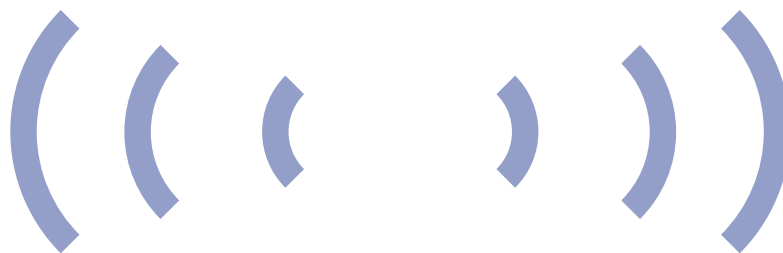




JORNADAS VIRTUAIS INTERNACIONAIS DO

INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

26 | 27
NOVEMBRO 2020



SUMÁRIO/CONTENTS

Comissão Organizadora e Comissão Científica do Congresso	7
Programa	9

COMUNICAÇÕES DO PROGRAMA

COMUNICAÇÕES LIVRES	
• CL 01 – Agentes biológicos no tratamento de doenças reumáticas na era COVID-19: amigo ou inimigo?	20
• CL 02 – Utilização <i>off-label</i> de rituximab nas doenças reumáticas: experiência de um centro português	21
• CL 03 – Estaremos a “esquecer” a osteoartrose? – Estudo comparativo de dor, função e qualidade de vida na osteoartrose nodal e na artrite reumatóide	22
• CL 04 – Relevância clínica dos anticorpos DFS70 – estudo multicêntrico	23
• CL 05 – Manifestações extraglandulares da síndrome de Sjögren Primária: resultados de uma coorte unicêntrica de 123 doentes	25

POSTERS

• PO 01 – Uma causa atípica de cervicalgia	28
• PO 01 – Dissolução de tofos gotosos: um mito ou realidade?	28
• PO 02 – A PET/CT com 18F-FDG na vasculite de grandes vasos – a propósito de um caso clínico	29
• PO 03 – Análise de um grupo de doentes sob terapêutica biotecnológica e COVID-19	30
• PO 04 – Tratamento de infeção latente de tuberculose em candidatos a terapêutica biotecnológica com doença articular inflamatória	31
• PO 05 – Síndrome de Sjögren e colangite biliar primária: casuística de um hospital secundário e revisão bibliográfica	32
• PO 06 – Determinantes do Physician’s Global Assessment (PHGA) e da sua variação entre consultas	33
• PO 07 – Consulta de reumatologia pediátrica: 5 anos de experiência de um centro	33
• PO 08 – Caso clínico – mulher com hipotireoidismo	34
• PO 09 – Caso clínico – atleta de alta competição	34
• PO 10 – Protocolo de prevenção e tratamento da osteoporose em doentes com lesão medular	35
• PO 12 – Acidente vascular cerebral: um tratamento para além das guidelines	35
• PO 13 – Como é que a terapia aquática pode ajudar o doente com espondilite anquilosante?	36
• PO 14 – A positividade para anticorpos ANAs não está associado a pior prognóstico e maior taxa de switch nos doentes com ar sob Anti-TNF α	37
• PO 15 – Síndrome dolorosa regional complexa secundária a fascíte plantar: um caso clínico atípico	38
• PO 16 – Efetividade do etanercept biossimilar versus etanercept original em doentes naives com espondilartrite axial: estudo de vida real do Reuma.pt	38
• PO 17 – Otimização da dor na artrite reumatóide: o papel do sono	39
• PO 18 – Dor mista na artrite reumatóide	40
• PO 19 – Referenciação para a especialidade de reumatologia – quando e como?	41
• PO 20 – Uso da ciclobenzaprina na fibromialgia – uma revisão baseada na evidência	41

JORNADAS VIRTUAIS INTERNACIONAIS DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

26 E 27 NOVEMBRO 2020

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente: Eugénia Simões

Coordenadora: Maria Jesús Mediavilla

COORDENADORES ADJUNTOS

Alexandra Cardoso
Cristina Carvalho
Joana Borges
Manuela Micaelo
Manuela Parente
Nathalie Madeira
Rita Fernandes
Susana Fernandes
Vera Las
Victor Duarte

COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente: Paulo Clemente Coelho

COORDENADORES ADJUNTOS

Adriano Neto
Augusto Faustino
Cândida Monteiro
Cândida Silva
Cláudia Miguel
Dina Medeiros
Filipe Barcelos
Helena Madeira
Helena Santos
Isabel Portugal
José Melo Gomes

José Saraiva Ribeiro
José Vaz Patto
Luís Cunha Miranda
Luís Lima Faleiro
Luísa Ventura
Margarida Silva
Miguel Sousa
Nathalie Madeira
Ricardo Trinca
Rui Leitão
Sara Cortes

SECRETARIADO


INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA
Elvira Moraes | Fátima Garçôa




Programa

26 DE NOVEMBRO – QUINTA-FEIRA

- 14h00-14h30 PRESIDENTE – José Vaz Patto
 MODERADOR – Manuela Parente
Palestra: Covid-19 e Doenças Reumáticas – Eugénia Simões
- 14h30-16h00 **Simpósio**  **NOVARTIS**
- 14h30-16h00 **ESPONDILARTRITE AXIAL: uma realidade dolorosa que tem de ser identificada**
- 14h30 **Abertura**
 Dr.ª Helena Santos
 Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia, Lisboa
- c 14h35 **PORQUÊ IDENTIFICAR?**
Impacto da espondilartrite axial para o doente e para a sociedade
 Dr.ª Helena Santos
- 14h50 **COMO IDENTIFICAR?**
Simulação de consulta na plataforma UpSim
 Dr. José Marinho
 Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Santa Joana, Aveiro
- 15h30 Q|A e Encerramento
 Dr.ª Helena Santos e Dr. José Marinho
- 16h00-16h15 Intervalo – Visita aos *Stands* virtuais e Imagens em Reumatologia
- 16h15-17h00 **Conferência Plenária**
 PRESIDENTE – Vera Las
Mecanismos neuroinflamatórios nas doenças reumatológicas – Gustavo Jesus
- 17h00-18h00 **Mesa-Redonda – Actualidade em Reumatologia** 
 PRESIDENTE – Augusto Faustino
 MODERADOR – Cláudia Miguel
 1) **Malignidade e doença reumática inflamatória sistémica** – Elsa Sousa
 2) **Posicionamento das pequenas moléculas em 2020** – Patrícia Pinto
 3) **Artrite Psoriásica – novidades terapêuticas** – Helena Santos
- Concurso de Imagens em Reumatologia** 
 votação *online* durante os 2 dias

