, J. A.¹

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A oligoartrite recorrente apresenta um amplo diagnóstico diferencial que compreende a gota, espondiloartropatias seronegativas, infeções, febre reumática ou ser uma característica de um síndrome paraneoplástico. A história clínica e exames complementares simples como a ecografia articular, são frequentemente suficientes para o esclarecimento diagnóstico.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 62 anos com oligoartrite recorrente que envolve cotovelo e punho direito, com início cerca de 4 meses antes, com 3 crises durante este período, estando assintomático no período intercrítico. Verificava-se um alívio espontâneo das queixas em cerca de 5 a 6 dias ou em menos tempo com a toma de AINEs. O doente descreve episódio prévio de dor, edema e limitação funcional no tornozelo direito, 2 anos antes destes episódios, que nunca recidivou. Sem queixas axiais ao in-

quérito sistemático. Sem antecedentes familiares ou pessoais relevantes, não tomando qualquer tipo de medicação crónica.

Apresentava flexo do cotovelo direito (5°) e artrite do punho direito. Sem outras alterações. Analiticamente verificava-se elevação dos parâmetros inflamatórios durante a crise (VS 41mm/1ª h; PCR 24,34 g/L), sem outras alterações.

Na radiografia dos cotovelos apresentava, em ambos os lados, calcificações nas cartilagens articulares: no cotovelo, junto ao tendão tricipital esquerdo; nos punhos no segmento interno da articulação radiocárpica; e também nos meniscos dos joelhos. Observavam-se também sinais de osteoartrose dos interfalângicos proximais e distais das mãos.

Ecograficamente objectivou-se artrite do punho direito caracterizada por hipertrofia sinovial grau II/III e calcificações intra-articulares. Objectivou-se calcificação do ligamento triangular do carpo bilateralmente. No cotovelo direito observavam-se calcificações intraarticulares, sem rotura ou sinal doppler. Nos joelhos observavam-se calcificações dos 2 meniscos bilateralmente, verificando-se calcificação intra-articular em ambos os joelhos em forma de contos de rosário.

Discussão e conclusão: A acuidade de seus sintomas, bem como a intensidade da dor sugeriu como diagnóstico uma artropatia microcristalina, cujo diagnóstico diferencial inclui a gota e a pseudo gota. As imagens obtidas por ecografia, por serem consistentes com a doença de deposição de pirofosfato de cálcio (CPDD), confirmaram o diagnóstico o que permitiu a introdução de medicação para a prevenção de crises. A ecografia é um exame complementar acessível que nestes casos pode ter um contributo fundamental para a realização do diagnóstico.

CLP 51 – EFICÁCIA DA UTILIZAÇÃO DE UM SISTEMA PARA TRATAMENTO PALIATIVO DA HIPOSSIALIA/XEROSTOMIA EM PACIENTES COM SÍNDROME DE SJÖGREN. ENSAIO CLÍNICO

Autor: João Almeida Amaral¹

Co-Autores: Duarte Marques¹; Ruben Pereira¹; Filipe Barcelos²; José Vaz Patto²; António Mata¹

1. FMDUL

2. IPR

Introdução: A xerostomia é o sintoma de boca seca

manifestando-se com elevada prevalência nos pacientes com síndrome de Sjögren em consequência da hipossalialia associada à doença. O tratamento clássico da hipossalialia realiza-se de forma paliativa com a utilização de fármacos sialogogos de entre os quais a Pilocarpina é a primeira escolha. Recentemente têm sido introduzidos no mercado português, sistemas não farmacológicos para tratamento paliativo da Xerostomia com a vantagem de não apresentarem os efeitos secundários parasimpaticomiméticos associados à Pilocarpina. No entanto não existem estudos independentes que avaliem o sucesso destes sistemas em desfechos de interesse para o paciente. O objectivo deste ensaio clínico auto controlado é o de avaliar a eficácia de um sistema para tratamento paliativo da xerostomia em pacientes com Síndrome de Sjögren Primário.

Materiais e métodos: Ensaio clínico auto controlado com 31 pacientes diagnosticados com Síndrome de Sjögren de acordo com os critérios do *European-American Consensus Group*, e com fluxo salivar não estimulado inferior a 0,1 ml/min foram incluídos no estudo. Consideraram-se como critérios de exclusão para este estudo a presença de prótese removível total, não possuir nacionalidade portuguesa ou de um país pertencente ao PALOP bem como grávidas, lactantes e diabéticos. Nestes doentes realizou-se a seguinte intervenção: Administração de sistema para o tratamento paliativo da Xerostomia (Xeros, Dentaïd, Espanha) contendo um colutório, gel hidratante, dentífrico e um estimulante gustativo da secreção salivar. Os produtos foram aplicados segundo as instruções do fabricante durante 15 dias. O desfecho primário foi definido como a medida dos valores da questão global e do inquérito com cinco perguntas (Xerostomia Inventory-5), e a sua variação antes e depois da utilização pelo doente do sistema Xeros®. Considerou-se como desfecho secundário a medição do fluxo salivar não estimulado (FSNE) e estimulado (FSEM) antes e após a intervenção. Os resultados foram indicados como média +/- desvio padrão analisados com o Teste t de *student* emparelhado e o nível de significância aceite foi o de P<0,05.

Resultados: Os 31 pacientes incluídos no estudo foram do sexo feminino com uma média de 59,19 ± 12,86 anos. Após a realização do inquérito XI-5 verificou-se que a média das respostas à pergunta global foi de 3,71±0,64 antes da utilização do sistema paliativo e de 2,94±1,09 após. A média do score total do inquérito antes do tratamento foi de 12,55±2,17 e de 11,45±2,49 no final do tratamento. A tabela indica os valores obtidos para cada pergunta do XI-5, o fluxo salivar não es-

	Antes da utilização do sistema (Média +/- Desvio Padrão)	Após utilização do sistema (Média +/- Desvio Padrão)	Significância
Sinto a boca seca durante as refeições	21,95±0,75	1,90±0,75	P<0,05
Sinto a boca seca	2,81±0,41	2,48±0,63	P<0,05
Tenho dificuldade em comer alimentos secos	2,52±0,68	2,42±0,81	P>0,05
Tenho dificuldade em engolir certos alimentos	2,19±0,70	2,13±0,72	P>0,05
Sinto os lábios secos	2,8±0,45	2,52±0,72	P<0,05
FSNE (ml/min)	0,06±0,06	0,07±0,08	P>0,05
FSEM (ml/min)	0,36±0,32	0,45±0,40	P>0,05

timulado e estimulado mecanicamente antes e após a utilização do sistema.

Conclusões: Apesar da dimensão do efeito clínico ser modesto e a prevalência da xerostomia se manter elevada, a utilização de um sistema para tratamento paliativo da mesma diminuiu-a de forma significativa. Os valores de salivagem em repouso e estimulada mecanicamente aumentaram com a utilização do sistema embora de forma não significativa.

CLP 52 – PNEUMONIA E ARTRITE SÉPTICA: «E ESTA, HEIN?»

Autores: Ferreira, J. F.¹; Costa, C.¹; Rodrigues, M.¹; Carvalho, P.¹; Duarte, C.¹; Malcata, A.¹

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A artrite séptica pode resultar de um traumatismo, da inoculação direta de bactérias por cirurgia ou mais raramente por extensão de uma infecção óssea adjacente. Mas a maioria dos casos ocorre por propagação hematogénica. Os factores de risco para artrite séptica incluem a idade avançada, diabetes, artrite reumatóide, próteses articulares, cirurgia articular recente, infecções cutâneas e imunossupressão.

Caso clínico: Os autores apresentamo caso de uma mulher de 76 anos, com antecedentes de leucemia linfóide crónica, que recorreu ao serviço de urgência por febre, odinofagia, dispneia e tosse produtiva com início 4 dias antes. Descrevia gonalgia direita intensa de ritmo inflamatório, com início no dia anterior e agravamento progressivo, impedindo a marcha. À admissão, a doente apresentava-se polipneica em ar ambiente com saturação de O₂ periférica de 87%, hipotensa (79/47mmHg) e sub-febril (T 37,5°C). À auscultação pulmonar, o murmúrio vesicular era simétrico, apre-

sentando crepitações finas bibasais. O joelho direito estava quente, tumefacto, discretamente ruborizado e doloroso à mobilização activa e passiva. Foi realizada artrocentese com saída de 5cc de líquido purulento e hemático. Apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios (proteína C reactiva (PCR) 42.12mg/dl), leucopenia (3.000x10⁹/L), hipoxémia (paO₂ 68.8). Radiograficamente era objectivável uma condensação na base pulmonar direita com apagamento do seio costofrénico.

Segundo a Ortopedia, sem indicação para a realização de lavagem ou qualquer intervenção cirúrgica. A doente foi internada e iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxona (2g ev).

A análise do líquido revelou elevada celularidade (55.000 células/mL com 93% de polimorfonucleares). O exame bacteriológico do líquido sinovial revelou o mesmo germe que as hemoculturas: *Haemophilus influenzae*. Ao sétimo dia de internamento a doente apresentou agravamento clínico com reaparecimento de tumefacção do joelho e elevação da PCR pelo que se realizou nova artrocentese com lavagem e se associou vancomicina (ajustada à vancomycinémia) ao regime terapêutico. A cultura do líquido sinovial colhido nesta altura foi negativa. A doente cumpriu 21 dias de ceftriaxona e 14 dias de vancomicina com evolução favorável do quadro clínico e analítico, com resolução da infecção respiratória. Ao 21º dia iniciou amoxicilina/ácido clavulânico 625mg 8/8h (po) que cumpriu outros 21 dias.

Reavaliada onze dias após o término da antibioterapia, a doente mantinha a gonartrite à direita, com manutenção da elevação da PCR (5.62mg/dl). Repetiu artrocentese com saída de um líquido amarelo citrino. A cultura permaneceu negativa. Foi medicada com naproxeno 500mg 2id durante um mês, com resolução do derrame e diminuição dos parâmetros inflamatórios (PCR 0.56mg/dl). A doente realizou também reabilita-

ção, tendo recuperado funcionalmente.

