

Lisboa, Hotel Sana Metropolitan
22 e 23 de Setembro de 2016

9º CURSO DE
REUMATOLOGIA
PRÁTICA
EM CUIDADOS
PRIMÁRIOS ●



DIRECTOR DO CURSO

Prof. Doutor Jaime C. Branco

SECRETÁRIO DO CURSO

Dr. Pedro de Moura Reis

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA

Disciplina de Reumatologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Nova
de Lisboa e Serviço de Reumatologia do CHLO,
EPE - Hospital Egas Moniz

PROGRAMA CIENTÍFICO

9º CURSO DE REUMATOLOGIA PRÁTICA EM CUIDADOS PRIMÁRIOS

DIRECTOR DO CURSO

Prof. Doutor Jaime C. Branco

SECRETÁRIO DO CURSO

Dr. Pedro de Moura Reis

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA

Disciplina de Reumatologia
da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade NOVA de Lisboa
Serviço de Reumatologia
do CHLO, EPE – Hospital Egas Moniz

DOCENTES CONVIDADOS

Dra. Ana Rodrigues
Dra. Carina Lopes
Prof. Doutor Fernando Pimentel Santos
Profª Doutora Helena Canhão
Prof. Doutor Jaime C. Branco
Dr. João Gomes
Dr. José Marona
Dra. Maria João Gonçalves
Dra. Maria Manuela Costa
Mestre Pedro Laires
Dr. Santiago Manica
Dr. Walter Castelão

PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS

Ordem dos Médicos

Associação Portuguesa de Formação Médica Contínua



APFMC
Associação Portuguesa
de Formação
Médica Contínua

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO

 **PRISMÉDICA**
Departamento Médico de Congressos

Av. Miguel Bombarda, 61 - R/c Esquerdo | 1050-161 Lisboa
T. 21 358 43 80 | F. 21 358 43 89 | M. 91 849 44 68
congressos@prismedica.pt | www.prismedica.pt

5ª FEIRA, 22 DE SETEMBRO DE 2016

08h30 Abertura do secretariado. Entrega de documentação.

09h15 **Questionário de autoavaliação pré-curso**

09h45 Tema 1 - **DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE**

Profª Doutora Helena Canhão (Universidade NOVA de Lisboa)

Casos clínicos 1 e 2

Dra. Ana Rodrigues (Unidade Reumatologia, Hosp. Santo Espírito, Ilha Terceira; IMM, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa)

Dra. Maria João Gonçalves (Serviço de Reumatologia, CHLN; IMM, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa)

11h15 Intervalo

11h45 **SESSÃO DE ABERTURA E ATRIBUIÇÃO DO PRÉMIO DE REUMATOLOGIA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

12h00 Conferência 1 - **SARCOPÉNIA**

Prof. Doutor Jaime C. BRANCO (NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas da UNL e Serviço de Reumatologia do CHLO | Hospital Egas Moniz, Lisboa)

12h45 Fim das sessões da manhã

14h30 Tema 2 - **DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DOENÇA ARTICULAR INFLAMATÓRIA**

Prof. Doutor Fernando Pimentel Santos (NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas da UNL e Serviço de Reumatologia do CHLO | Hospital Egas Moniz, Lisboa)

Casos clínicos 3 e 4

Dr. José Marona (Serviço de Reumatologia do CHLO | Hosp. Egas Moniz, Lisboa)

Dr. Santiago Manica (Serviço de Reumatologia do CHLO | Hosp. Egas Moniz, Lisboa)

16h00 Intervalo

5ª FEIRA, 22 DE SETEMBRO DE 2016

16h30 Tema 3 - **INFEÇÃO EM REUMATOLOGIA**

Dr. Walter Castelão (Serviço de Reumatologia do CHLO| Hosp. Egas Moniz, Lisboa)

Casos clínicos 5 e 6

Dra. Carina Lopes (Serviço de Reumatologia do CHLO| Hosp. Egas Moniz, Lisboa)

18h00 Fim das sessões do 1º dia

6ª FEIRA, 23 DE SETEMBRO DE 2016

09h30 Tema 4 - **DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS DOENÇAS REUMÁTICAS PERIARTICULARES**

Dra. Maria Manuela Costa (Serviço de Reumatologia, CHLO| Hospital Egas Moniz, Lisboa)

Casos clínicos 7 e 8

Dr. João Gomes (Serviço de Reumatologia, CHLO| Hospital Egas Moniz, Lisboa)

11h00 Intervalo

11h30 Conferência 2 - **IMPACTO ECONÓMICO DAS DOENÇAS REUMÁTICAS EM PORTUGAL**

Mestre Pedro Laires (Centro Académico de Medicina de Lisboa

e Centro de Investigação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da UNL)

12h15 **Sessão de encerramento do Curso**

12h45 **Questionário de autoavaliação pós-curso**

13h00 Entrega de diplomas no secretariado.