27 DE NOVEMBRO – SEXTA-FEIRA

- 9h00-10h00 **Comunicações Livres** 
 PRESIDENTE – Paulo Clemente Coelho
 MODERADOR 1 – Manuela Micaelo
 MODERADOR 2 – Filipe Barcelos

- 10h00-11h15 **Posters seleccionados – apresentação e discussão** 
 PRESIDENTE – Luís Cunha Miranda
 MODERADOR 1 – Dina Medeiros
 MODERADOR 2 – Miguel Sousa
- 11h15-11h30 Intervalo – Visita aos *Stands* virtuais e Imagens em Reumatologia
- 11h30-13h00 **Simpósio** 
Fraturas Osteoporóticas – Visão e prática de duas especialidades
Visão e prática na Reumatologia
Visão e prática na MGF
- 13h00-14h00 Intervalo – Visita aos *Stands* virtuais e Imagens em Reumatologia
- 14h00-15h30 **Simpósio** 
New Treatments To Target: More than biologics
Welcome and introduction 5'
 CHAIRMAN: Dr. Luis Cunha Miranda - IPR
New Treatments To Target 20'
Tofacitinib role in achieving the target
 Dra. Susana Fernandes – IPR
Practicalities of Tofacitinib Treatment 20'
Differences from biologics
 Dra Claudia Miguel - IPR
Panel Discussion 10'
Symposium close 5'
 Chairman
- 15h30-16H45 **Flash Reumatológico**
 PRESIDENTE – Helena Madeira
 MODERADOR – Sara Cortes
 1) **Doença de Kawasaki** – Ana Lúcia Fernandes
 2) **Manifestações músculo-esqueléticas das endocrinopatias** – Nathalie Madeira
 3) **Vacinação em doenças reumáticas** – Ana Lúcia Fernandes; Cândida Silva
 4) **Fratura - osteoporose grave – tratamento médico urgente** – Filipe Araújo
 5) **Aftose oral recorrente: diagnóstico diferencial** – Cândida Silva
- 16h45-17h00 Intervalo – Visita aos *Stands* virtuais e Imagens em Reumatologia
- 17h00-17h50 **Casos Clínicos Interactivos**
 PRESIDENTE – António Vilar
 MODERADOR – Margarida Silva
 COORDENAÇÃO: Nathalie Madeira; Susana Fernandes; Joana Borges; Ana Lúcia Fernandes
Concurso de Imagens em Reumatologia
 votação *online* durante os 2 dias
- 17h50-18h00 **Prémios e Encerramento das Jornadas**



COMUNICAÇÕES DO PROGRAMA

Comunicações do Programa

26 NOVEMBRO – QUINTA-FEIRA

14h00-14h30

Presidente: José Vaz Patto

Moderador: Manuela Parente

PALESTRA: COVID-19 E DOENÇAS REUMÁTICAS

Maria Eugénia Simões¹

1. Instituto Português de Reumatologia

A doença Covid-19, provocada pelo Coronavírus SARS-COV2, inicialmente aparecida na China em Novembro de 2019, em poucos meses se tornou numa Pandemia.

Até hoje, em todo o Mundo, mais de 46 milhões de pessoas foram atingidas, com cerca de 70% recuperados, e cerca de 1,2 milhões de óbitos.

Portugal não foge à regra, estando a atravessar, à semelhança de outros países, aquilo que parece ser a 2ª vaga.

O aparecimento de uma doença de etiologia viral totalmente desconhecida, levanta problemas à Comunidade Médica. Sabemos que os factores de risco clínicos para um pior prognóstico desta doença são: a idade, a obesidade, a HTA, a Diabetes, a DPOC. Nada está ainda descrito, em relação às Doenças Reumáticas Imunomediadas.

Tudo indica que a Patologia Reumática, por si só, não seja um factor de risco importante, quer para o aumento de prevalência em doentes reumáticos da COVID-19, quer indicando um prognóstico pior.

No entanto, não nos devemos esquecer, que frequentemente estes doentes possuem co-morbilidades, essas sim comprovadamente associadas a pior desenlace desta doença.

Por outro lado, e se bem que utilizemos frequentemente medicação imunossopressora, existe alguma dessa medicação que foi testada em doentes infectados com algum sucesso; caso do tocilizumab, baricitinib, já para não falar da Vitamina D e da malograda hidroxilcloroquina.

Existe alguma evidência de que doentes com osteoporose, estranhamente possam ter prevalência menor de

infecção por SARS-COV2 do que a população em geral.

Finalmente, em dados recentes publicados no NEJM, num estudo cohorte nos EUA, com mais de 500 doentes infectados internados na enfermaria ou em cuidados intensivos, demonstraram uma percentagem de cerca de 28% de produção de auto-AC, tais como: Factores Reumatóides, AAN, Ac anti-fosfolípidos e Ac anti-trombina III, reforçando a fisiopatologia de hiperreactividade imunitária em doentes mais graves de COVID-19.

14h30-16h00: Simpósio



ESPONDILARTRITE AXIAL: UMA REALIDADE DOLOROSA QUE TEM DE SER IDENTIFICADA

14h30: Abertura

Dr.ª Helena Santos

Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

14h35: PORQUÊ IDENTIFICAR?

IMPACTO DA ESPONDILARTRITE AXIAL PARA O DOENTE E PARA A SOCIEDADE

Dr.ª Helena Santos

14h50: COMO IDENTIFICAR?

SIMULAÇÃO DE CONSULTA NA PLATAFORMA UpSim

Dr. José Marinho

Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Santa Joana, Aveiro

15h30: Q|A e Encerramento

Dr.ª Helena Santos e Dr. José Marinho

16h00-16h15: Visita aos Stands virtuais e Imagens em Reumatologia

16h15-17h00 Conferência Plenária

Presidente: Vera Las

MECANISMOS NEUROINFLAMATÓRIOS NAS DOENÇAS REUMATOLÓGICAS

Gustavo Jesus

17h00-18h00: Mesa-Redonda – Actualidade em Reumatologia



Presidente: Augusto Faustino

Moderador: Cláudia Miguel

1) MALIGNIDADE E DOENÇA REUMÁTICA INFLAMATÓRIA SISTÉMICA

Elsa Sousa

2) POSICIONAMENTO DAS PEQUENAS MOLÉCULAS EM 2020

Patrícia Pinto

As pequenas moléculas (tsDMARDs) são uma nova classe de fármacos que se caracterizam pela inibição de diferentes cinases que incluem a JAK, a MAPK (mitogen-activated protein kinase), SYK (spleen tyrosine kinase), a BTK. (Bruton's tyrosine kinase) ou o NF- κ B (fator nuclear κ B).