Discussão e conclusão: O *Haemophilus influenzae* é uma bactéria gram-negativa, pequena sem motilidade, pleomórfica. É um colonizador comum do tracto respiratório superior e estritamente um agente patogénico humano. Antes da introdução da vacina conjugada para o *H. influenzae* serotipo b (a variante mais comum), esta bactéria era a principal causa de epiglote, bacterémia, meningite bacteriana e artrite séptica em crianças. A introdução da vacina diminuiu o número de infeções profundas com *H. influenzae* em crianças

Já em adultos, o *H. influenzae*, raramente provoca artrite séptica, estando associado a condições que condicionam imunossupressão. Desde que se generalizou o uso da vacina para o *H. influenzae*, a incidência de infeção invasiva diminuiu dramaticamente, não sendo reportados casos de artrite séptica por este agente desde o final da década de 90.

CLP 53 – DOR CRÓNICA NO SÍNDROMA DE BEHÇET: LOMBALGIA E FIBROMIALGIA - EXPERIÊNCIA DE UM ANO DUMA CONSULTA ESPECIALIZADA

Autores: Filipa Alçada¹; Joana Borges²; Susana Fernandes²; José Vaz Patto²

1. Centro Hospitalar Leiria-Pombal
2. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: O Síndrome de Behçet (SB) é uma doença inflamatória sistémica actualmente classificada no grupo das vasculites. A base do diagnóstico parte da experiência do médico e deve sempre incluir a exclusão das múltiplas doenças que poderão ter manifestações idênticas. Os critérios de diagnóstico ou classificação, embora dirigidos à investigação clínica são, habitualmente, usados como auxiliar do diagnóstico individual. As manifestações mais frequentes e, habitualmente, menos graves são as relacionadas com o envolvimento muco-cutâneo (ulcerações orais e genitais e as lesões cutâneas). Aquelas que obrigam a tratamento agressivo, pelo risco de cegueira, relacionam-se com envolvimento ocular (uveítes e vasculite retiniana). Não incluídas nos referidos critérios e também potencialmente graves são as que resultam dos envoltimentos neurológico e vascular. À semelhança de outras doenças, determinadas manifestações a que há alguns anos pouca importância se lhes dava, sendo simplesmente ignoradas, felizmente, pela sua forte influência na qua-

lidade de vida passaram a ser descritas e divulgadas na literatura científica. A Fibromialgia (FM) tem sido descrita recentemente associada ao SB e parece não se relacionar com a actividade da doença, mas sim com depressão.

Métodos: Foi efectuado estudo retrospectivo no qual foram incluídos 51 doentes com critérios de Doença de Behçet (ISGBD, 1990), observados em consulta de Reumatologia (SB) durante um ano. Foi calculada a prevalência de aftose oral e genital, lesões cutâneas, positividade do teste patérgico, uveíte, envolvimento do sistema nervoso central (SNC) e envolvimento vascular, assim como foi calculada a prevalência da FM e da lombalgia não associada à FM.

Resultados: Verificou-se que a maioria dos doentes observados eram mulheres (80,4%), com idade média de 48 anos, com as seguintes manifestações: Aftose oral recorrente (AOR) em todos os doentes; aftose genital (AG) em 44 doentes (86,3%); lesões cutâneas em 44 doentes (86,3%); teste patérgico positivo em 9 dos 25 doentes que o realizaram (36%); uveíte em 18 doentes (35,3%); envolvimento do SNC em 8 doentes (15,7%); envolvimento vascular em 9 doentes (17,6%), tendo 6 doentes flebotrombose profunda (11,8%). A terapêutica efectuada específica para o SB distribui-se pelos seguintes medicamentos por ordem de frequência: colchicina (54,9%), corticosteróides (39,2%), anti-inflamatórios não-esteróides (25,5%), azatioprina (21,6%), ciclosporina (15,7%), sulfassalazina (5,9%), infliximab (3,9%), ciclofosfamida (1,9%). Foi diagnosticada FM em 8 doentes (15,7%) e apresentavam de lombalgia crónica, sem critérios de FM, 13 doentes (25,5%).

Discussão e conclusão: A dor crónica é uma condicionante importantíssima nos doentes com SB, uma vez que afecta directamente a qualidade de vida social e laboral. A dor crónica persiste muitas vezes em doentes que se encontram em remissão das manifestações clássicas do SB. Por outro lado, a associação da dor crónica ao SB traz, também, algumas dificuldades a nível da escolha terapêutica. Estima-se uma prevalência de FM de 3% na Europa, 3-6% no mundo, observando-se um aumento desta nos doentes com SB observados na nossa consulta (15,7%), dados estes semelhantes aos descritos na literatura internacional. Relativamente à lombalgia crónica, apresenta também prevalência aumentada no presente estudo (25,5%) comparativamente aos 5% de doentes menores de 30 anos e 20% de doentes maiores de 60 anos com este diagnóstico na população geral, sendo desconhecidos dados na literatura acerca da prevalência da lombalgia isolada no

SB. Não se encontraram neste estudo diferenças estatisticamente significativas no que respeita às diferentes manifestações clínicas do SB entre os grupos com FM e lombalgia crónica e aqueles que não apresentavam estas entidades. Seria desejável que, no futuro, fossem efectuados estudos prospectivos, com um maior número de doentes, com grupos de controlo e com estudo da relação com a actividade da doença.

CLP 54 – CIFOESCOLIOSE: AS LESÕES CUTÂNEAS TAMBÉM IMPORTAM!

Autores: Ferreira, J. F.¹; Coutinho, M.¹; Duarte, C.¹; Pereira da Silva, J. A.¹

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A Neurofibromatose tipo 1 (NF1) é uma doença de transmissão autossómica dominante, caracterizada, principalmente, pela presença de lesões cutâneas hiperpigmentadas de cor «café com leite» e neurofibromas (sendo os dérmicos os mais comuns). Pode associar-se a manifestações cardiovasculares, oftalmológicas e osteoarticulares, sendo que, neste último grupo, se encontra cifoescoliose em cerca de 8% dos casos. **Caso clínico:** Doente do sexo feminino, de 38 anos de idade, referenciada à consulta de Reumatologia por dorso-lombalgia mecânica, associada à instalação progressiva de escoliose dorso-lombar (com início na adolescência e agravamento progressivo, sobretudo nos últimos 12 anos). Referia alívio algico com paracetamol. Associadamente, referia a existência de lesões cutâneas pigmentadas, dispersas por todo o corpo, sem outras queixas articulares ou sistémicas. Referia a existência de lesões cutâneas idênticas no filho mais novo.

Ao exame objectivo geral, evidenciava inúmeras lesões cutâneas de cor «café com leite», dispersas por todo o tegumento, bem como lesões efelióides axilares e inguinais e pequenos nódulos cutâneos de consistência fibroelástica nas pálpebras superiores e inferiores. Ao exame reumatológico destacava-se a presença de cifose dorsal, associada a uma marcada escoliose lombar estrutural.

O estudo analítico não revelou qualquer alteração. O estudo radiológico confirmou a marcada cifose dorsal e uma exuberante escoliose lombar, sem fracturas nem lesões líticas.

Foi colocada a hipótese diagnóstica de Neurofibromatose tipo 1 (de acordo com os critérios de diagnós-

tico do *National Institute of Health*, 1990) e solicitada uma consulta de Genética, onde foi confirmado o referido diagnóstico na doente e no seu filho. Foi solicitada igualmente uma consulta de Ortopedia (a qual a doente se encontra a aguardar).

Discussão e conclusão: A cifoescoliose representa uma das múltiplas causas de lombalgia podendo, desta forma, motivar a referenciação a uma consulta de Reumatologia. Contudo, a sua associação com manifestações sistémicas, nomeadamente cutâneas e neurológicas, poderá indiciar a presença de um diagnóstico clínico de particular gravidade, exigindo a realização de uma investigação e orientação de carácter multidisciplinar.

Apesar de não existir tratamento médico eficaz para prevenir ou reverter as lesões características da NF1, o estabelecimento atempado do diagnóstico permite o aconselhamento genético e a detecção precoce de complicações tratáveis.

CLP 55 – FACTORES DE RISCO AMBIENTAIS NA ESCLEROSE SISTÉMICA PROGRESSIVA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores: Susana Fernandes¹; Joana Borges¹; Luis Cunha Miranda¹; Paulo Coelho¹; José Vaz Patto¹
1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: Na actualidade, existe um crescente interesse em relação à associação da Esclerose Sistémica com determinados agentes tóxicos, ambientais e ocupacionais, que funcionem como factores de risco/ *triggers* de doença. A exposição a «pesticidas», enquanto substância química utilizada na agricultura para combater infestações, é um desses factores, com casos documentados na literatura associados a Esclerose Sistémica.

Caso Clínico: Doente de 65 anos de idade, empresário reformado, grande fumador (53 UMA), sem outros antecedentes pessoais relevantes nem medicação habitual, com história de três meses de evolução de poliartalgias de ritmo inflamatório dos joelhos, punhos e pequenas articulações das mãos, associada a edema e endurecimento cutâneo simétrico, inicialmente das mãos, com rápida progressão proximal e com grande limitação funcional, localizado nos membros superiores até ao cotovelo e nos inferiores até ao terço proximal da perna. Referia também anorexia e perda ponderal significativa. O início da sintomatologia foi relacionado

com contacto com pesticida para erradicação de parasitas em roseiras (desconhecendo o nome/composição). Foi negado fenómeno de Raynaud e sintomatologia respiratória, cardiovascular, gastrointestinal ou renal. O doente foi internado para investigação sob a hipótese principal de Esclerose Sistémica Progressiva (com avaliação de envolvimento multisistémico) e para exclusão de Síndrome Paraneoplásico nomeadamente de neoplasia primária do pulmão. Do estudo realizado apresentava analiticamente eosinofilia ($1,16 \times 10^9/L$), velocidade de sedimentação elevada (46 mm/h) e positividade de anticorpos antinucleares (título 1/640, padrão finamente granular, com mitoses), sem outras alterações na auto-imunidade. A Capilaroscopia do leito ungueal revelou hemorragias, magacapilares e algumas áreas avasculares. A Ecografia de avaliação poliarticular não revelou derrame articular nem sinal Doppler em nenhuma articulação. Na avaliação pulmonar apresentava reforço hilar esquerdo na radiografia, opacidades subpleurais irregulares em ambos os pulmões, opacidade de sugestão nodular a nível do lobo inferior esquerdo e várias formações ganglionares de morfologia conservada mas dimensões aumentadas nos escavados axilares, documentadas na tomografia computadorizada. As Provas de Função Respiratória mostraram: diminuição ligeira da capacidade de difusão do monóxido de carbono (80,4%). Foi posteriormente avaliado em Pneumologia com realização de Broncofibroscopia, Lavado Bronco-Alveolar com exame bacteriológico, micobacteriológico, citológico e de imunofenotipagem que se revelaram negativos e com Biópsia pulmonar que se revelou inconclusiva dada a escassez da amostra. A restante avaliação mostrou ainda próBNP no limite superior do normal e Ecocardiograma Transtorácico com raiz da aorta dilatada e ligeira insuficiência aórtica, sem evidência de hipertensão pulmonar. Valor da PSA, Ecografia prostática, renal e abdominal sem alterações relevantes. Realizou Biópsia Cutânea no Serviço de Dermatologia do hospital de área de residência que revelou «acentuada fibrose em toda a derme, sem infiltrado inflamatório significativo nem lesões de vasculite, sugestivo de Esclerodermia».