Tema 1 - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE

Helena Canhão (Universidade NOVA de Lisboa)

A definição de Osteoporose (OP) tem evoluído ao longo dos anos. Desde o início da década de 90, a osteoporose é definida como uma doença sistémica que se caracteriza pela diminuição da quantidade de osso e por uma alteração da microarquitetura óssea, levando a um aumento da fragilidade do osso e a um conseqüente aumento do risco de fractura. Esta definição destaca as conseqüências clínicas (osteoporose = fracturas) dos fenómenos patogénicos que ocorrem no osso.

Os avanços nos meios de diagnóstico, nomeadamente a densitometria óssea de dupla radiação (DEXA), que permitiram medir a massa óssea, e os estudos epidemiológicos em mulheres caucásicas pós-menopausicas, que relacionaram os valores de massa óssea com o risco de fractura, permitiram o estabelecimento de uma nova definição de osteoporose pela OMS, que com base no índice T (número de desvios padrão relativamente ao pico de massa óssea de uma população da mesma raça e sexo) criou vários “estádios” de massa óssea (normal, baixa massa óssea ou osteopénia e osteoporose). Esta definição operacional teve o mérito de permitir um enorme avanço no reconhecimento da osteoporose e na investigação de fármacos que comprovadamente reduzem o risco de fracturas.

No entanto, a definição operacional colocou um peso excessivo na baixa de massa óssea (e conseqüentemente na sua determinação por DEXA) como factor de risco para fracturas. Os ensaios clínicos com fármacos, em que a redução do risco fracturário era muito superior ao aumento de massa óssea e os estudos epidemiológicos, que demonstraram um elevado número de fracturas em indivíduos sem osteoporose, vieram chamar a atenção para a existência de outros factores, independentes da massa óssea, que aumentam significativamente o risco fracturário, como a idade, a existência de fracturas prévias, a história familiar de fracturas, o tabagismo, um índice de massa corporal baixo ou a corticoterapia.

Por isso, para além do risco relativo de fractura associado aos valores de desvio-padrão T obtidos por DEXA, tem havido um esforço de obter dados de risco absoluto de fractura num determinado período de tempo, e meios mais específicos para a medição da qualidade óssea.

O FRAX é um algoritmo adaptado à realidade das populações de vários países que computa diversos factores de risco (idade, sexo, BMI, fracturas prévias, história familiar, causas de OP secundária, tabaco, álcool) e que associado ou não aos resultados da DEXA calcula a probabilidade absoluta para os 10 anos seguintes de fractura do fémur proximal e de fracturas major.

A capacidade de um osso resistir a uma fractura (resistência óssea) depende da quantidade de osso (massa óssea), da distribuição espacial da sua massa (isto é, forma e microarquitetura) e das propriedades intrínsecas dos materiais que o constituem (p. ex. matriz, colagénico, microdano acumulado). O processo biológico responsável pelas alterações nestes vários factores é a remodelação óssea, especificamente o equilíbrio entre a formação e a reabsorção. Na prática clínica diária a nossa capacidade de avaliar a resistência óssea está limitada à medição da massa óssea e à avaliação da remodelação óssea. Os estudos clínicos avaliam a capacidade dos fármacos anti-osteoporóticos prevenirem fracturas.

O objectivo clínico do tratamento na osteoporose é evitar as fracturas. As estratégias de prevenção populacionais poderão contribuir para uma modificação futura do risco para a comunidade. No entanto a estratégia mais eficaz será a identificação dos casos com elevado risco de fractura no curto prazo, que beneficiarão com uma intervenção terapêutica. Devemos dirigir o tratamento aos indivíduos que necessitam, evitando procedimentos desnecessários aos indivíduos com baixo risco. Mas pelo alto impacto e custos das fracturas de fragilidade no indivíduo e na sociedade, devemos tratar adequadamente os indivíduos em risco.

As medidas não farmacológicas como a melhoria dos estilos de vida, nomeadamente alimentares e da prática de exercício físico, são fundamentais para uma boa saúde do osso, em todas as fases da vida.

O cálcio e a vitamina D estão disponíveis em suplementos em separado ou conjunto. Na prática médica, os fármacos antireabsortivos são os mais utilizados (bifosfonatos, raloxifeno, ranelato de estrôncio), mas formas de paratormona, que administrada de forma descontínua tem um efeito formador do osso, também estão disponíveis e são utilizadas com eficácia.