Há neste momento 3 inibidores da Jak aprovados pelo FDA e a EMA para o tratamento da Artrite Reumatóide, que são respectivamente o tofacitinib, o baricitinib e o upadacitinib e os dois primeiros também estão na Artrite Psoriática. Há estudos a decorrer para mais 3 inibidores da JAK.

As guidelines recentes do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) e da European League Against Rheumatism (EULAR) recomendam o uso de bDMARDs and tsDMARDs no tratamento de doentes com Artrite Reumatóide com doença ativa, moderada a severa.

Apesar de no programa de desenvolvimento destes fármacos se incluírem diferentes estudos com diferentes populações: naivas a Dmards, refratárias ao metotrexato ou outros Dmards, refratárias a anti-TNF e estudos comparativos com anti-TNF alfa, a estratégia Treat to Target nacional considera o metotrexato e os outros Dmards como a primeira escolha dado o preço elevado destas pequenas moléculas

Na apresentação nas Jornadas do IPR será efetuada uma revisão das indicações para o uso das pequenas moléculas no momento atual, incluindo a infeção pelo SARS-Cov-2.

3) ARTRITE PSORIÁSICA – NOVIDADES TERAPÊUTICAS

Helena Santos

27 NOVEMBRO – SEXTA-FEIRA

9h00-10h00: Comunicações Livres



Presidente: Paulo Clemente Coelho

Moderador 1: Manuela Micaelo

Moderador 2: Filipe Barcelos

10h00-11h15: Posters Seleccionados Apresentação e Discussão



Presidente: Luís Cunha Miranda

Moderador 1: Dina Medeiros

Moderador 2: Miguel Sousa

11h15-11h30: Intervalo – Visita aos Stands virtuais e Imagens em Reumatologia

11h30-13h00: Simpósio



FRATURAS OSTEOPORÓTICAS – VISÃO E PRÁTICA DE DUAS ESPECIALIDADES

VISÃO E PRÁTICA NA REUMATOLOGIA

VISÃO E PRÁTICA NA MGF

13h00-14h00: Intervalo – Visita aos Stands virtuais e Imagens em Reumatologia

14h00-15h30: Simpósio



NEW TREATMENTS TO TARGET: MORE THAN BIOLOGICS

WELCOME AND INTRODUCTION 5'

Chairman - Dr. Luis Cunha Miranda - IPR

NEW TREATMENTS TO TARGET 20' TOFACITINIB ROLE IN ACHIEVING THE TARGET

Dra. Susana Fernandes – IPR

2 – PRACTICALITIES OF TOFACITINIB TREATMENT 20'

DIFFERENCES FROM BIOLOGICS

Dra Claudia Miguel - IPR

PANEL DISCUSSION 10'

SYMPOSIUM CLOSE 5'

Chairman

15h30-16h45: Flash Reumatológico

Presidente: Helena Madeira

Moderador: Sara Cortes

KAWASAKI-LIKE DISEASE OR MULTISYSTEM INFLAMMATORY SYNDROME AND SARS-COV-2 PANDEMIC

Ana Lúcia Fernandes¹

1. Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Faro; Instituto Português de Reumatologia

Os coronavírus pertencem a uma grande família de vírus causadores de uma variedade de doenças, como SARS (severe acute respiratory syndrome), MERS (Middle East respiratory syndrome) e mais recentemente o SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2).

Sendo um assunto emergente, a literatura apresenta ainda dados limitados, mas, em contraste aos adultos, a maioria das crianças e adolescentes com infecção por SARS-CoV-2 apresenta infecção leve que não requer intervenção médica. Contudo, algumas crianças requerem hospitalização e tratamento intensivo.

Em diversas séries de casos publicadas, é descrita o desenvolvimento de uma síndrome hiperinflamatória com febre e manifestações mucocutâneas semelhantes às da doença de Kawasaki, uma vasculite rara da infância que pode causar aneurismas da artéria coronária. Alguns pacientes apresentam ainda características de síndrome do choque tóxico, linfo-histiocitose hemofagocítica secundária ou síndrome de ativação macrófagica. Embora a causa da doença de Kawasaki permaneça desconhecida, há suspeita de ser desencadeada por infecção ativa ou precedente.

Como nem todos os sintomas apresentados pelos doentes cumprem os critérios da diretriz da AHA Kawasaki, a Organização Mundial da Saúde (OMS) designou esta patologia por Síndrome Inflamatória Multissistêmica em crianças e adolescentes temporaria-

mente relacionada com COVID-19 (MIS-C).

Tal como a doença de Kawasaki, a MIS-C é uma síndrome com uma variedade de apresentações clínicas e ausência de achados patognomônicos ou testes diagnósticos. Ao contrário da doença de Kawasaki, no entanto, foi sugerido em relatos iniciais que a MIS-C parece afetar predominantemente adolescentes e crianças com mais de 5 anos de idade e estar associada a envolvimento cardiovascular mais frequente.

Embora os dados descritos ainda não sejam suficientes para estabelecer uma causalidade, os achados sugerem que uma proporção substancial dos pacientes é infectada com SARS-CoV-2 pelo menos 1 a 2 semanas antes do início da MIS-C: a maioria dos pacientes testa positivo para infecção por SARS-CoV-2 por RT-PCR, teste de anticorpos ou ambos, e apresenta uma ligação epidemiológica com outro doente infectado com Covid-19.

Em termos clínicos, o envolvimento multiorgânico grave é comum, com frequente necessidade de terapêutica agressiva e internamento em unidade de cuidados intensivos, embora a maioria dos pacientes sobreviva.

Na maior parte dos casos, a terapêutica é feita com medicamentos imunomoduladores, mais comumente imunoglobulina intravenosa e glicocorticóides sistêmicos.

É essencial, pois, caracterizar esta síndrome, em termos epidemiológicos, espectro da doença, fatores de risco, curso clínico, tratamentos e prognóstico, de forma a mais eficazmente atuar em relação à patologia.

2) MANIFESTAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS DAS ENDOCRINOPATIAS

Nathalie Madeira¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Nesta apresentação serão abordadas as manifestações musculoesqueléticas (MMS) associadas à *diabetes mellitus*, hipertireoidismo, hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, pseudo-hipoparatiroidismo, acromegalia, síndrome de Cushing e hiperlipoproteinemias familiares. Estas MMS são relativamente frequentes, mas subdiagnosticadas. Condicionam limitação funcional, com impacto na qualidade de vida dos doentes. O reconhecimento destas entidades é fulcral para permitir a implementação de um tratamento precoce. Tanto a *diabetes mellitus* (DM) tipo 1 como a de tipo 2 estão associadas a uma ampla gama de MMS, frequentemente re-

lacionadas com a duração da doença, dividindo-se essencialmente em 3 grupos: as que ocorrem mais frequentemente em doentes com DM (artropatia de Charcot, síndrome de mobilidade articular limitada incluindo a queiroartropatia, tenossinovite estenosante dos flexores dos dedos, doença de Dupuytren, síndrome do túnel cárpico, capsulite adesiva do ombro, tendinite calcificante do ombro, síndrome de dor regional complexa), as exclusivamente observadas na DM (enfarte muscular diabético) e as que partilham como fatores de risco a DM e o síndrome metabólico (gota, hiperostose esquelética idiopática difusa mais conhecida pelo acrónimo DISH, osteoartrite). Os distúrbios da tireóide, podem ser acompanhados por uma variedade de MMS (mais frequentemente no hipotireoidismo) desde artralgias, mialgias, síndrome do túnel cárpico e fenómeno de Raynaud, a artrite e fraqueza muscular de predomínio proximal. O hiperparatiroidismo prolongado origina osteíte fibrosa quística, condição associada a achados radiográficos típicos. O hiperparatiroidismo primário está associado à incidência elevada de artropatias microcristalinas (gota e pseudogota) e de osteoporose. O pseudohipoparatiroidismo, caracteriza-se por uma resistência aos efeitos da paratormona no rim e no osso. O envolvimento articular, axial ou periférico, é comum nos doentes com acromegalia, estando na maioria dos casos já presente na altura do diagnóstico. As radiografias das mãos destes doentes mostram achados radiográficos típicos. À acromegalia associa-se ainda a ocorrência de osteoporose, síndrome do túnel cárpico, fenómeno de Raynaud, fraqueza muscular de predomínio proximal e pseudogota. A fraqueza muscular de predomínio proximal pode ser a primeira manifestação da síndrome de Cushing. A esta síndrome associa-se ainda a ocorrência de osteoporose e de osteonecrose. Dependendo do subtipo, as hiperlipoproteinemias familiares podem estar associadas à deposição de xantomas nos tendões (particularmente do Aquiles) ou nos ossos (podendo originar fraturas patológicas), gota ou episódios recorrentes de poliartrite migratória.

BIBLIOGRAFIA

1. Hochberg MC, Gravallese EM, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH. Rheumatoid manifestations of endocrine and lipid disease. In: Elsevier, editor *Rheumatology* 7th ed. 2019. p. 1735–1740.
2. Hornstein EH. Endocrine-associated arthropathies. In: Elsevier Mosby, editor *Rheumatology Secrets Philadelphia*; 2015. p.357–636.
3. Manifestations musculosquelettiques du diabète sucré : une complication fréquente - Revue Médicale Suisse [Internet]. [citado 2020 Oct 27]. Available from: <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-560/Manifestations-musculosquelettiques-du-diabete-sucre-une-complication-frequence>

4. Lebiez-Odrobina D, Kay J. Rheumatic Manifestations of Diabetes Mellitus. Vol. 36, *Rheumatic Disease Clinics of North America*. Rheum Dis Clin North Am; 2010. p. 681–699.

VACINAÇÃO EM DOENÇAS REUMÁTICAS

Ana Lúcia Fernandes¹

1. Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Faro; Instituto Português de Reumatologia

Os doentes com doenças reumáticas inflamatórias imunomediadas (DRII) têm um fardo aumentado de infeções, atribuídas à patologia subjacente, às comorbilidades e à terapia imunossupressora, incluindo glicocorticoides (GCs), disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs): sintéticos convencionais (csDMARDs), biológicos (bDMARDs) e DMARDs sintéticos direcionados (tsDMARDs).

Atualmente, o princípio “treat to target” que guia a prática clínica conduz a um tratamento imunossupressor intensivo, tendo como objetivo atingir a remissão da doença o mais rapidamente possível. Assim sendo, a prevenção de infeções é crucial na gestão dos pacientes com DRII.

A vacinação previne infeções, induzindo e/ou aumentando a imunidade, sendo particularmente importante nos doentes com DRII, com potencialmente tradução numa taxa mais baixa de infeções invasivas, idas ao serviço de urgência e internamentos hospitalares secundários às mesmas.

Ainda assim, a população de doentes com DRII apresenta uma taxa de vacinação abaixo do desejado, em parte devido a uma reduzida taxa de orientação ou incitamento à vacinação por parte dos médicos assistentes, entre eles os reumatologistas.

Outro fator contributivo para uma baixa taxa de vacinação relaciona-se com a preocupação acerca da eficácia, imunogenicidade e segurança das vacinas.

Em relação à população adulta, a EULAR atualizou recentemente as guidelines relativas a esta temática. As vacinas não vivas podem ser fornecidas com segurança aos pacientes com DRII, independentemente da terapia subjacente, enquanto as vacinas vivas atenuadas podem ser consideradas com cautela. A vacinação contra influenza e pneumococos deve ser fortemente considerada para a maioria dos pacientes com DRII. A vacinação contra a toxina tetânica e o vírus do papiloma humano (HPV) deve ser fornecida aos pacientes com DRII, conforme recomendado para a população em ge-

ral. A vacinação contra hepatite A, hepatite B e herpes zoster deve ser administrada a doentes de risco com DRII. Membros imunocompetentes da família de pacientes com DRII devem receber vacinas de acordo com as diretrizes nacionais, exceto a vacina oral contra poliomielite. Vacinas vivas atenuadas devem ser evitadas durante os primeiros 6 meses de vida em recém-nascidos de mães tratadas com DMARDs biológicos durante a segunda metade da gravidez.

Em relação à população pediátrica com DRII, as guidelines da EULAR de 2011 sublinham que as vacinas contra *Haemophilus influenzae* tipo b, pneumococos e meningococos, HPV e Vírus varicela-zoster (VZV) não estão uniformemente incluídas nas diretrizes nacionais, mas são consideradas importantes no tratamento das crianças com DRII. Geralmente, a imunogenicidade das vacinas é boa, com algumas exceções, dependendo do tipo e da dose do tratamento imunossupressor e do tipo de vacina, necessitando planeamento atempado da vacinação e início de terapêutica.