Discussão: Existe na literatura um conjunto de dados que relacionam a utilização de produtos químicos como solventes orgânicos, resinas ou pesticidas com várias doenças reumáticas sistémicas. Na Esclerose Sistémica, alguns dos estudos reportam a relação entre a exposição a estes agentes e o início/aumento do risco de doença, mas o seu papel na indução de auto-imunidade e na promoção de inflamação crónica ainda é

desconhecido. No que diz respeito a agentes relacionados com agricultura, sabe-se por um lado que a prevalência de ANA está aumentada na população rural exposta cronicamente a herbicidas e pesticidas e, por outro, que existe um risco acrescido de morte por doença reumática sistémica nestes indivíduos. Curiosamente, o risco parece ser semelhante em termos ocupacionais (em indivíduos que trabalhem na agricultura) e em indivíduos expostos a produtos relacionados. Os quadros clínicos descritos, relacionados com estes agentes, têm algumas diferenças clínicas comparando com a Esclerose Sistémica não associada a químicos, partilhando no entanto diversas características. Neste caso, a relação temporal com a utilização do tóxico, a ausência de fenómeno de Raynaud, a progressão rápida e agressiva da fibrose cutânea, que se apresentou histologicamente sem inflamação perivascular, e a escassez de padrão auto-imunidade para além de positividade de ANA, são características clínicas de uma forma de doença associada à utilização de pesticidas enquanto factores de *trigger* de Esclerose Sistémica, como está descrito na literatura.

Conclusão: Este caso clínico pretende enfatizar que, mesmo a exposição ocasional a determinados químicos em actividade de lazer (jardinagem/ agricultura), pode estar associada a risco de desenvolvimento de Esclerose Sistémica.

CLP 56 – HIPERPARATIROIDISMO E HIPERURICEMIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores: Joana Borges¹; Susana Fernandes¹; Filipe Barcelos¹; Rui Leitão¹
1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: O hiperparatiroidismo é uma entidade clínica heterogénea, sendo muitas vezes o diagnóstico colocado na investigação de hipercalcémia e manifestações clínicas inespecíficas. Descreve-se um caso de hiperparatiroidismo num doente com gota poliarticular crónica e insuficiência renal e discutem-se as hipóteses de diagnóstico.
Caso Clínico: J.S.S., género masculino, de 66 anos, caucasiano, com antecedentes de hipertensão arterial, gota tofácea crónica poliarticular, com mais de 10 anos de evolução, litíase renal e insuficiência renal crónica secundária a nefropatia úrica. O doente evidenciava má adesão à terapêutica, particularmente ao alopurinol, mantendo uricémia elevada e episódios de agudização

de artrite, com resposta substancial à medicação sintomática (coluicina e anti-inflamatório). Apresentou-se com um quadro clínico, com cerca de 4 meses de evolução, caracterizado por astenia, lentificação psico-motora e mal-estar inespecífico. Da avaliação complementar, destacava-se hipercalcémia (máximo 13,6mg/dL) e hiperparatiroidismo (hormona paratiroideia (PTH) máxima 814). Realizou pulso endovenoso de pamidronato, com subsequente normalização dos níveis de calcémia (11,28mg/dL). Solicitou-se cintigrafia das paratiroideias que documentou hiperfixação localizada no quadrante inferior direito compatível com adenoma da paratiroide inferior direita, sem áreas de hiperfixação ectópica. A tomografia computadorizada cervical mostrou imagem nodular.

Discussão e conclusão: O doente referido é exemplificativo das complexas interações entre patologias distintas. Neste caso, as alterações metabólicas *de novo* com hipercalcémia e hiperparatiroidismo são altamente sugestivas de hiperparatiroidismo primário, sendo a causa mais frequente deste o adenoma da paratiroide. No entanto, atendendo aos antecedentes do doente, nomeadamente insuficiência renal crónica em contexto de nefropatia úrica, poderíamos igualmente suspeitar de um hiperparatiroidismo terciário, resultante da hiperplasia de uma das glândulas paratiroides, com hipersecreção independente da calcémia. Em contrapartida, os níveis elevados de paratormona também parecem influenciar os valores de uricémia. Vários autores determinaram a existência de níveis mais elevados de ácido úrico em doentes com hiperparatiroidismo. Múltiplos mecanismos têm sido propostos, desde a ação direta da PTH sobre o transporte tubular de ácido úrico até a redução de volume secundária à desidratação potencialmente resultante da hipercalcémia. Assim, no doente citado, o progressivo desenvolvimento de hiperparatiroidismo pode ter contribuído para a manutenção de uricémias mais elevadas.

CLP 57 – CASO CLÍNICO – ARTROPATIA DESTRUCTIVA DO TORNOZELO

Autor: Bárbara Campos¹

Co-Autores: Manuel Resende Sousa²; Nuno Oliveira¹

1. CHLO

2. Hospital Beatriz Angelo

Introdução: Doente do sexo feminino de 79 anos com dor no tornozelo direito e joelhos bilateral com cerca

de 15 anos de evolução e que a confinavam a deslocação em cadeira de rodas há 10 anos.

Material: Doente do sexo feminino, 79 anos, com antecedentes de hiperuricémia medicada, sem outros antecedentes relevantes. Recorreu à nossa consulta por dor no tornozelo direito. A imagiologia revelava uma artropatia avançada, com destruição de superfícies articulares condicionando um varismo acentuado do tornozelo, incluindo fractura de stress do peroneo.

Métodos: Foi realizada uma artrodese tibio-talo-calcânea com interposição de alo enxerto:

Abordagem externa e remoção do peróneo, cruentação da subastragalina, optando-se por manter astrágalo de forma a obter uma plataforma estável para receber alo-enxerto de banco de osso de Coimbra. Preparação da metáfise distal da tibia paralela a superfície do astrágalo e aporte de alo-enxerto metáfise distal fémur. Foi documentada fotograficamente a cirurgia.

A doente cumpriu o protocolo de recuperação instituído.

Resultados: Pós-operatório imediato com membro sem dismetria aparente e pela forma do alo-enxerto simula a presença dos 2 maléolos nativos. Ao 1 ano Pós-operatório mantinha-se um bom alinhamento do membro verificando-se ainda a interface entre o osso nativo e o alo enxerto.

Aos 2 anos verifica-se um quase desaparecimento da interface entre o osso nativo e o halo enxerto, com manutenção do alinhamento do membro

Foi utilizado o Score AOFAS.

Discussão: O diagnóstico da patologia reumatológica nem sempre é realizado.

Dentro do espectro das patologias reumatológicas que cursam com artropatias destrutivas extensas, a artrite reumatóide parece ser a mais provável. No entanto, neste caso, dado a idade da doente e a extensão da doença, a artrodese era a opção mais correcta independentemente do diagnóstico e os resultados assim o demonstram. A perda de mobilidade da subastragalina foi compensada parcialmente com a marcha dentro de sapato de sola convexa.

Conclusão: A artrodese é uma opção cirúrgica muito útil no caso de dor intensa em artropatias destrutivas.

CLP 58 – FRACTURA FEMORAL BILATERAL EM DOENTE COM TRATAMENTO PROLONGADO COM BIFOSFONATO

Autor: Nuno Gonçalves Geada¹

Co-Autores: Bruno José Canilho¹; Nuno Figueira Lança¹; Bruno Mota Silva¹; Marina Escobar¹; Ines Mafra¹; Rogerio Barroso¹; José Franco¹
 1. Hospital Nossa Senhora Rosario – Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução: Os bifosfonatos são considerados os fármacos de primeira linha no tratamento da osteoporose e na prevenção das fracturas com a localização típica das fracturas osteoporóticas. Contudo, nos últimos anos têm sido publicados casos que descrevem a ocorrência de fracturas femorais atípicas, (subtrocantéricas ou diafisárias) com características radiológicas bem definidas associada à toma prolongada de bifosfonatos, efeitos estes que poderão ocorrer mesmo após suspensão do fármaco.

Este tipo de fractura parece ser raro representando na maior parte dos estudos menos de 1% de todas as fracturas do fémur. Contudo, em muitos casos estas ocorrem de forma bilateral, o que as torna uma situação com uma recuperação mais demorada e complexa.

Material e métodos: Apresenta-se o caso de uma doente de 65 anos, sexo feminino que recorreu ao Serviço de Urgência do nosso Hospital por dor intensa em ambas as coxas após queda da própria altura. Referia dor ligeira local de início há 6 meses. Como antecedentes pessoais apresentava hipertensão arterial e dislipidémia medicadas e toma de bifosfonatos há mais de 10 anos. Sem história de neoplasia, anorexia, perda ponderal recente, menopausa precoce ou toma de corticóides.

À observação apresentava incapacidade de mobilizar os membros inferiores devido a dor intensa, sem evidência de compromisso neurocirculatório dos mesmos. Foi realizada avaliação radiológica de urgência e observados os exames prévios que a doente já tinha efectuado devido ao quadro arrastado de dor.