A melhor forma de tratar esta doença crónica não é consensual e temas como administração contínua, pausas terapêuticas, duração do tratamento, tratamento sequencial, tratamento combinado, continuam a ser motivo de debate. ■

Caso clínico 1 - Um caso de fratura da anca no idoso

Ana Rodrigues (Unidade Reumatologia, Hosp. Santo Espírito, Ilha Terceira; IMM, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa)

Mulher de 80 anos de idade, autónoma, que procurou o seu médico de família na sequência de uma fratura do colo do fémur à esquerda após queda na rua. A doente esteve internada no serviço de Ortopedia para colocação de prótese total da anca esquerda. A cirurgia decorreu sem intercorrências. Teve alta medicada com paracetamol 1g 8/8h.

Relativamente aos antecedentes destaca-se que a doente é fumadora de cerca de 10 cigarros por dia desde há cerca de 50 anos. Tem hipertensão arterial, dislipidemia e bócio multinodular. Está medicada com enalapril+hidroclorotiazida, sinvastatina e levotiroxina. Teve uma menopausa cirúrgica aos 40 anos de idade. Nega antecedentes pessoais de outras fraturas. Nega antecedentes familiares de fratura do colo do fémur.

Quanto ao exame objectivo de referir que a doente pesa 40 kg e mede 150cm. Tem hiperцифose dorsal e refere que diminuiu cerca de 5 cm relativamente a sua altura enquanto mulher jovem.

Radiograficamente, podiam apreciar-se três fraturas vertebrais, ao nível de D11, D12 e L1. Foi pedido o estudo analítico de outras causas secundárias de Osteoporose, nomeadamente função renal, função tiróideia, metabolismo fosfo-cálcio, vitamina D sérica que mostrou apenas hipovitaminose D. Os resultados da osteodensitometria óssea demonstraram osteopénia da coluna lombar e do colo fémur.

A doente recorre aos seu médico de família para orientação terapêutica e receber indicações sobre os cuidados a ter após esta fratura. ■

Caso clínico 2 - Um caso de lombalgia

Maria João Gonçalves (Serviço de Reumatologia, CHLN; IMM, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa)

Mulher, caucasiana, 60 anos, foi enviada à consulta de Reumatologia por talalgias com edema associado. Na consulta, refere ter tido talalgias mecânicas e edemas vespertinos dos membros inferiores há alguns meses, mas actualmente estes sintomas tinham desaparecido. Neste momento, a sua principal queixa era uma lombalgia mecânica, com irradiação ao membro inferior direito, aliviada apenas com fármacos opióides (morfina e tramadol). A dor teve início após queda sobre a própria altura, da qual resultaram fraturas vertebrais. Por este motivo, esteve internada no serviço de Neurocirurgia, tendo sido submetida a uma cirurgia. Negava ter iniciado suplementação com cálcio/vitamina D, assim como fármacos anti-osteoporóticos. Negava história prévia de outras fraturas.

Dos antecedentes, destacava-se menopausa cirúrgica aos 35 anos, depressão com muitos anos de evolução, medicada com inibidores seletivos da recaptção da serotonina, e diabetes mellitus tipo 2 sem aparentes complicações micro e macrovasculares, com 5 anos de evolução, medicada com antidiabéticos orais. Negou

hábitos tabágicos e etílicos. Consumia 2 cafés por dia. Não tinha antecedentes familiares de fratura do cólo femural.

Ao exame objectivo, a doente apresenta obesidade classe I, rectificação da lordose da coluna lombar e hipostesia da face lateral do membro inferior direito.

Radiograficamente, podiam apreciar-se duas fraturas vertebrais, ao nível de L2 e D12.

Foi pedido o estudo analítico de outras causas secundárias de Osteoporose, nomeadamente função tiróideia, metabolism fosfo-cálcio, que mostrou hipovitaminose D. Realizou uma osteodensitometria óssea da coluna lombar e colo femural.

O plano terapêutico incluiu medidas dietéticas, recomendações para a prática de exercício físico, prevenção de quedas, assim como suplementação com cálcio e colecalciferol e tratamento com teriparatida subcutânea.

A doente recorre ao médico de família por dúvidas quanto a possíveis efeitos secundários e cuidados a ter após o diagnóstico de osteoporose. ■

Conferência 1 - SARCOPÉNIA

Jaime C. Branco (NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas da UNL e Serviço de Reumatologia do CHLO | Hospital Egas Moniz, Lisboa)

A Sarcopenia é uma síndrome caracterizada pela perda, progressiva e generalizada, de massa e força do musculo esquelético com o risco de efeitos adversos como incapacidade física, diminuta qualidade de vida e morte.

Uma das alterações mais marcantes associadas ao envelhecimento humano é o declínio progressivo da massa muscular esquelética, uma espiral descendente que pode originar força e funcionalidade decrescentes. Em 1988 Irwin Rosenberg propôs o termo ‘sarcopenia’ (do grego: ‘sarx’ ou carne e ‘penia’ ou perda) para descrever esta redução de massa muscular relacionada com a idade. Sarcopenia tem sido definida como a perda de massa e força muscular esquelética que ocorre com o avançar da idade. Contudo continua a faltar uma definição de sarcopenia generalizadamente aceite e adaptada para ser utilizada quer na prática clinica quer na investigação.