4) FRATURA - OSTEOPOROSE GRAVE – TRATAMENTO MÉDICO URGENTE

Filipe C. Araújo¹

1. Hospital de Sant Ana - SCML; Hospital Cuf Cascais

A osteoporose, a mais frequente doença óssea metabólica, é classificada de grave sempre que, à definição operacional da OMS de T-score ≤ -2.5 , se associa a presença de pelo menos uma fratura de fragilidade. Alguns autores consideram também osteoporose grave aquela em que, não tendo ainda ocorrido fratura, incorre em risco elevado de morbidade e mortalidade se esta ocorrer. As fraturas de fragilidade, surgindo geralmente em indivíduos idosos com comorbilidades e declínio funcional progressivo, têm um impacto deletério mensurável a nível individual, social e económico. Em Portugal ocorrem mais de 50.000 fraturas de fragilidade por ano, das quais aproximadamente 10.000 são da anca, cuja mortalidade atinge os 20-30% no ano seguinte à fratura e que deixa total ou parcialmente dependentes cerca de metade dos sobreviventes. Urge, por isso, contrariar a tendência de subtratamento anti-osteoporótico verificada nos últimos anos nestes doentes, até porque é uma quase inevitabilidade que, caso sobrevivam tempo suficiente, irão refraturar. Sabe-se, por exemplo, que a ocorrência de uma fratura de fragilidade aumenta para o dobro o risco de sofrer nova fratura a curto prazo; e que uma em cada quatro mulheres sofre nova fratura vertebral após

uma primeira, dentro do mesmo ano. A prevenção secundária de fraturas de fragilidade deve combinar uma abordagem não farmacológica com enfoque na prevenção de quedas, na reabilitação motora e na nutrição; e uma abordagem farmacológica agressiva, em que se utilizam fármacos antireabsortivos ou osteoformadores que garantam não só eficácia e segurança mas também adesão terapêutica. Embora todos os fármacos tenham demonstrado capacidade de reduzir o risco de fratura, não existem comparações diretas entre eles e a escolha vai ser determinada por fatores individuais do doente. No *Fracture Liaison Service* do Hospital Ortopédico de Sant’Ana – SCML, a maioria dos doentes apresenta osteoporose que pode ser considerada grave já que apresentam fraturas recentes ou fraturas de repetição, fraturas apesar de tratamento com anti-osteoporóticos e fraturas associadas a corticoterapia ou doenças sistémicas. Por conseguinte, a escolha da primeira linha de tratamento recai frequentemente sobre fármacos parentéricos – ácido zoledrónico, denosumab e teriparatide. Cada um destes fármacos tem as suas indicações clínicas próprias, mas a escolha por esta via de administração permite em geral: garantir um início de ação mais rápido e um ganho precoce de densidade mineral óssea; garantir a maior absorção e biodisponibilidade possíveis; e melhorar adesão à terapêutica, evitando ainda intolerâncias gastrointestinais. Após o início do tratamento, o seguimento regular destes doentes visa reforçar as medidas de prevenção de quedas, monitorizar a adesão à terapêutica e avaliar a sua eficácia através da não ocorrência de novas fraturas e eventual nova osteodensitometria.

5) AFTOSE ORAL RECORRENTE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cândida Silva

16h45-17h00: Intervalo – Visita aos Stands virtuais e Imagens em Reumatologia

17h00-17h50: Casos Clínicos Interactivos

Presidente: António Vilar

Moderador: Margarida Silva

Coordenação: Nathalie Madeira; Susana Fernandes; Joana Borges; Ana Lúcia Fernandes

17h50-18h00: Prémios e Encerramento das Jornadas



COMUNICAÇÕES LIVRES

Com o apoio



ANGELINI
PHARMA

Comunicações livres

CL 01 - AGENTES BIOLÓGICOS NO TRATAMENTO DE DOENÇAS REUMÁTICAS NA ERA COVID-19: AMIGO OU INIMIGO?

Cristiana Isabel Sieiro Santos¹;
Xenia Cásas Fernández¹; Clara Moriano Morales¹;
Elvira Díez Álvarez¹; Carolina Álvarez Castro¹;
Alejandra López Robles¹; Trinidad Pérez Sandoval¹
I. Complejo Asistencial Universitario de León
(España)

Introdução: A recente pandemia de COVID-19 foi motivo de preocupação na comunidade de reumatologia devido ao manejo de pacientes reumáticos em tratamento com imunodepressores e tratamento biológico. Não está claro se o uso de agentes biológicos pode supor um risco ou proteção contra a infecção por SARS-CoV2, no entanto, foi sugerido que formas respiratórias graves de COVID-19 ocorrem como resultado do estado de inflamação exacerbada e produção de citocinas. Isto motivou o uso de IL-6 (tocilizumab e sarilumab) e inibidores de IL-1 (anakinra) na COVID-19 grave e, mais recentemente, o inibidor de JAK1 / 2 (baricitinib).

Os pacientes com doenças reumáticas oferecem uma grande oportunidade de aprender sobre o uso de agentes biológicos como drogas protetoras contra a COVID-19.

Objetivos: Para estimar a taxa de infecção por COVID-19 em pacientes tratados com agentes biológicos para doenças inflamatórias reumáticas, determinar a influência do tratamento com agentes biológicos como um fator de risco ou proteção e estudar o prognóstico de pacientes reumáticos em tratamento com agentes biológicos em comparação com a população geral no Hospital Universitário de León.

Materiais e métodos: Realizamos um estudo observacional retrospectivo incluindo pacientes atendidos no departamento de Reumatologia que receberam terapia biológica para doenças reumáticas entre 1 de dezembro de 2019 e 1 de junho de 2020 e analisamos a taxa de infecção de COVID-19. A variável principal foi a internação hospitalar relacionada com a COVID-19. As co-

variáveis foram idade, sexo, comorbidades, agente biológico utilizado. Foi realizado um modelo de regressão logística multivariada para avaliar os fatores de risco de internação hospitalar.

Resultados: Um total de 3.711 pacientes com COVID-19 foram hospitalizados. 30 pacientes de um total de 820 pacientes (3,6%) em tratamento com terapia biológica contraíram a COVID-19 e quatro necessitaram de cuidados hospitalares. A taxa de incidência bruta de COVID-19 com necessidade de atendimento hospitalar na população em geral foi de 2,75% e de 0,48% no grupo com doenças reumáticas. Um total de 423 pacientes dos 3.711 morreram, 2 dos quais receberam tratamento com agentes biológicos. Os pacientes com teste positivo para a COVID-19 eram mais velhos (mulheres: idade mediana de 61,8 IQR 46,5-75; homens: idade mediana de 68 IQR 48,5-72) do que aqueles que foram negativos para COVID-19 (mulheres: idade mediana de 58,4 IQR 48-69; masculino: idade mediana de 55,9 IQR 46-66) e com mais probabilidade de ter doença cardiovascular (27% vs 10%, OR 3,41 (IC 1,47 - 7,94), p 0,004), ser fumadores (13% vs 5%, OR 3,14 (CI 1,04-9,47), p 0,04) e receber tratamento com inibidores de IL-12/23 (6,7% vs 1,4%, OR 5,06 (CI 1,07-23,91) e rituximab (13% vs 2%, 2,66 (CI 1,03 -7,27), p 0,04) e menos propensos a receber tratamento com inibidores de IL-6 (0% vs 14%, 0,18, (IC 0,006-0,97, p <0,05).