Resultados: Na observação radiológica actual revelava fractura subtrocantérica direita e diafisária do fémur esquerdo, em ambos os casos com traço de fractura transversal com cortical interna espiculada e espessamento da cortical externa. No estudo comparativo de radiograma efectuado 6 meses antes já era visível a presença de espessamento da cortical externa com um traço de fractura na mesma. A doente tinha também realizado na mesma altura cintigrafia óssea que demonstra hipercaptação no local das actuais fracturas compatível com fracturas de stress, sem outras alterações relevantes no restante esqueleto.

A doente foi submetida, bilateralmente, a encavi-

lhamento femoral anterógrado com parafuso cefálico. Aos 4 meses após fractura radiologicamente apresentava um atraso de consolidação particularmente a nível da fractura diafisária femoral esquerda, tendo sido submetida a dinamização das cavilhas. Actualmente aos 8 meses após fractura, apresenta marcha autónoma e radiologicamente sinais de consolidação e remodelação de ambas as fracturas.

Conclusão: Tal como no caso descrito, muitos casos de fractura femoral atípica relacionada com bifosfonatos resultam de trauma menor, com sintomas prodrómicos e de forma bilateral. Na maior parte dos estudos publicados este tipo de fractura ocorre sobretudo na toma cumulativa de bifosfonatos superior a 5 anos. O efeito cumulativo da terapêutica pode ainda atrasar a consolidação e remodelação da fractura, podendo tornar necessário o uso de terapêuticas adicionais.

Os bifosfonatos mantêm-se como os fármacos antiosteoporóticos de primeira linha. Contudo, relembra-se com a descrição deste caso que o seu uso deve ser criterioso, com particular atenção para sintomas prodrómicos de microfracturas femorais e, eventualmente, monitorizado através de estudo radiológico ocasional.

CLP 59 – PROGRAMA DE APOIO À PRESCRIÇÃO MÉDICA DE OSTEODENSITOMETRIA

Autor: Moisés Henriques¹

1. Centro de Medicina Naval; Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

Introdução: A osteoporose é uma doença de elevada prevalência nos países ocidentais, incluindo Portugal. A osteodensitometria é considerada o método padrão para o diagnóstico e seguimento da evolução dos doentes com osteoporose, contudo não se reconhece como sendo um exame de rastreio universal. A Norma de Orientação Clínica número 001/2010 de 30 de Setembro de 2010 da Direção-Geral da Saúde baliza a prescrição da osteodensitometria na osteoporose do adulto. Este trabalho tem por objetivo otimizar o acesso aos conteúdos desta norma com vista à sua ampla utilização.

Material e métodos: Construção de uma página de internet contendo um programa de apoio à prescrição médica de osteodensitometria baseado na norma de orientação clínica anteriormente citada.

Resultados: A página de internet é formada por três

campos principais referentes, respetivamente, aos dados do médico, dados do utente e à prescrição de osteodensitometria. Esta página possui uma hiperligação para a versão oficial da norma e outro para o endereço eletrónico do autor. Esta ferramenta é compreensível e de fácil utilização, havendo a opção de arquivar os dados recolhidos em suporte de papel. O programa criado para assessorar a atividade médica constitui uma mais-valia que não deve ser restrita apenas a um grupo de médicos. Nesse sentido o programa está disponível num endereço eletrónico; o acesso é livre e gratuito. Além da inequívoca utilidade desta nova ferramenta de trabalho para os médicos, pretende-se aproveitar esta oportunidade para recolher alguns dados que serão alvo de análise ulterior.

Conclusão: O racional das normas de orientação clínica é beneficiar todos os intervenientes, diretos e indiretos, nos cuidados de saúde; otimizar a aplicação das mesmas é elevar ainda mais esse ideal. O programa disponibilizado numa página de internet apelativa, de fácil e rápido preenchimento, permite aos médicos cumprir as exigências vigentes sem esforços adicionais. Todos os reumatologistas interessados poderão usufruir desta ferramenta após a sua divulgação.

CLP 60 – HIPEROSTEOSE ESQUELÉTICA IDIOPÁTICA DIFUSA: O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ESQUECIDO

Autor: Carlos Rodrigues¹

Co-Autores: César Lima e Sá²; Elza Pires¹;

Lúcia Marinheiro Dias¹

1. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

2. Centro Hospitalar do Alto Ave

Palavras Chave: hiperosteose esquelética idiopática difusa, DISH, espondilite anquilosante

Introdução: A Hiperosteose Esquelética Idiopática Difusa (DISH) ou Doença de Forrestier-Rotes-Querol é uma doença degenerativa de causa desconhecida caracterizada por calcificação e ossificação de tecidos moles, nomeadamente ligamentos e enteses. Esta afecta sobretudo homens (65%) e, apesar de se poder desenvolver na segunda década, normalmente o diagnóstico é feito a partir da quinta e a sua prevalência aumenta com a idade, situando-se entre os 3 e os 30% nos homens maiores de 50 anos, dependendo dos critérios diagnóstico utilizados. É uma patologia comum mas altamente subdiagnosticada.

Existem diferentes definições, provavelmente correspondentes a diferentes fases da doença: para Utsinger et al, o diagnóstico pode ser feito na presença de apenas uma ponte óssea intervertebral, sendo que para Forrestier et al serão necessárias duas pontes, enquanto para Resnick et al, que definiu os critérios mais usualmente empregues, a doença só está estabelecida caso existam três pontes.

Apesar de muitas vezes assintomática, esta patologia pode evoluir com periartrites diversas, bem como rigidez vertebral, limitação da mobilidade, cervicalgia, ou disfagia, podendo ainda, raramente, ocorrer lesões medulares.

Dada a sua alta prevalência e a importância das possíveis complicações, bem como as semelhanças entre muitos dos achados clínicos e radiológicos com os encontrados na Espondilite Anquilosante (EA), torna-se imperativo para os profissionais de saúde um maior conhecimento e reconhecimento desta patologia. Assim, pretendeu-se com o presente fazer uma revisão da bibliografia de modo a esclarecer os critérios de diagnóstico de DISH bem como dos pontos fundamentais que a distinguem da EA.

Material e métodos: Foram efectuadas pesquisas nas bases de dados *Medline* e *Cochrane Library* e seleccionados os artigos escritos em língua inglesa com relevância para os objectivos propostos.

Resultados: Apesar da investigação ser relativamente escassa, alguns autores procuraram relações entre a DISH e outras patologias que cursam com hiperformação óssea no esqueleto axial, nunca tendo sido possível estabelecer uma ligação com as espondiloartropatias seronegativas, como a EA. Também não foi encontrada qualquer relação com o HLA-B27, o qual tem sido historicamente associado com as espondiloartropatias seronegativas. No entanto, conhecem-se algumas patologias associadas, como a Diabetes Mellitus tipo 2, a obesidade, a hipertensão arterial, a dislipidemia e a hiperuricemia, podendo estas constituir factores de risco para a doença. A DISH parece também aumentar o risco de doença cardiovascular e ser uma causa importante de disfagia e obstrução da via aérea, devendo ser incluída entre os diagnósticos diferenciais destas condições.

Segundo Resnick et al, o diagnóstico deve ser estabelecido na presença de calcificações fluídas ao longo do aspecto antero-lateral de, pelo menos, 4 vértebras contíguas, na ausência de evidências radiográficas abundantes de alterações degenerativas nos discos, com preservação da sua altura, e na ausência de an-

quiloze das articulações apofisárias, bem como de erosões, esclerose ou fusão das sacroilíacas. Não obstante, existem duas outras definições que podem permitir um diagnóstico ou estabelecer uma suspeita diagnóstica mais precoces.

Conclusões: Os critérios de Resnick são os mais amplamente aceites, no entanto, antes do estabelecimento de 3 pontes ósseas, provavelmente existe um estadio em que apenas existem duas (Forrestier), antecedido por outro em que apenas existe uma (Utsinger) ou nenhuma ponte.

A pluralidade de definições tem dificultado o conhecimento da real prevalência, sendo necessários estudos longitudinais de longa duração para que a história natural da doença seja avaliada, e se possa mais facilmente estabelecer uma definição unânime.

Apesar da sua utilidade para diferenciar a DISH da EA, esta definição é ainda insuficiente para um diagnóstico precoce, bem como para diferenciar a DISH da EA nos doentes mais idosos, cujas alterações degenerativas na sacroilíaca podem parecer-se com fusões ósseas nas radiografias frontais.

São escassas as investigações e publicações acerca desta patologia. Com uma pesquisa na Pubmed pode ser constatado que as publicações sobre DISH são cerca de 20 vezes mais escassas do que aquelas acerca de EA, não sendo incomum a confusão diagnóstica entre elas. No entanto, considerando a gravidade de algumas das suas manifestações bem como a sua alta prevalência, devem ser feitos esforços no sentido de aumentar o conhecimento e o interesse entre os especialistas e investigadores de diversas especialidades (Fisiatria, Reumatologia, Ortopedia, Endocrinologia, Patologia, Radiologia, etc.), de modo a expandir o conhecimento e reconhecimento desta patologia.

CLP 61 – APENAS 52 ANOS E HISTÓRIA DE POLIFRACTURAS E OSTEOPOROSE MULTIFACTORIAL

Autor: Patrícia Gomes¹

1. Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Introdução: A Osteoporose é uma doença sistémica crónica devastadora, afectando milhões de pessoas no mundo. É caracterizada pela diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitatura do osso, que levam à fragilidade óssea e aumento do risco fracturário (nomeadamente das vértebras dorsais e lombares, ex-

tremidade proximal do fémur e distal do rádio). As fracturas osteoporóticas constituem um verdadeiro desafio para os ortopedistas, devido ao provável aumento do tempo de consolidação com maior risco de não consolidação e de falência de osteossíntese, o que retarda a reabilitação, e à significativa morbimortalidade associada. Esta patologia, muitas vezes silenciosa, é de difícil tratamento e seguimento, apesar dos múltiplos recursos terapêuticos disponíveis, desempenhando um importante papel na área da Saúde Pública com grande impacto socioeconómico.