A sarcopenia relacionada com a idade preenche os critérios definidores de uma síndrome geriátrica. Com efeito a sarcopenia: 1) é prevalente nas populações idosas; 2) tem múltiplos fatores contributivos – processo de envelhecimento, influencias do desenvolvimento nas fases iniciais da vida, dietas subótimas, acamamento, sedentarismo, doenças crónicas, fármacos e, 3) representa uma degradação do estado de saúde com uma importante repercussão pessoal – perturbações da mobilidade, aumento do risco de quedas e fraturas, redução da capacidade para realizar atividades da vida diária, incapacidades, perda de independência e aumento do risco de morte.

A sarcopenia é uma condição com várias causas e variadas consequências. Embora seja sobretudo observada em idosos a sarcopenia, como a osteoporose e a demência, também se pode desenvolver em indivíduos mais novos.

A sarcopenia pode ser considerada primária ou relacionada com a idade, quando não se identifica outra causa exceto o envelhecimento, e ser classificada como secundária quando se identifica uma ou mais causas – atividade reduzida, doença(s) crónica(s), deficiência (s) nutricionais, uso de fármacos.

A sarcopenia também pode ser classificada de acordo com a sua gravidade em pré sarcopenia, em que apenas existe uma redução da massa muscular, e sarcopenia e sarcopenia grave em que também ocorrem, em graus variados, redução da força muscular e diminuição do desempenho físico.

A sarcopenia associa-se com frequência quer a caquexia – síndrome metabólico complexo associa-

do a doença subjacente e caracterizada por perda muscular com ou sem perda de massa gorda - quer a fragilidade – fenotipicamente definida pela presença de três ou mais dos seguintes: 1) perda de peso involuntária; 2) exaustão; 3) fraqueza; 4) baixa velocidade de marcha e, 5) reduzida atividade física.

A sarcopenia pode também ocorrer em indivíduos obesos – obesidade sarcopénica – sobretudo quando padecem de doenças malignas ou inflamatórias crónicas.

São várias as formas disponíveis, quer na prática clínica, quer em investigação científica, para avaliar a massa muscular – bioimpedância, DEXA, antropometria – a força muscular – força de preensão – e a função física – velocidade de marcha, teste de levantar de uma cadeira e iniciar a marcha e questionários da avaliação do desempenho físico.

Dos poucos meios identificados para o tratamento da sarcopenia destacam-se sobretudo três: 1) Exercício físico (nunca é tarde demais...); 2) Dieta adequada (com atenção às proteínas em qualidade e quantidade apropriadas...) e, 3) vitamina D (deficiência é muito comum, principalmente nos idosos...), sobretudo se utilizadas conjuntamente. Neste contexto a socialização dos indivíduos idosos é igualmente muito relevante para a sua abordagem terapêutica.

Estão em estudo e desenvolvimento vários fármacos e outras formas de tratamento para a sarcopenia tendo em conta os domínios primário e secundário dos objetivos definidos para a intervenção terapêutica. ■

Tema 2 - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DOENÇA ARTICULAR INFLAMATÓRIA

Fernando Pimentel Santos (NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas da UNL e Serviço de Reumatologia do CHLO | Hospital Egas Moniz, Lisboa)

Os Médicos de Família possuem um importante número de doentes com patologia reumática nas suas consultas. Estas doenças têm um profundo impacto na qualidade de vida, dos doentes e das suas famílias, pela dor e incapacidade que frequentemente condicionam. As doenças reumáticas inflamatórias, tais como a artrite reumatóide, as doenças difusas do tecido conjuntivo ou as espondiloartropatias, sendo menos comuns, devem motivar, no entanto, um encaminhamento rápido para a consulta de reumatologia. São doenças que podem condicionar um dano significativo em termos musculoesqueléticos e sistémicos, num curto intervalo de tempo. Hoje é reconhecido que o diagnóstico em fases precoces da sua evolução e uma monitorização “apertada” (“Treat to Target”) com o intuito de se alcançar a remissão ou baixa atividade inflamatória, são determinantes de um melhor prognóstico. Neste contexto, a referenciação e a adequada monitorização, assumem uma relevância fulcral na abordagem destes doentes, devendo ter subjacente uma grande proximidade entre o Médico de Família e o Reumatologista.

Nesta sessão, serão apresentados vários critérios de referenciação e discutidas a relevância da clínica e dos exames complementares de diagnóstico nesse processo. As principais recomendações de orientação terapêutica serão também apresentadas e será discutido o papel do Médico de Família e do Reumatologista na sua aplicação. A manipulação de analgésicos e anti-inflamatórios não esteróides, de corticóides, de imunomoduladores sintéticos e biotecnológicos e de outros fármacos adjuvantes, justificam uma adequada colaboração entre os dois grupos de especialistas.