Ao examinar o efeito do resto das terapias entre os dois grupos, não encontramos diferenças significativas nas proporções de bsDMARD. Os pacientes a tratamento com inibidores de IL-1, inibidores de IL6, inibidores de JAK e pacientes tratados com belimumab apresentaram a menor incidência de COVID-19. Não encontramos diferenças em sexo ou doença reumatológica entre pacientes com teste positivo para COVID-19 e pacientes com teste negativo.

Conclusões: No general, o uso de terapia biológica não se associa a manifestações graves de COVID-19. Pacientes com doenças reumáticas com COVID-19 são mais propensos a receber tratamento com rituximab e ustekinumab. Os inibidores da IL-6 podem ter um efeito protetor contra a COVID-19.

CL 02 - UTILIZAÇÃO OFF-LABEL DE RITUXIMAB NAS DOENÇAS REUMÁTICAS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO PORTUGUÊS

Maria Francisca Alves Guimarães¹; Hugo Parente¹; Ana Sofia Pinto²; Diogo Almeida³; Soraia Azevedo¹; Joana Ramos Rodrigues¹; Joana Leite Silva¹; Daniela Santos-Faria¹; Filipa Teixeira¹; Carmo Afonso¹; José Tavares-Costa¹

1. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho
2. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda
3. Serviço de Reumatologia, Hospital de Braga

Introdução: O Rituximab (RTX) é um anticorpo monoclonal anti-CD20 aprovado para o tratamento da ar-

trite reumatoide (AR) e das vasculites associadas aos anticorpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA). Contudo, o seu uso *off-label* tem ganho especial relevo em muitas doenças reumáticas imunomediadas tais como o Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), a Esclerose Sistémica (ES) e as miopatias inflamatórias.

Objetivos: Caracterização da utilização *off-label* do RTX nas doenças reumáticas num centro português.

Material e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo monocêntrico que incluiu doentes com patologia reumática submetidos a tratamento *off-label* com RTX. Procedeu-se à colheita de dados sociodemográficos, clínicos, tempo de evolução de doença, indicação para RTX, tratamentos prévios e atividade de doença à *baseline*, aos 3, 6 e 12 meses. Registou-se também o número de ciclos realizados, a ocorrência de efeitos

Tabela 1. Características clínicas e descrição dos eventos adversos (n=17)

Características	
Idade (M ± DP) – anos	43 ± 14
Sexo Feminino – no (%)	13 (76,5)
Diagnóstico	
Lúpus Eritematoso Sistémico – no (%)	8 (47,1)
Síndrome de Sjögren – no (%)	2 (11,8)
Síndrome de sobreposição – no (%)	4 (23,5)
LES/ES – no (%)	2 (11,8)
LES – no (%)	1 (5,9)
ES – no (%)	1 (5,9)
PM – no (%)	1 (5,9)
ES – no (%)	1 (5,9)
Polmiosite – no (%)	1 (5,9)
Duração da doença (M ± DP) – anos	17 ± 5
Tratamentos prévios* – Mediana (min, max)	2 (0, 9)
Indicação para RTX	
Envolvimento renal – no (%)	6 (35,3)
Polmiosite – no (%)	4 (23,5)
Envolvimento multiorgânico – no (%)	3 (17,6)
Outros – no (%)	4 (23,5)
Eventos adversos	
Toxicidade – no (%)	0 (0)
Infecções – no (%)	6 (35,3)
Majores – no (%)	3 (17,6)
Menores – no (%)	3 (17,6)
Óbitos – no (%)	1 (5,9)
Descontinuação	
Ineficaz – no (%)	2 (11,8)
Evento adverso – no (%)	1 (5,9)
Número de ciclos – Mediana (min, max)	1 (1, 3)
Follow up – Mediana (IQR) – meses	54 (11-103)

Legenda: AR – artrite reumatoide; ES – Esclerose Sistémica; LES – Lúpus Eritematoso Sistémico; PHS – Paraproteína de Henrich-Schölerer; RTX – rituximab; outros – anemia hemolítica, miosite, cutâneo e pulmonar; glândulas; DP – desvio padrão; IQR – intervalo interquartil; M – média; min – mínimo; max – máximo; no – número; *incluindo medicação anti-hipertensiva, insulina, prednisona e hidroxicloroquina; † – artrite séptica; ‡ – meningite; § – abscesso cerebral; †† – colite de repetição, candidíase oral.

Tabela 2. Descrição da evolução clínica de acordo com os scores disponíveis de atividade de doença à baseline e aos 3, 6 e 12 meses após rituximab.

	Baseline	3 M	6M	12 M
SLEDAI	12	5	5	4
ESSDAI	9	2	3	2
BVAS	18	11	8	0
MMT8	74	74	80	ND
AT/AD	7/6	3/3	2/2	1/1
Rodhan	28	14	ND	ND

Legenda: AD: articulações dolorosas; AT: articulações tumefactas; BVAS: *Birmingham Vasculitis Activity Score*; ESSDAI: *EULAR Sjögren syndrome disease activity index*, SLEDAI: *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index*; M: meses; MMT8: *manual muscle testing 8*.

*os dados estão representados na forma de média.

adversos e descontinuação terapêutica. Considerou-se como *follow-up* o período entre a avaliação inicial e à última avaliação clínica disponível.

Resultados: Entre janeiro de 2006 e julho de 2020, o RTX foi prescrito como tratamento *off-label* em 17 doentes, com 6 diagnósticos clínicos diferentes (8 LES, 2 síndromes de Sjögren – SS, 4 síndromes de sobreposição, 1 púrpura de Henoch-Schönlein – PHS e 1 polimiosite). A tabela 1 apresenta as características clínicas da amostra e os eventos adversos ocorridos. Treze (76,5%) doentes eram do sexo feminino, com uma média de idades à *baseline* de 43 anos (mínimo de 21 anos, máximo de 67 anos) e uma média de duração de doença de 12 ± 6 anos. A principal indicação para tratamento com RTX foi o envolvimento renal (35,3%). A maioria dos doentes obteve benefício clínico com RTX (82,4%) (tabela 2). Seis doentes (35,3%) tiveram intercorrências infecciosas, 3 das quais consideradas *major* pela necessidade de internamento. Dois doentes (11,8%) descontinuaram a terapêutica devido a ineficácia (1 LES e 1 síndrome de sobreposição LES/ES) e um doente (5,9%) faleceu devido a complicações infecciosas (LES). Oito (47%) doentes atingiram a remissão clínica e 6 doentes (35,3%) mantêm actualmente, tratamento de manutenção com RTX. Os doentes realizaram uma mediana de 1 ciclo de tratamento (mínimo de 1 e máximo de 3). A mediana de *follow-up* após o início de RTX foi de 54 (IQR 11-103) meses.