Material e métodos: (Caso clínico com suporte imagiológico). Mulher de 51 anos, internada no serviço de Ortopedia por queda da própria altura com fractura subcapital do fémur direito. Como antecedentes pessoais realça-se: menopausa precoce aos 29 anos após histerectomia com anexectomia bilateral no contexto de endometriose, e diagnóstico de osteoporose, através das osteodensitometrias realizadas (realçando o exame efectuado aos 36 anos que revela um T score <-2.5). Doente realizou múltiplas terapêuticas, entre as quais, terapia hormonal de substituição, calcitonina, suplementos de cálcio e vitamina D, bifosfonatos e ranelato de estrôncio. A destacar hipotireoidismo medicado e história de múltiplas fracturas por quedas da própria altura: fractura do radio distal direito aos 6 anos e do esquerdo aos 20 anos, da tacícula radial aos 36 anos, do cóccix aos 46 anos, supracondiliana do fémur aos 47 anos e fractura de vertebra lombar aos 50 anos. Aos antecedentes junta-se diagnóstico de Atrofia de Sudeck ao nível do membro inferior direito após entorse da tíbio-társica, controlada com fisioterapia, simpatectomia, analgesia com fentanil, tramadol e eléctrodo de estimulação medular. Apresenta ainda quadro de depressão, ansiedade e somatização (que pode complementar a Síndrome descrita), medicado com antiepiléticos, antidepressivos e ansiolíticos. Como hábitos: tabagismo, ingestão de mais de 3 cafés/dia e inactividade física, mobilizando-se sobretudo através de cadeira de rodas.

Métodos: Cirurgia de hemiartroplastia da anca com biópsia óssea intraoperatória da asa do ilíaco. Pedidas análises recentes de seguimento da osteoporose.

Resultados: Não se registaram complicações relativas à cirurgia, reabilitação e terapêutica médica. Doente teve alta ao 7º dia pós-operatório, tendo sido permitida carga parcial até 8 semanas com auxílio de canadianas, período após o qual iniciou carga total. Sob tratamento com bifosfonatos e cálcio. Analiticamente, realça-se anemia, hipocalcémia e hipomagnesémia, sem al-

teração do nível da velocidade de sedimentação e do doseamento da fosfatase alcalina, vitamina D, PTH e TSH. Aguarda resultado da biópsia óssea realizada.

Conclusão: O caso clínico apresentado retrata um exemplo complexo de Osteoporose multifactorial com história de diversas fracturas, que corroboram o conceito de cascata fracturária. A doente foi seguida desde cedo, tendo sido sujeita a múltiplas terapêuticas. Considerando todo o historial podemos referir que os factores de risco major presentes são: fractura vertebral prévia, fractura de fragilidade depois dos 40 anos, menopausa precoce e propensão para quedas aumentada. Quanto aos factores de risco minor temos: terapêutica crónica com anti-epiléticos, baixo aporte de cálcio na dieta, tabagismo, consumo excessivo de cafeína e imobilização prolongada. A Osteoporose é uma doença crescente em todo o mundo que beneficia de tratamento medicamentoso, porém continua a ser subdiagnosticada e subtratada, mesmo após ocorrência de fractura de fragilidade. A melhor forma de agir contra esta epidemia é aumentar o empenho/esforço e adequado diagnóstico e tratamento.

CLP 62 – OSTEoARTROPÁTICO: ESTUDO DE DOR NEUROPÁTICA NAS DOENÇAS REUMÁTICAS

Autor: Tiago Manuel Venâncio Meirinhos¹
1. CHBV - Aveiro

Introdução: A dor é o sintoma mais frequente nas doenças reumáticas. Na sua fisiopatogenia encontra-se geralmente um distúrbio na percepção nociceptiva, por dano nos tecidos, que evolui, muitas vezes, para dor central com características de dor neuropática (DN). Quando os dois componentes da dor coexistem no mesmo doente, a sua diferenciação é clinicamente importante, uma vez que esses componentes exigem abordagens terapêuticas diferentes, sob pena de insucesso no alívio da dor. A dor neuropática nas doenças reumáticas é ainda um tema pouco abordado na literatura, talvez pela inexistência de critérios diagnósticos claros e uniformes.

Objectivos: Determinar, numa coorte de doentes com Artrite Reumatóide (AR), Osteoartrose (OA) Espondilartrose axial (SpAa) e periférica (SpAp), a prevalência de DN, possíveis correlações entre a sua presença e a actividade e duração da doença. Comparação da prevalência de DN na coorte de doentes face ao grupo controlo.

Materiais e métodos: Estudo transversal. Variáveis analisadas: sexo, idade, duração da doença, medicação e co-morbilidades. Todos os doentes responderam a uma EVA de dor, DN4 e EQ-5D. Nos doentes com AR e SpAp foi ainda determinado o DAS28, nas SpAa o BASDAI e BASFI e na OA o WOMAC. Grupo controlo constituído por indivíduos saudáveis, randomizados com os doentes em idade e sexo, tendo todos respondido ao DN4. Análise estatística por SPSS, versão 18, com testes estatísticos adequados aos princípios de cada amostra.

Resultados: Foram incluídos 216 doentes (80 com AR, 48 com SpAp, 46 com SpAa e 42 com OA), 85 homens e 131 mulheres, com média de idades de 55.27±14.62 anos e duração média da doença de 10±11.87 anos. 48 doentes apresentavam DN4≥4 no entanto, apenas 3 faziam medicação para DN. A prevalência nas diferentes patologias foi de 40.47% na OA, 18.75% na AR, 23.91% nas SpAa e 10.42% nas SpAp; a maior prevalência na OA em relação aos diferentes grupos é estatisticamente significativa (p<0.01). A prevalência de DN foi superior nos doentes, em comparação com os controlos, nos grupos da OA (OR=23,12 CI 95% (2,88-185,41) e nas SpA (OR=8.62 CI 95% (1.1-67.25)), o que não se verificou no grupo da AR (OR 1,75 CI 95% (0,59-5,21)). Verificámos também que, apesar da prevalência de DN aumentar com a duração da doença, tal diferença não foi estatisticamente significativa em qualquer das patologias estudadas. Em relação à actividade da doença, verificámos que a prevalência de DN aumenta com o BASDAI (p<0.02) nas SpAa e com o DAS28 na AR (p<0,02). Não foi encontrada relação com valores mais elevados de WOMAC na OA. Como esperado, valores mais elevados de EVA de Dor foram encontrados nos doentes com DN4≥4 (p<0,001).

Conclusão: Este estudo revela um componente neuropático importante na nossa coorte de doentes. A patologia com maior prevalência de DN é a OA, o que vai ao encontro dos dados encontrados na literatura. Esta discrepância na prevalência, menor nas patologias inflamatórias, certamente carece de mais estudos, podendo no entanto ser colocada a hipótese do uso de terapêuticas mais eficazes, como os DMARDs, ser a causa. O presente trabalho vem demonstrar a necessidade de um melhor entendimento dos mecanismos e tipos de dor nos doentes reumáticos, sendo a dor nociceptiva apenas parte do espectro de dor. Estudos adicionais são necessários para investigar a importância da dor neuropática nas doenças reumáticas, e a sua relação com a evolução da doença subjacente.

CLP 63 – O SÍNDROME ANTI-SINTETASE E A DIVERSIDADE DOS ANTICORPOS ANTI-SINTETASE: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Autor: Raquel Silva¹

Co-Autores: João Tiago Serra¹; Maria Fernanda Paixão Duarte¹

1. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

O Síndrome Anti-sintetase (SAS) foi descrito como uma tríade de miosite, doença pulmonar intersticial difusa (DPID) e presença de autoanticorpos contra as aminoacil-transferase RNA sintetases, vulgarmente denominados anticorpos anti-sintetase (anti-ARS). Artrite, fenómeno de Raynaud e febre podem estar presentes.

Na polimiosite e dermatomiosite, os anticorpos anti-ARS são positivos em 20 a 25% dos casos e neste grupo o atingimento pulmonar é frequente e condiciona o prognóstico. Têm sido identificados vários anticorpos anti-ARS. O mais frequente é o anti-Jo-1. Mais rara é a presença do anticorpo anti-PL7.

Apresentam-se dois casos de SAS.

Homem de 53 anos, caucasiano, com mialgias, artrite das mãos, ombros e joelhos e edemas distais dos membros inferiores e mãos. Referia dificuldade nas atividades diárias e rigidez matinal. Objetivava-se eritema peri-ungueal e diminuição da força muscular proximal predominantemente nos membros superiores. Negava fenómeno de Raynaud, dispneia ou sintomatologia constitucional. As análises revelaram hemoglobina 12.9 g/dL, velocidade de sedimentação (VS) elevada, creatinaquinase (CK) aumentada (1152 UI/L), fator reumatóide 96 UI/ml e anticorpos anti-CCP2 e anti-PL7 positivos. O anticorpo anti-Jo-1 foi negativo e a capilaroscopia inespecífica. A radiografia das mãos evidenciou edema das partes moles. O eletromiograma (EMG) e as provas respiratórias funcionais (PFR) não mostraram alterações.

Admitiu-se o diagnóstico de SAS com artropatia inflamatória associada (sobreposição). Com metotrexato e corticosteroides, houve melhoria da sintomatologia e normalização da CK.

Homem de 44 anos, negro, com cansaço, mialgias, artralhas, artrite e expectoração hemoptoica. Apresentava diminuição da força muscular de predomínio proximal, artrite, espessamento cutâneo e eritema descamativo peri-ungueal. VS elevada, CK aumentada (1677 U/L), LDH 389 U/L, aldolase 18,1 U/L e o anticorpo anti-Jo-1 foi positivo. A capilaroscopia sugeria Raynaud

secundário. As PFR revelaram insuficiência respiratória do tipo restritivo e a tomografia computadorizada mostrou espessamento do interstício intralobular e septos, envolvendo os segmentos postero-basais de ambos os lobos inferiores. O lavado bronco-alveolar foi negativo para bacilos ácido álcool resistentes. O EMG não mostrou alterações e a biópsia muscular identificou sinais de miopatia inflamatória.

O doente fez tratamento com corticoides e ciclofosfamida, com melhoria franca. Atualmente está sob metotrexato.

CLP 64 – NECROSE AVASCULAR DO ASTRÁGALO EM CONTEXTO DE CORTICOTERAPIA

Autor: Marina Escobar¹

Co-Autores: Bruno José Canilho¹; José Franco¹

1. Hospital Nossa Sra do Rosário – Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução: A corticoterapia é um adjuvante importante no controlo da patologia reumatológica. Contudo, são conhecidas as suas complicações, nomeadamente a necrose avascular.