A comunicação e a proximidade entre os profissionais, assumem assim, um fator determinante para o sucesso da abordagem destes doentes. ■

Caso clínico 3 - Um caso de Raquialgia: Desafio Diagnóstico e Terapêutico

José Marona (Serviço de Reumatologia do CHLO | Hosp. Egas Moniz, Lisboa)

Este caso clínico diz respeito a um homem de 43 anos, empregado na indústria alimentar, com antecedentes pessoais de Diabetes Mellitus tipo 2 (insulinotratada) e de dor lombar crónica com cerca de 20 anos de evolução. Referência também a episódio de uveíte há 3 anos. Recorreu ao seu médico de família por quadro

de dor abdominal difusa, fezes negras e perda ponderal de cerca de 7 kg em 6 semanas. Paralelamente, mencionava intensificação do quadro algico a nível cervical e rigidez matinal prolongada. Discute-se a marcha diagnóstica e a abordagem terapêutica deste caso. Pelo facto de as raquialgias serem um sintoma muito frequente, este diagnóstico representa muitas vezes um verdadeiro desafio. Chama-se a atenção para a vasta gama de manifestações sistémicas que lhe podem estar associadas, no início e curso da doença. ■

Caso clínico 4 - Um caso de artrite inicial: Desafio diagnóstico e terapêutico

Santiago Manica (Serviço de Reumatologia do CHLO | Hosp. Egas Moniz, Lisboa)

No presente caso clínico uma jovem de 22 anos, previamente saudável, praticante de dança, sem antecedentes relevantes. Na consulta de reumatologia referia dores oligoarticulares aditivas de ritmo inflamatório na face palmar de ambos os punhos, ombros e joelhos, pequenas articulações das mãos, cotovelos e articulações temporo-mandibulares, condicionando significativa limitação funcional no dia-a-dia e astenia com cerca de um mês de evolução. Negava febre, perda ponderal ou outras manifestações sistémicas. No Exame Objectivo constatou-se edema e dor à palpação das articulações descritas, sem evidência de envolvimento de outros órgãos-sistemas.

Os exames complementares de diagnóstico revelaram discreto aumento da PCR e da VS, sem alterações da função renal ou hepática, auto-anticorpos e várias serologias negativas, radiografias das articulações envolvidas sem alterações.

Cerca de um mês e meio após a introdução de naproxeno, prednisona e Hidroxicloroquina, a doente encontrava-se em remissão completa e não apresentava efeitos adversos à terapêutica.

Neste caso discute-se a importância da referenciação precoce e da terapêutica atempada na abordagem das artrites iniciais. Este é um aspeto fundamental para a obtenção da remissão, prevenção do dano articular, da incapacidade e da deterioração da qualidade de vida. O presente caso clínico sumariza a abordagem da artrite precoce, de acordo com as recomendações da EULAR. ■

Tema 3 - INFEÇÃO EM REUMATOLOGIA

Walter Castelão (Serviço de Reumatologia do CHLO | Hosp. Egas Moniz, Lisboa)

As infeções têm uma grande relevância na Reumatologia. De facto, desde doenças reumatológicas directamente causadas por diversos agentes infecciosos, a manifestações inflamatórias diferidas no tempo e ao aumento da incidência de infeções em algumas doenças reumáticas e/ou seu tratamento, muitas são as evidências que atestam uma forte articulação entre as duas.

A comunicação incluirá os seguintes temas sendo que serão apresentadas no decurso da sessão os principais agentes infecciosos, fatores de risco, manifestações clínicas e meios para o diagnóstico:

- Artrite séptica bacteriana não gonococcica:

Refere-se à infeção direta dos tecidos articulares por bactérias. É de salientar que em reumatologia este evento é uma emergência, sendo fundamental um diagnóstico precoce e um rápido início de terapêutica eficaz de forma a preservar o prognóstico funcional da articulação e mesmo o prognóstico vital.

- Artrite gonococcica:

A infeção gonococcica disseminada resulta da disseminação bacteriémica do gonococo transmitido por via sexual.

- Espondilodiscite infecciosa não tuberculosa:

As infeções do disco intervertebral e dos corpos vertebrais adjacentes variam nas suas manifestações clínicas consoante o agente infeccioso e a resistência do hospedeiro.

-Envolvimento osteoarticular pela tuberculose:

Este ocorre em 1 a 2,3% dos casos de tuberculose, podendo variar na sua apresentação entre espondilodiscite (mal de Pott), artrite ou osteomielite.

-Manifestações osteo-articulares da brucelose:

As manifestações osteoarticulares da brucelose são muito variáveis e incluem diversas manifestações, como espondilodiscite, artrite, sacro-iliite, bursite e tendinite.