Discussão: Apesar de apenas aprovado na AR e nas vasculites ANCA, o RTX é amplamente utilizado em inúmeras patologias reumáticas, sobretudo se refratárias a tratamentos de primeira linha. Esta utilização baseia-se em resultados de eficácia e segurança de vários estudos observacionais, mas também de alguns ensaios clínicos¹. No nosso centro, foi utilizado em diversas pa-

tologias, ainda que com um pequeno número de doentes por patologia, pelo que não foi possível a realização da análise comparativa. Os resultados foram contudo similares a um estudo observacional australiano, com resposta clínica em 82% dos doentes (vs 75%), contudo, com menor incidência de infeções *major* e menor mortalidade (17,6% vs 27,3%; 5,9% vs 13,6%, respetivamente) (2).

Conclusão: O RTX parece ser uma alternativa eficaz e segura numa ampla gama de patologias reumáticas refratárias, contudo, mais estudos serão necessários para a sua aprovação noutras indicações terapêuticas.

REFERÊNCIAS:

1. Schioppo T, Ingegnoli F. Current perspective on rituximab in rheumatic diseases. *Drug Des Devel Ther.* 2017 Oct;Volume 11:2891–904.
2. Wongseelashote S, Tayal V, Bourke PF. Off-label use of rituximab in autoimmune disease in the Top End of the Northern Territory, 2008-2016. *Intern Med J.* 2018 Feb;48(2):165–72.

CL 03 – ESTAREMOS A “ESQUECER” A OSTEOARTROSE? – ESTUDO COMPARATIVO DE DOR, FUNÇÃO E QUALIDADE DE VIDA NA OSTEOARTROSE NODAL E NA ARTRITE REUMATÓIDE

Diogo Esperança Almeida¹; Emanuel Costa¹; Francisca Guimarães²; Soraia Azevedo²; Joana Rodrigues²; Joana Leite Silva²; Daniela Santos Faria²; Daniela Peixoto²; Filipa Teixeira²; José Tavares Costa²; Carmo Afonso²; Joana Sousa Neves¹; Ana Roxo Ribeiro¹; Marcos Cerqueira¹

1. Serviço de Reumatologia do Hospital de Braga
2. Serviço de Reumatologia da Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A osteoartrose (OA) é frequentemente encarada por doentes e profissionais de saúde como uma consequência natural do envelhecimento¹. Por seu turno, a artrite reumatóide (AR) é uma doença que requer instituição pronta e eficaz de terapêuticas diferenciadas, registando-se, nas últimas décadas, progressos assinaláveis na modificação do seu curso natural. A dor e a limitação física são manifestações de ambos os processos. Estudos prévios sugerem que estas entidades podem ter consequências em termos de dor e limitação similares a nível individual^{2,3}.

Objetivos: Comparar os níveis de dor, limitação física e qualidade de vida relacionada com saúde em doentes com OA nodal (OA-n) primária e doentes com AR, com evidência de actividade (AR-a) em articulações das mãos ou em remissão (AR-r).

Métodos: Trata-se de um estudo observacional transversal que incluiu doentes observados em dois centros portugueses de Reumatologia. Foram incluídos doentes avaliados por OA-n ou AR, podendo estes últimos estar em remissão ou com evidência de actividade de doença (pelo menos duas articulações dolorosas e tumefactas nas mãos). Foram seleccionados doentes com AR na mesma faixa etária e género dos doentes com OA-n. Os doentes preencheram um questionário que incluía escala visual analógica (EVA) de dor, o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) e o questionário de qualidade de vida *Short Form 36* (SF36). Os valores médios de cada domínio foram comparados com recurso a ANOVA *one-way*, com teste *post-hoc* de Bonferroni e significância estatística aceite para valores de $p < .05$.

Resultados: Foram incluídos 30 doentes com OA-n e 93 doentes com AR, dos quais 33 tinham AR-a e 60 AR-r. Todos os indivíduos em estudo eram do sexo feminino e de raça caucásica, sem diferenças significativas de idade entre os 3 grupos. As doentes com OA-n reportaram níveis de dor superiores a doentes com AR-a (EVA média 57.3 vs 49.3mm, respectivamente, $p = .265$) e com AR-r (57.3 vs 28.6mm, respectivamente, $p < .001$) [$F(2,120) = 25.907$, $p < .001$]. Em relação à função física, o grupo de doentes com OA-n demonstrou níveis de incapacidade similares aos doentes com AR-r mas significativamente inferiores aos doentes com AR-a [$F(2,120) = 6.962$, $p = .001$]. O grupo de doentes com OA-n reportou níveis de qualidade de vida significativamente superiores ao grupo de doentes com AR-a e níveis similares aos doentes com AR-r, nos domínios relacionados com saúde mental e percepção geral do estado de saúde.

Conclusões: Os resultados mostram que a OA-n pode

ter consequências similares à AR, em termos de dor, o que é consistente com estudos prévios. Contudo, estes não consideraram os níveis de actividade inflamatória da AR na comparação dos grupos de doentes. Por outro lado, apesar dos níveis de dor superiores, os doentes com OA-n parecem preservar a função e ter níveis de qualidade de vida superiores aos doentes com AR. Com este estudo, pretende-se destacar a OA como uma causa de dor severa, apesar da sua frequente desvalorização por doentes e profissionais de saúde. Os resultados devem motivar Reumatologistas e outros profissionais a otimizar estratégias de controlo algico e a investir em estudos de etiologia e fisiopatologia da OA, por forma a encontrar fármacos e estratégias modificadoras do curso natural de doença, à imagem do que sucedeu com a AR.