Nove a 40% dos doentes sob corticoterapia prolongada desenvolvem necrose óssea avascular, embora também possa ocorrer em administrações curtas de altas doses do fármaco.

A necrose avascular afecta, principalmente, as epífises dos ossos longos, sendo a sua localização a nível do astrágalo na ordem dos 1,7% da totalidade de casos. Caracteriza-se clinicamente por dor local e limitação funcional, com a progressão do processo degenerativo. A deteção precoce é essencial, especialmente em indivíduos susceptíveis, uma vez que as opções de tratamento são escassas e muitos doentes afectados pela necrose óssea avascular associada a corticoterapia são indivíduos jovens e activos.

Aborda-se caso clínico de doente com osteonecrose do astrágalo, no contexto de corticoterapia de longa duração e revisão teórica do tema.

Material e métodos: Reporta-se o caso clínico de doente do sexo feminino, 56 anos com queixas de dor a nível do tornozelo direito e limitação da marcha. Verificou-se inversão fixa do tornozelo e marcha apoiada sobre a face externa do pé. Os radiogramas revelaram osteoartrose tíbio-astragalina grau III e calcâneo-astragalina grau IV (classificação de Kellgren e Lawrence),

com esclerose óssea marcada do corpo do astrágalo e colapso de cerca de metade da sua altura do lado interno a condicionar desvio em varo.

A doente negava história de trauma do tornozelo e hábitos etanólicos. Tinha como antecedentes patológicos relevantes um quadro de pericardite e efusão pleural aos 45 anos, tendo iniciado tratamento empírico com corticoide que manteve durante 3 anos, por suspeita de patologia reumática. O quadro algico a nível do tornozelo iniciou-se cerca de um ano após suspensão da corticoterapia.

Resultados: A clínica, corroborada pela avaliação imagiológica e história pregressa, foram sugestivas de necrose óssea avascular do astrágalo relacionada com a corticoterapia. Devido ao avançado processo degenerativo articular, foi proposta intervenção cirúrgica, artrodese do tornozelo, que a doente recusou. Por agravamento algico, regressou após 6 anos, verificando-se a nível radiológico colapso completo da metade interna do astrágalo, fractura de stress do perónio homolateral e fractura do planalto tibial interno do joelho contra-lateral devido à sobrecarga provocada pelas alterações do padrão de marcha.

Actualmente, 5 anos após a artrodese do tornozelo direito e 4 anos após prótese total do joelho esquerdo, a doente é capaz de marcha autónoma, sem queixas algicas relevantes.

Conclusões: Nos doentes sob corticoterapia, especialmente em contexto de doença reumática devido à frequência de poliartralgias nesta população, é necessário manter um alto índice de suspeição para a necrose óssea avascular, uma vez que o diagnóstico tardio está muitas vezes associado a consequências graves. Este caso clínico, por relatar o atingimento relativamente incomum do astrágalo, alerta para a necessidade de pesquisar activamente a necrose óssea avascular em doentes com antecedentes de corticoterapia e queixas algicas articulares de novo.

CLP 65 – OSTEOMALACEA HIPOFOSFATÉMICA RESISTENTE A VITAMINA D

António Vilar¹, João Paulo Silva², Augusto Marinheiro³

1. Instituto Português de Reumatologia
2. Hospital São João de Deus
3. Hospital dos Lusíadas

ACRS 69 anos sexo feminino operária fabril reformada pela doença actual.

Em julho de 2001 com 56 A é por nós observada referenciada pela consulta de Ortopedia do H Santa Maria.

Queixava-se desde há 3 anos com dores na anca esquerda e depois também na direita constantes com alívio pelo repouso mas sem remissão. Tinha ainda mal estar com fraqueza e dores musculares proximais nos membros inferiores que evoluíam desde então progressiva e consistentemente. Raquitismo na infância.

Medicada sucessivamente em Clínica Geral e Ortopedia com analgésicos e AINE'S sem qualquer resposta clínica. Marcha com 2 canadianas.

Análises com ligeira anemia e fosfatase alcalina(FA) ligeiramente elevada. Proteínas de fase aguda normais, fator reumatóide e WR negativos, função renal e hepática normais. Radiografias da bacia com imagens nos femores de pseudo fraturas de Looser-Milkman.

Perante a suspeita diagnóstica pedimos o metabolismo fosfocálcico que confirmou hipofosfatémia com hipocalciúria e FA ligeiramente elevada.

Cintigrafia óssea confirma fraturas diafise femoral.

Medicada com 10.000U de vitamina D3 durante 6 meses, efetuou em 1-2012 biopsia óssea marcada com tetraciclina (2-10-2) com padrão de osteomalacea, banda única de tetraciclina e aumento osteóide.

Inicia medicação em 3-2002 calcitriol 0,5 mg + fósforo 1,5 g com melhoria 2 meses depois estima em 40% com menos dores e mais força muscular com normalização das calciúrias mas sem normalizar a fosfatémia.

Após 3 meses sem fósforo, retoma com 2,2g e aumento progressivo do calcitriol em 3 meses até á dose de 1,5 mg dia com a qual normaliza a fosfatémia em 6-2003.

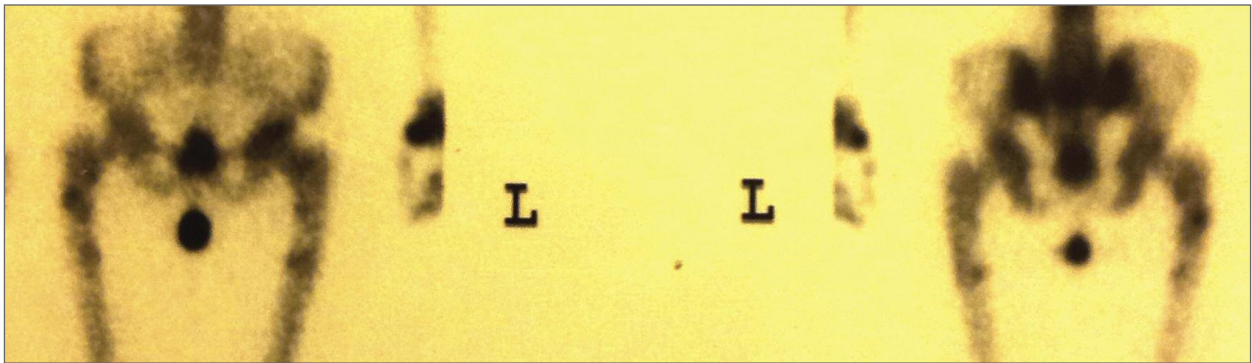
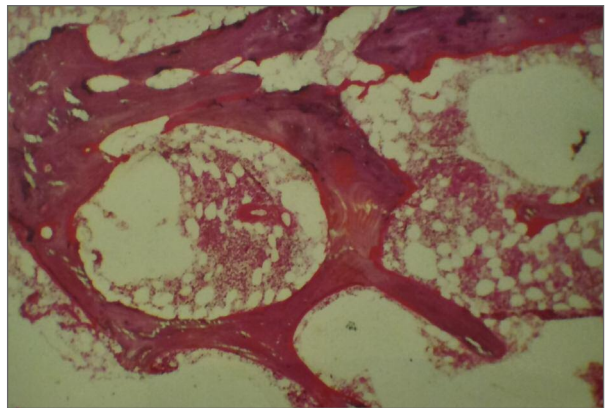
Em agosto 2003 já andava sem canadianas. Cintigrafia 7-2003 com melhoria das fraturas de Looser.

Queda em 12-2004 com fratura sub trocantérica dt operada com osteosíntese AO sem melhoria das dores apesar da normalização do metabolismo fosfo-cálcico.

Reoperada em abril de 2005 osteosíntese com cavilha gama estática com melhoria sintomática imediata, consolidação lenta mas progressiva da fratura. Sem queixas relevantes desde 2005 até hoje.

Desde 2010 que faz calciomiméticos (paricalcitol 1 mg) fósforo 0,75 g. Sem fraturas de Looser-Milkman e normalidade do metabolismo fosfo-cálcico.

Conclusão: num caso de osteomalacea hipofosfatémica resistente à vitamina D, é possível obter boa consolidação óssea embora com tempos alargados, com uma osteossíntese estável e uma adequada terapêutica médica.



CLP 66 – ESCLEROSE SISTÊMICA PROGRESSIVA E BRADICARDIA SINUSAL: UM CASO CLÍNICO DE ENVOLVIMENTO CARDÍACO INFREQUENTE

Susana Fernandes¹; Joana Borges¹; Cândida Silva¹; Helena Madeira¹; Luís Cunha Miranda¹; Paulo Coelho¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A Esclerose Sistémica pode afectar potencialmente todas as estruturas cardíacas, sendo o envolvimento cardíaco um factor de mau prognóstico e um importante preditor de mortalidade. Estes doentes podem apresentar várias anomalias do sistema de condução relacionadas com a fibrose das estruturas do sistema cardionector. As arritmias mais frequentemente descritas são as taquicardias supraventriculares. As bradiaritmias são consideradas raras na Esclerose Sistémica.