-Artrite associada a infeções fúngicas:

O envolvimento musculoesquelético por fungos é raro e está na maior parte dos casos associado a infeções oportunistas em doentes imuno-comprometidos. A artrite é habitualmente crónica, indolente, mono ou oligoarticular.

-Artrite associada a infeções virais:

Os vírus que mais frequentemente estão associados a manifestações reumáticas são:

-O vírus da Hepatite B, que pode durante a sua fase prodrómica causar artralguas/artrite em 10 a 30% dos casos, com envolvimento mais frequente das pequenas articulações das mãos. Habitualmente estas manifestações são limitadas ao início das manifestações hepáticas e não deixam sequelas.

-O vírus da Hepatite C, nos doentes com hepatite crónica, é responsável em 20% dos casos por artralguas e 2 a 5% dos doentes apresentam uma oligo ou poliartrite não erosiva.

-O Parvovirus B19, causa em 50 a 60% dos adultos com infeção aguda uma poliartrite simétrica, auto-limitada na maior parte dos casos.

-O vírus da imunodeficiência humana (VIH), pode apresentar diversas manifestações musculoesqueléticas que incluem a síndrome da dor articular, a artrite reativa, a artrite séptica, a artrite psoriática, a síndrome da linfocitose infiltrativa difusa e a miopatia inflamatória.

-Artrite reativa:

Define-se artrite reativa como uma inflamação asséptica mono ou poliarticular que surge após um processo infeccioso, não sendo possível cultivar nenhum micro-organismo na articulação afetada. Caracteriza-se por um intervalo de tempo que varia entre algumas dias a algumas semanas entre a infeção precedente e o surgimento da artrite. Apresenta tipicamente um envolvimento mono ou oligoarticular com predomínio nos membros inferiores, estando por vezes associadas a dactilite ou a entesite.

-Infeções associadas a doenças reumáticas sistémicas e ao seu tratamento:

Algumas doenças reumáticas estão associadas a uma maior ocorrência de infeções relativamente à população em geral. Adicionalmente existe evidência que a terapêutica necessária ao tratamento destas doenças também se associa a um aumento do risco infeccioso. ■

Caso clínico 5 - Artrite reativa: um exemplo típico

Carina Lopes (Serviço de Reumatologia do CHLO | Hosp. Egas Moniz, Lisboa)

Introdução: A artrite reativa é convencionalmente definida como a artrite que surge após uma infeção, não sendo possível o isolamento do agente infeccioso a partir do líquido articular. Os agentes envolvidos mais comumente nesta patologia constituem bactérias do trato urogenital e gastrointestinal: Chlamydia trachomatis, Yersinia, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Escherichia coli, Clostridium difficile, e Chlamydia pneumonia. A Artrite Reativa caracteriza-se por dois achados principais: manifestação de artrite assimétrica, cerca de uma a quatro semanas depois de uma infeção precedente, e um padrão mono ou oligoarticular típico (normalmente envolvendo os membros inferiores). Os achados do líquido sinovial são inespecíficos, revelando normalmente uma artrite inflamatória.

Caso Clínico: os autores apresentam um caso de um doente, do sexo masculino, de 58 anos que se apresenta numa primeira consulta de Reumatologia por queixas de tumefação pouco dolorosa da terceira articulação interfalângica proximal e joelho direitos. Negava episódios prévios, febre, sudorese, queixas respirató-

rias, gastrointestinais ou urinárias. Quando diretamente interrogado fazia referência a corrimento ureteral três meses antes. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Analiticamente apresentava uma Velocidade de sedimentação de 95 mm/1^ªH e Proteína C Reativa de 5,3 mg/dL. Por suspeita de Artrite Reativa foram pedidas serologias para *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, bem como prova da tuberculina que se revelou negativa. As serologias para *Neisseria* foram negativas, mas apurou-se IgG para *Chlamydia trachomatis* superior a 200 com IgM no limite superior do valor de referência. O restante estudo de auto imunidade não revelou alterações. O doente foi medicado com uma dose baixa de corticóide (prednisolona 5 mg) e anti inflamatório não esteróide com melhoria das queixas. Pela infecção genitourinária foi medicado com azitromicina, terapêutica esta igualmente instituída à companheira. A pesquisa do agente por PCR na urina foi positiva validando a suspeição clínica.

Conclusão: Os agentes causadores, a incidência e prevalências da Artrite Reativa dependem da região geográfica. O diagnóstico é clínico e a incapacidade de isolamento do agente causador da infecção não invalida o diagnóstico. Estima-se que aproximadamente 1% dos homens com ureterite a *Chlamydia trachomatis* desenvolvam artrite reativa, e aproximadamente um terço desses apresenta a tríade completa de artrite, uveíte e uretrite, anteriormente designada como Síndrome de Reiter. ■

Caso clínico 6 - Inflamação ou infecção?