Caso Clínico: Doente de 57 anos, género feminino, com diagnóstico de Esclerose Sistémica Progressiva com envolvimento cutâneo, articular e cardiopulmonar

com 10 anos de evolução. Apresentava história prévia de Canal estenótico lombar, Bócio Multinodular, Tireoidite Auto-imune, Hipertensão Arterial, Hipercolesterolemia e Miomatose Uterina com realização de histerectomia e anexectomia bilateral. O quadro clínico manifestou-se inicialmente por fenómeno de Raynaud trifásico, poliartralgias de ritmo inflamatório das pequenas articulações de mãos e pés, esclerodactilia, hemorragias peri-ungueais, queixas secas e cansaço fácil. Analiticamente apresentava positividade de ANA, titulação de 1/640, anti-centrómero positivo e megacapilares e hemorragias, com «padrão lento/precoce» na Capilaroscopia inicial. Durante vários anos manteve-se clinicamente estável e sem repercussão cardíaca ou pulmonar da doença, avaliada por electrocardiograma (ECG), ecocardiograma com Doppler (EcoDoppler), próBNP, radiografia de tórax (Rx) e provas de função respiratórias (PRF) anuais. Em Julho deste ano, foi internada por agravamento de cansaço com tonturas e sensação de lipotímia. Na observação apresentava bradicardia de cerca 40 bpm, bem tolerada e com estabilidade hemodinâmica, pulsos amplos, regulares e si-

métricos e sem sopros, extrassons ou estase na auscultação e sem edemas periféricos. Atendendo a eventual causa iatrogénica, foi diminuída dose de Pregabalina até 75 mg/dia, sem alterações registadas nas frequências cardíacas ou sintomatologia e sem outros fármacos bradicardizantes. Da investigação destaca-se função tiroideia normal, bradicardia sinusal de 44 bpm (ECG), aumento do índice cardiotorácico (Rx tórax), regurgitação mitral e tricúspide ligeiras, aurícula esquerda ligeiramente dilatada, pressão indirecta na artéria pulmonar de 40-42 mmHg sugestivo de hipertensão pulmonar ligeira (EcoDoppler) e, no registo Holter, frequências de 39bpm (média), 81bpm (máxima), 25bpm (mínima) com pausas prolongadas (maior com 2,72 segundos), extrassístole ventricular/supraventriculares infrequentes e isoladas. Foi contactado o serviço de Cardiologia do hospital de área de residência por Bradicardia Sinusal Sintomática, tendo a doente colocado pacemaker definitivo sem intercorrências. Em reavaliação posterior, salienta-se a melhoria das queixas de cansaço, tonturas e sensação de lipotímia que motivaram o internamento.

Discussão: O envolvimento cardíaco na Esclerose Sistémica tem subjacente dois mecanismos principais: o primeiro, mais inicial, é o vasospasmo coronário com desenvolvimento de aterosclerose precoce e acelerada; o segundo, é a fibrose miocárdica característica (do próprio músculo cardíaco, válvulas, pericárdio e sistema cardionector) que pode ser subclínica durante um período considerável de tempo e, quando se expressa clinicamente, traduz uma fase já avançada da doença. As anomalias no sistema de condução são frequentes na Esclerose Sistémica, o que se pensa ser resultado de fibrose e da isquémia nestas estruturas. A relação entre fibrose no sistema de condução e no miocárdio é variável. Quando ocorre, o que está descrito como relativamente frequente, ocorre tipicamente no nódulo sinoauricular, associando-se a formas ligeiras e raramente sintomáticas. As alterações mais comuns são as arritmias supraventriculares e ventriculares (estas últimas risco acrescido de morte súbita), apresentando estes doentes, em média, frequências cardíacas mais elevadas que a população em geral e maior número de focos ventriculares ectópicos. Este caso clínico traduz um envolvimento cardíaco infrequente, uma vez que as alterações de condução, quer sintomáticas quer sob a forma de bradiarritmias têm uma incidência baixa nestes doentes, segundo o que está descrito na literatura.

Conclusão: Este caso clínico pretende enfatizar que o diagnóstico precoce e tratamento das bradi e taquiar-

ritmias é essencial na Esclerose Sistémica, sob o risco acrescido de paragem cardiorespiratória e morte súbita. Por outro lado, o envolvimento cardíaco nestes doentes tem uma expressão clínica variável e os clínicos que seguem estes doentes devem estar alerta para esta multiplicidade de manifestações.

CLP 67 – FEBUXOSTATE NA GOTA ÚRICA

Joana Borges¹; Susana Fernandes¹; Sara Cortes¹; Helena Santos¹; Cândida Silva¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A gota úrica é a forma de artrite inflamatória mais comum. Resulta da deposição de cristais de monourato de sódio nas articulações, quando a uricémia ultrapassa o limiar de solubilidade de ácido úrico (7,6mg/dL). O tratamento a longo prazo depende da utilização de fármacos hipouricemiantes, como o alopurinol e, mais recentemente, o febuxostate. Embora seja habitualmente bem tolerado e eficaz, a utilização de alopurinol pode ser limitada por co morbilidades ou por alergia à substância ativa, que pode culminar na síndrome de hipersensibilidade, potencialmente fatal. O febuxostate, um novo inibidor da xantina oxidase não selectivo para as purinas, pode surgir como uma alternativa segura e eficaz nestes doentes. Apresentamos o caso de três doentes em que foi iniciada a terapêutica com eficácia e boa tolerância.

Caso Clínico 1: F.M., género masculino, de 67 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidémia, asma brônquica e alergia ao alopurinol com reação urticariforme. Apresentou-se com quadro clínico de gota úrica com cerca de quinze anos de evolução, com progressiva deformação articular. Apresentava uricémia de 9,1mg/dL. Foi medicado com colquicina (0,5mg/dia), deflazacorte (3mg/dia), anti-inflamatório não esteroide (AINE) e losartan (50mg/dia). Após tratamento de dessensibilização, foi realizada nova tentativa de reintrodução de alopurinol (150mg/dL) que o doente não tolerou, apresentando novamente reação cutânea. Mantinha, no entanto, níveis de uricémia elevados (máximo 11,1mg/dL), associados a episódios de artrite das mãos e punhos. Decidiu-se introduzir febuxostate (80mg/dia), com subsequente redução do número de crises articulares e descida dos níveis de ácido úrico (atualmente, 7,0mg/dL).

Caso Clínico 2: F.A.L.S., do género masculino, atualmente com 76 anos. Relatava antecedentes de hiper-

tensão arterial, dislipidemia, litíase renal e gota tofácea crónica desde os 50 anos, com envolvimento dos joelhos, tibio-társicas, pés e punhos, referindo igualmente história de reação alérgica ao alopurinol. Ensaçou-se a reintrodução de alopurinol na dose de 25mg/dia, que o doente não tolerou, apresentando nova reação alérgica com exantema generalizado e edema dos lábios. Assim, optou-se por manter apenas medicação sintomática com AINE (diclofenac, 150mg/dia), colquicina (0,5-1mg/dia) e, posteriormente, deflazacorte (3-6mg/dia). O doente evoluiu com valores persistentemente elevados de uricémia (máximo 11,2mg/dL) e com manutenção da sintomatologia articular, com episódios recorrentes de oligoartrite envolvendo, de forma variável, o cotovelo esquerdo, punhos, mãos, joelhos, tibio-társicas, pés. Decidiu-se introduzir febuxostate (80mg/dia) com subsequente normalização dos níveis de ácido úrico (<5,5mg/dL). Refere-se, no entanto, irregularidade na aquisição deste fármaco, que se reflecte em valores flutuantes de uricémia e também na gravidade e frequência dos sintomas articulares.

Caso Clínico 3: F.D.B.P, género masculino, 65 anos de idade, com história de Gota Tofácea com cerca de 20 anos de evolução com envolvimento de punhos, cotovelos, joelhos e tibio-társicas, Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Diabetes Mellitus tipo 2 não insulino tratada e Litíase Renal. O doente fez reacção alérgica ao alopurinol com ocorrência de lesões cutâneas descamativas extensas. Fez posteriormente terapêutica com uroquinase (urolyte®) em associação a sulfapyrazone 200 mg/dia (anturane®) adquirido no Canadá que o doente descontinuou, colchicina (1-2 mg/dia) com intolerância gastrointestinal associada. Por apresentar crise de gota úrica aguda frequentes e valores persistentemente elevados (com máximo objectivado de uricémia de 11,0 gr/dL), foi introduzida probenecida 500 mg/dia em esquema, e colchicina 1 mg e AINE (diclofenac 75 mg) em período crítico, que o doente cumpriu de forma irregular. Desde então, houve agravamento do tofos gotosos, episódios de agudização de artrite a nível de metacarpofalângicas, punhos, cotovelos, joelhos e tibio-társicas, assim como manutenção de uricémia de cerca 8-9 mg/dL. Por este motivo, foi equacionada a recente introdução de febuxostate (80mg/dia) e aguarda-se a evolução clínica e analítica do doente.

Discussão: Os casos clínicos ilustram a realidade dos doentes com gota, terem múltiplas co-morbilidades, devendo a prescrição de qualquer fármaco ser criteriosa. O febuxostate demonstrou a sua eficácia nestes

doentes, embora podendo ser condicionada pela acessibilidade ao mesmo. Em Portugal o acesso a esta molécula encontra-se limitado, os casos apresentados mostram que os doentes podem de facto beneficiar deste fármaco quer na redução das crises inflamatórias quer na descida da uricémia para níveis inferiores ao limiar de solubilidade de ácido úrico.

CLP 68 – ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E ACTIVIDADE FÍSICA EM MULHERES COM FIBROMIALGIA

Ricardo Santos¹; Iolanda Vila¹; Ana Rita Simão¹; Alexandra Cardoso¹; Rita Fernandes¹; Luis Cunha Miranda²; Filipe Barcelos²; Helena Santos²; José Vaz Patto²

1. Nutricionista, Instituto Português Reumatologia
2. Reumatologista, Instituto Português Reumatologia

Introdução: A fibromialgia (FM) é uma síndrome de dor crónica generalizada, de etiologia indeterminada, caracterizando-se por uma dor músculo-esquelética difusa e fadiga persistente que não melhora com o repouso¹. O impacto da FM na qualidade de vida e na função física é substancial, nesta patologia os doentes possuem uma reduzida funcionalidade para as actividades do dia-a-dia, dispensando mais tempo para as realizar. Além do comprometimento das capacidades físicas, apresentam distintos níveis iniciais de condição física, podendo exercitar-se de moderada a alta intensidade², enquanto, para outros pode desencadear o índice de dor³. Os pacientes com FM apresentam um baixo nível de actividade física em comparação com pessoas saudáveis e grande parte delas é sedentária^{4,5}. Podemos então dizer que, a fibromialgia provoca um impacto negativo importante na qualidade de vida dos pacientes, correlacionando-se fortemente com a intensidade da dor, fadiga e decréscimo da capacidade funcional, envolvendo tanto os aspectos pessoais, profissionais, familiares e sociais.

O objectivo deste estudo é analisar o nível de actividade física, a qualidade de vida e a sua relação com a composição corporal, em mulheres com fibromialgia. **Materiais e Métodos:** Este estudo transversal foi constituído por 11 doentes do sexo feminino, recrutados da consulta de reumatologia do IPR. Para a selecção dos participantes foram adoptados os critérios de inclusão (doentes com diagnóstico principal de FM que cumpriam os critérios do ACR e que aceitaram partici-

par no estudo) e de exclusão (grávidas, doentes com *pacemaker* e idade inferior a 18 anos). Foi utilizado o questionário de impacto da FM (FIQ >70: grave) para avaliar os sintomas relacionados com a FM. Este mede a função física, trabalho, bem-estar, e contém uma escala visual analógica (EVA) para dor, sono, fadiga, rigidez, ansiedade e depressão. Utilizou-se também o IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*; baixo nível <600 METs), um instrumento que permite estimar o tempo semanal gasto na realização de actividades físicas de intensidade moderada a vigorosa e em diferentes contextos das actividades de vida diários (trabalho, tarefas domésticas, transporte e lazer). Por fim, a qualidade de vida foi avaliada pelo SF-12. Estes questionários foram aplicados na sua versão traduzida e validada para a língua portuguesa, por meio de uma entrevista assistida. A avaliação nutricional incluiu o cálculo do IMC e a análise da composição corporal através da InBody720 para determinação da percentagem de gordura corporal.

Resultados: A idade média da amostra foi de 58 anos, com IMC médio de 27kg/m², MG média de 33,4%, em que 66% apresentava excesso de gordura corporal. O score médio do FIQ foi de 83 [53-117], no qual mais de 66% da amostra apresentou um score elevado. A classificação da actividade física pelo IPAQ, representada na forma de METs, revelou que 33% apresentava um dispêndio energético baixo, 24% um dispêndio moderado e 33% da amostra um dispêndio elevado. Foram encontradas correlações entre o score FIQ, composição corporal e qualidade de vida ($p < 0,05$), mas sem associação com o IPAQ. Verificou-se que a qualidade de vida, nomeadamente, a capacidade mental, possui uma correlação negativa significativa com o FIQ. **Conclusão:** Apesar de se tratar de um grupo reduzido de doentes, com base na análise destes dados, verificou-se o elevado impacto da FM nesta amostra, e a sua relação maioritária com o componente de saúde mental, facto já reportado por outros autores, que concluíram que em doentes do sexo feminino com FM, com o aumento no score de FIQ existe uma maior propensão para o aparecimento de problemas a nível mental⁶⁻⁷. A análise das capacidades físicas é um elemento de relevância clínica na avaliação complementar da FM, e neste estudo o dispêndio energético nas AVD foi relativamente baixo, em conjunto com o excesso de tecido adiposo. São necessárias estratégias de promoção de actividade física para atingir uma maior parte da população com FM, que não realiza actividade física dentro das recomendações actuais para o estado de saúde.

Desta forma, recomenda-se que esta população seja educada sobre os benefícios do exercício físico e do peso ideal, com objectivo de melhorar a dor, o estado geral de saúde^{2,8} e o impacto atribuível à própria doença FM.

REFERÊNCIAS

1. Wolfe et al, 1990
2. Valim et al, 2003
3. VanSanten et al, 2002
4. Heredia et al, 2009
5. Clark et al, 1993
6. Kashikar-Zuck et al, 1995
7. Ciconelli, 1997
8. Busch, 2010.

CLP 69 – MULHERES COM GONARTROSE: A RELAÇÃO COM A OBESIDADE E GORDURA CORPORAL

Ana Rita Simão¹; Ricardo Santos¹; Iolanda Vila¹; Alexandra Cardoso¹; Rita Fernandes¹; Luis Cunha Miranda²; Filipe Barcelos²; Helena Santos²; José Vaz Patto²

1. Nutricionista, Instituto Português Reumatologia
2. Reumatologista, Instituto Português Reumatologia

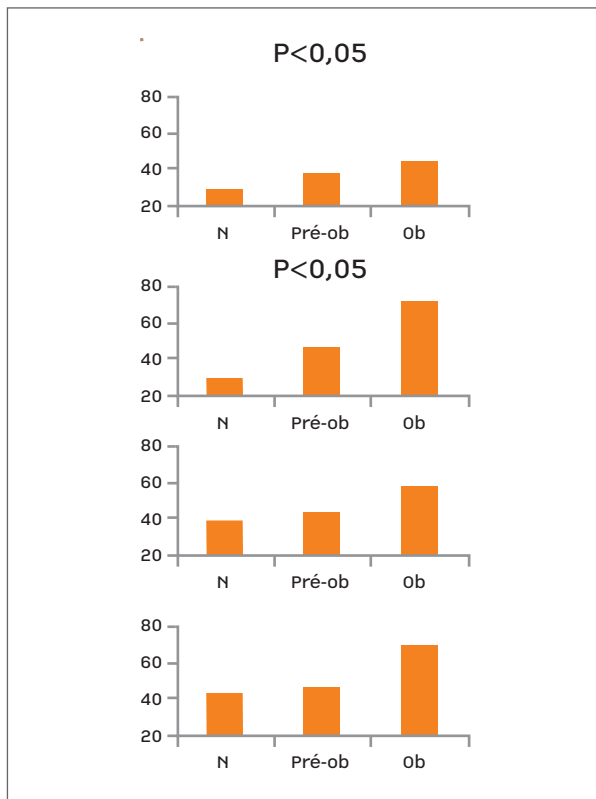
Introdução: A OA é a doença reumática mais prevalente, apresentando uma progressão contínua na maior parte dos casos. Atinge as articulações sinoviais e caracteriza-se por alterações na cartilagem articular, havendo a degradação progressiva da matriz extracelular da cartilagem e conseqüente diminuição do espaço articular na área de maior suporte de carga^{1,2}. Os sintomas clínicos da OA do joelho estão aumentados em indivíduos obesos e sabe-se que a perda de peso pode amenizar estes sintomas, bem como diminuir o risco de desenvolvimento de OA no joelho³. Estudos epidemiológicos têm demonstrado que a obesidade é um importante factor de risco para o desenvolvimento de OA do joelho e da anca⁴, quer pela carga mecânica, quer pelo excesso de produção de citocinas pró-inflamatórias, que podem desempenhar um papel fisiopatológico na OA⁵.

O objectivo deste estudo foi estudar a relação entre o IMC, a gordura corporal e os *scores* do WOMAC de dor, rigidez e capacidade funcional em indivíduos com OA do joelho.

Material e métodos: Este estudo caracteriza-se por ser um estudo transversal constituído por 21 mulheres, recrutadas da consulta de reumatologia do IPR. Para a

QUADRO I. COMPARAÇÃO DAS CLASSES DE IMC COM AS VARIÁVEIS EM ESTUDO, *P<0,05.

	Normoponderal (n)	Pré-obesidade (n)	Obesidade (n)
Massa gorda*	28,8±5,8	37,5±2,7	45,0±2,9
Score de dor do WOMAC*	30,1±26,9	45,8±25,8	72,9±15,6
Score de rigidez do WOMAC	39,7±27,3	44,7±27,3	58,4±31,3
Score de capacidade funcional do WOMAC	43,6±22,9	46,8±24,9	71,5±14,8



selecção dos participantes foram adoptados critérios de inclusão (doentes com OA e que aceitaram participar no estudo) e de exclusão (grávidas, pacemaker e idade inferior a 18 anos). Para a recolha dos dados foi utilizado o questionário «The Western Ontario and McMaster Osteoarthritis Index» (WOMAC) para avaliar a intensidade da dor, rigidez articular e dificuldades funcionais decorrentes da OA do joelho. Este questionário foi aplicado na sua versão traduzida e validada para a língua portuguesa, por meio de uma entrevista assistida. A avaliação nutricional incluiu o cálculo do IMC e a análise da composição corporal através da InBody 720 para determinação da percentagem de gordura (MG).

Resultados: A amostra de 21 mulheres tinham um idade média de 67 anos, distribuídas maioritariamente pela classes de pré-obesidade e obesidade (76%), e na qual 71,4% apresentava excesso de gordura corporal. Verificou-se que o IMC se correlacionou com os scores WOMAC de dor e de capacidade funcional e a MG estava relacionada com um índice superior de dor (WOMAC) ($p<0,05$). Ao comparar as classes de IMC com as variáveis em estudo (Quadro 1), verificou-se que todas as variáveis aumentam com a classe de IMC, contudo, só foram estatisticamente significativos na MG e no score de dor do WOMAC.

Ao analisar a média dos scores do WOMAC em função da gordura, observou-se que as doentes com excesso de MG apresentavam scores tendencialmente superiores de dor, rigidez e incapacidade funcional, comparativamente às mulheres com gordura corporal normal ($p>0,05$).

Conclusões: Com este estudo concluiu-se que o IMC estava relacionado com os scores do WOMAC, nomeadamente, a dor e a incapacidade ($p<0,05$). O grau de obesidade estava associado à massa gorda e apresentou influência positiva no score de dor, agravando este índice do WOMAC ($p<0,05$). As doentes com excesso de gordura corporal revelaram índices superiores de dor, rigidez e incapacidade, embora sem significado estatístico.

Assim, a obesidade é um importante factor de risco no desenvolvimento e progressão da OA e na diminuição da função física, havendo a diminuição da qualidade de vida nestes doentes^{6,7}. A perda de peso deve ser o tratamento de primeira escolha para adultos obesos com OA do joelho, para atingir o objectivo principal, minimizar a progressão das lesões, controlar a dor, melhorar e prevenir limitações e deformidades articulares, o estilo e a qualidade de vida dos doentes⁸⁻¹⁰. Reduzir a carga articular proveniente da obesidade requer uma abordagem multifacetada que incorpora programas de prevenção primária e secundária, a melhoria da educação pública sobre a perda de peso, actividade física e protecção articular⁷. Assim, os cuidados na OA

devem envolver uma abordagem multidisciplinar com o objectivo de atenuar os sintomas e melhorar a função articular¹¹.

REFERÊNCIAS

1. Natalio, Oliveira, Machado, 2010
2. Giorgi; Vieira, E.A., Vieira, E.L., 2012
3. Gudbergesen et al., 2013
4. Lui et al., 2012
5. Han et al., 2013
6. Yusuf, 2012
7. Ackerman, Osborne, 2012
8. Messier, 2010
9. Somers et al., 2012
10. Franco et al., 2009
11. Homoud, 2012