Carina Lopes (Serviço de Reumatologia do CHLO | Hosp. Egas Moniz, Lisboa)

Introdução: A apresentação de um doente com uma ou mais articulações tumefatas é uma emergência médica comum com um vasto diagnóstico diferencial. A etiologia mais grave corresponde à artrite séptica. Esta define-se como uma infecção da articulação causada pela inoculação direta ou por via hematogénea do agente infeccioso, em vez de uma resposta imunológica ao patogéneo - que caracteriza a artrite reativa. O tratamento tardio ou inadequado de uma artrite séptica pode levar à destruição articular com subsequente incapacidade funcional. Por outro lado, esta patologia pauta-se por uma mortalidade significativa que pode chegar a 11%. É assim essencial um diagnóstico rápido e que o tratamento seja iniciado o mais brevemente possível.

Caso Clínico: os autores apresentam um caso de uma doente, do sexo feminino, de 58 anos com o diagnóstico prévio de Artrite Reumatóide com trinta e três anos de evolução. Destaca-se complicação de gonartrose secundária com colocação de prótese total do joelho dois anos antes. Encontrava-se medicada com etanercept com boa tolerância inicial, no entanto, após seis administrações houve necessidade de interrupção por abscesso maleolar interno. Um mês depois da reintrodução do agente biotecnológico apresentou-se com lombalgia incapacitante, tumefação importante do ombro direito com eritema, calor e movimentos passivos e ativos dolorosos, conjuntamente com elevação dos parâmetros inflamatórios. O exame bacteriológico do líquido sinovial permitiu o isolamento de *Staphylococcus aureus* metilicina sensível (MSSA), tendo sido negativo para pesquisa de bacilos ácido- álcool resistentes e exame cultural de micobactérias. Concomitantemente fez-se o diagnóstico de Espondilodiscite L1-L2 e L3-L4 bem como infecção da prótese do joelho. Após intervenções ortopédicas e antibioterapia por seis semanas houve resolução completa do quadro. Um ano depois inicia novo quadro de oligoartrite (tibiotalársicas e ombro esquerdo) com tumefação e eritema exuberantes, parâmetros inflamatórios elevados e febre, com novo isolamento de MSSA. Um mês após término da antibioterapia dirigida desenvolve novamente um quadro compatível com artrite séptica de tibiotalársica direita. As culturas não permitiram o isolamento do agente, no entanto houve melhoria clínica e analítica com antibioterapia empírica.

Conclusão: O diagnóstico e o tratamento precoces de uma artrite séptica podem prevenir a morbidade e mortalidade associadas. O diagnóstico correto é particularmente desafiante nos doentes com patologia articular inflamatória de base, como por exemplo a Artrite Reumatóide. A pedra basilar do tratamento consiste na antibioterapia e na remoção do material purulento sempre que indicado. ■

Tema 4 - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS DOENÇAS REUMÁTICAS PERIARTICULARES

Maria Manuela Costa (Serviço de Reumatologia, CHLO | Hospital Egas Moniz, Lisboa)

As doenças reumáticas periarticulares são muito frequentes e causam significativa morbidade. Neste grupo nosológico estão incluídas diversas entidades clínicas, caracterizadas pela existência de um processo inflamatório que afecta as seguintes estruturas: bolsas serosas, bainhas tendinosas, tendões, enteses, fáscia muscular ou ligamentos. As síndromes por neuropatia compressiva também fazem parte deste grupo de doenças.

Elas podem integrar o quadro clínico das artropatias inflamatórias ou das artropatias microcristalinas, assim como constituírem uma manifestação reumática de doenças endócrino-metabólicas, como por exemplo diabetes mellitus ou hipotireoidismo. As infecções são outra causa que deve sempre ser excluída. Os microtraumatismos relacionados com diversas actividades diárias ou mesmo factores de risco psico-sociais são também uma causa frequente destas entidades clínicas.

A abordagem terapêutica engloba várias estratégias cujo sucesso depende de um diagnóstico clínico com identificação da causa subjacente. A história clínica com exame objectivo reumatológico são suficientes na maior parte dos casos. Os exames complementares de diagnóstico são úteis para excluir uma artropatia ou outra causa subjacente assim como para avaliar a gravidade.

Na fase aguda o controlo do processo inflamatório permite a remissão dos sintomas e recuperação da função. O uso de anti-inflamatórios não esteróides é uma boa opção. No caso de ineficácia ou contra-indicação para o seu uso a infiltração local com corticosteróides é uma alternativa.

Após o controlo da dor o doente deve iniciar um programa de reabilitação da mobilidade articular, seguido por fortalecimento muscular de forma a restabelecer a função articular.

A identificação e modificação de actividades profissionais, lazer ou outra que possam estar na génese da doença são fundamentais para o sucesso terapêutico e prevenção da cronicidade. ■

Caso clínico 7 - Cotovelo doloroso- abordagem diagnóstica e terapêutica

João Gomes (Serviço de Reumatologia, CHLO | Hospital Egas Moniz, Lisboa)

Homem de 51 anos, gestor, fumador, praticante de ténis, casado e com duas filhas. Como antecedentes relevantes de salientar obesidade grau I, hipertensão arterial, dislipidemia mista e Diabetes Mellitus tipo II sob terapêutica oral com bom controlo metabólico. Apresenta quadro clínico com 6 meses de evolução de dor no cotovelo direito que agrava com a actividade. Realizou repouso, terapêutica com AINE's e modificação das actividades laborais e de lazer. Realizou seguidamente programa de fisioterapia com boa resposta sintomática.

Recorreu a consulta de reumatologia por exacerbação da dor no cotovelo direito com 2 semanas de evolução, desta feita com eritema, tumefacção e dor ao toque. Ao exame objectivo apresentava bom estado geral, Peso:99Kg e Altura:172cm, IMC:33,8, TA:135/80mmHg, apirético. A observação do cotovelo revelou tumefacção na face posterior, dor à palpação, eritema e ligeiro aumento da temperatura local.

Após ponderação dos diferentes diagnósticos diferenciais, foram pedidos meios complementares de diagnóstico que, aliados à história clínica e achados ao exame objectivo nos permitiram chegar a um diagnóstico final. ■

Caso clínico 8 - Talalgia posterior – abordagem diagnóstica e terapêutica

João Gomes (Serviço de Reumatologia, CHLO | Hospital Egas Moniz, Lisboa)

Mulher de 41 anos, empregada doméstica, casada e com 1 filho. Como antecedentes patológicos de referir apenas síndrome depressivo medicada com fluoxetina. Recorreu a consulta de reumatologia após referência do médico de família por quadro clínico com 3 meses de evolução de dor mecânica no retro-pé/calcâneo esquerdo, de agravamento progressivo, que agrava com a marcha e melhora com o repouso. Referia também episódios autolimitados de gonalgias com tumefacção e lesões cutâneas descamativas no passado que não apresentava no momento da consulta.

Ao exame objectivo apresentava dor à palpação na região posterior da planta do pé esquerdo e dor à dorsiflexão do pé. Não apresentava tumefacção articular, de tecidos moles ou eritema. A pele apresentava-se íntegra, sem úlceras, verrugas ou qualquer outra lesão.

Após ponderação dos diferentes diagnósticos diferenciais, foram pedidos meios complementares de diagnóstico que, aliados à história clínica e achados ao exame objectivo nos permitiram chegar a um diagnóstico final. ■

Conferência 2 - IMPACTO ECONÓMICO DAS DOENÇAS REUMÁTICAS EM PORTUGAL

Pedro Laires (Centro Académico de Medicina de Lisboa e Centro de Investigação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da UNL)

A carga económica das doenças reumáticas (DR) na sociedade é considerável. Vários factores poderão explicar este elevado impacto, destacando-se a inovação tecnológica, o envelhecimento populacional e as expectativas dos próprios doentes em relação aos cuidados de saúde. Certamente que o aumento da prevalência das DR contribui em particular para este fenómeno. Recentemente, através do estudo EpiReumaPt, foi verificado que cerca de metade da população portuguesa sofre de, pelo menos uma, DR. Este cenário tenderá a agravar-se com a subsequente sobrecarga económica no nosso sistema de saúde e na sociedade em geral.

Os estudos de avaliação económica das DR têm paulatinamente demonstrado dois pontos cruciais. Primeiro, que o peso económico total das DR é frequentemente mais elevado que outras doenças crónicas reconhecidamente onerosas, como as doenças cardiovasculares. Segundo, que o impacto económico das DR é significativo tanto pela via dos custos afectos ao SNS (e.g. consultas e hospitalizações), como pela perda de produtividade por si causada (e.g. absentismo laboral e reformas antecipadas). A propósito deste segundo tipo de custos (designados por custos indirectos), foi recentemente calculado que as DR em Portugal estão associadas a uma perda de produtividade decorrente das reformas antecipadas equivalente a 910 milhões de euros anuais (aproximadamente 0.5% do nosso PIB). Este impacto económico está em linha com o que já havia sido verificado noutros países e demonstra que muitas vezes o investimento que se deposita na saúde, nomeadamente para mitigar a progressão da incapacidade causada por uma dada DR, pode gerar ganhos económicos a outros níveis na sociedade. Depreende-se, portanto, que uma análise cuidada sobre o impacto económico das DR permite que a sociedade faça escolhas mais apropriadas, visando não só a saúde da sua população como da sua própria economia. ■