CL 04 - RELEVÂNCIA CLÍNICA DOS ANTICORPOS DFS70 – ESTUDO MULTICÊNTRICO

Ana Sofia Pinto¹; Paulo Vilas-Boas²; Filipe Cunha Santos³; Maria Margarida Cunha⁴; Beatriz Samões⁵; Ana Raposo⁶; Pedro Abreu⁷; Emanuel Costa⁸; Nathalie Madeira⁹; Joana Fonseca Ferreira¹⁰; Cláudia Vaz¹⁰

1. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda
2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga
3. Serviço de Reumatologia da ULS Guarda; Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
4. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta
5. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
6. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar De Trás-Os-Montes e Alto Douro
7. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
8. Serviço de Reumatologia, Hospital de Braga
9. Serviço de Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia
10. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: Os anticorpos antinucleares (ANA) são o *hallmark* serológico das doenças reumáticas sistémicas auto-imunes (DRSA), mas a sua presença em indivíduos saudáveis também tem sido reportada. A pre-

Diagnóstico em doentes com DFS70 isolado (n=70)	Total= 76
Saudáveis	19
Doenças reumáticas sistêmicas auto-ímmunes (DRSA):	(16)
Doença Indiferenciada do Tecido Conjuntivo	9
Artrite Psoriática	2
Espondilartrites	2
Lúpus Eritematoso Sistémico	1
Miopatia inflamatória	1
Artrite Idiopática Juvenil	1
Patologias não-DRSA:	(41)
Fibromialgia	11
Osteoartrose	8
Doenças da tiróide	6
Raynaud Idiopático	6
Osteoporose	2
Rinite Alérgica	2
Sarcoidose	1
Trombose	1
Hepatite Auto-ímmune	1
HIV	1
Doença de Deposição de Cristais de Pirofosfato de cálcio	1
Psoríase	1

sença do anti-DFS70 (Anti-Dense Fine Speckled 70) é comum quando há ANAs positivos. Estes anticorpos foram detetados em associação a doenças inflamatórias, neoplásicas e a indivíduos saudáveis; em contraste, são raros nas DRSA, especialmente na ausência de anticorpos DRSA-específicos. Apesar de existirem numerosos estudos, a relevância dos anti-DFS70 permanece por esclarecer.

Objetivo: Descrever as características clínicas e serológicas dos doentes com anti-DFS70 positivo; avaliar a relevância destes anticorpos no diagnóstico de doentes com ANAs positivos em contexto de DRSA e patologia não-reumática (PNR).

Métodos: Estudo retrospectivo observacional de doentes consecutivos seguidos em serviços de Reumatologia de 9 centros nacionais, desde Janeiro de 2018 a Abril de 2020. Foram consultados os processos clínicos dos doentes para registar informação clínica e demográfica. A estatística descritiva é apresentada pela média \pm desvio padrão (variáveis contínuas) e frequências relativas e absolutas (variáveis categóricas).

Resultados: Foram incluídos 120 doentes, 99 (82.5%) do sexo feminino com média de idade de 47.8 ± 18.2 anos. 96.7% dos doentes tinham títulos de ANA $\geq 1:160$ (32.5% título de 1:160; 38.3% título de 1:320; 16.7% título de 1:640; 7.5% título de 1:1280 e 1.7% título de 1:2560) e 3.3% $< 1:160$.

Doença	N=27	Imunologia
Artrite Reumatóide	7	6 FR, 4 CCP, 1 Scl70, 1 ds-DNA
LES	6	6 ds-DNA, 1 anti-Sm, 1 RNP, 1 anticardiolipinas, 2 histonas, 2 nucleossomas, 2 SSA, 1 FR, 1 Ro-52, 1 nbossoma P
DITC	6	1FR, 1 RNP, 1ds-DNA, 1 PL12, 1 anticardiolipinas, 1 ANCA
Espondilartrites	2	1 anti-histonas; 1 HLA B27
Sjögren	2	1 SSA, 1 Ro-52 + Jo1
Esclerose Sistémica	1	1 SCL70
DMTC	1	1 Crioglobulinas
Síndrome Overlap	1	1 FR + CCP
Artrite Idiopática Juvenil	1	1 CCP

Os principais motivos clínicos para o médico pedir os ANA foram: artralguas (44.2%), artrite (11.6%) e fenómeno de Raynaud (10.0%). O principal motivo de alteração laboratorial para ser realizado o pedido de ANAs foi a elevação dos parâmetros de fase aguda (7.5%), leucopenia (3.3%) e anemia (2.5%).

Relativamente às características imunológicas, 70 (58.3%) dos doentes não apresentavam outro anticorpo associado; 11 (9.2%) apresentavam fator reumatóide positivo, 7 (5.8%) ds-DNA positivo; 5 (4.2%) anti-histonas e 4 (3.3%) SSA, entre outros. 26 (21.7%) doentes apresentavam mais do que um anticorpo associado.

Quanto aos diagnósticos efectuados, 30 (25%) eram indivíduos saudáveis; 43 (35.8%) apresentavam DRSA: 15 Doença Indiferenciada Tecido Conjuntivo (DITC); 7 Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) e 7 Artrite Reumatóide (AR); 4 Espondilartrites (SPA), 2 Artrite Psoriática (AP) e 2 Artrite Idiopática Juvenil (AIJ); 2 Síndrome Sjögren; 1 Doença Mista do Tecido Conjuntivo (DMTC), 1 Esclerose Sistémica, 1 miopatia inflamatória e 1 síndrome overlap. 47 doentes (39.2%) apresentavam doença não-DRSA, sendo as mais comuns: 13 doentes (10.8%) com fibromialgia, 12 (10.0%) com osteoartrose, 7 (5.8%) com Raynaud idiopático, 5 (4.2%) com doença da tiróide.

Na Tabela 1 estão representados todos os diagnósticos dos indivíduos com DFS70 positivo, sem associação com outros anticorpos (n=70). Destes, 6 apresentavam dois diagnósticos; 16 doentes (22.9%) apresentavam DRSA (9 com DITC, 2 com AP, 2 SPA, 1 LES, 1 AIJ e 1 miopatia inflamatória). 77.1% destes doentes não apresentava DRSA. 27 doentes, com anticorpos associados, apresentava uma DRSA como descrito na Tabela 2.

Conclusão: O nosso estudo reportou que a maioria dos doentes (64.2%) com DFS70 não apresentava DRSA (saudáveis + doença não-DRSA). Considerando os doentes com DFS70 positivo isolado, sem associa-

ção a outros anticorpos, 77.1% dos doentes não apresenta DRSA. Na literatura, este anticorpo tem sido apontado como preditor negativo de DRSA, especialmente se não associado a outros anticorpos específicos de DRSA. Apesar de na maioria dos casos, quando isolado, este anticorpo não se encontrar associado a DRSA, 22.9% dos doentes apresentaram DRSA. Pretendemos numa próxima fase, fazer uma análise comparativa para podermos tirar mais conclusões sobre estes anticorpos.

CL 05 – MANIFESTAÇÕES EXTRAGLANDULARES DA SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMÁRIA: RESULTADOS DE UMA COORTE UNICÊNTRICA DE 123 DOENTES

Ana Rita Prata¹

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A Síndrome de Sjögren primária (SS1) é uma doença autoimune caracterizada primariamente por secura ocular e oral consequente à infiltração linfocitária das glândulas salivares e lacrimais. Em determinados indivíduos, a SS1 pode cursar com o atingimento de múltiplos sistemas orgânicos, quer por infiltração linfocitária direta de tecidos extraglandulares, quer através de manifestações de tipo vasculítico, mediadas por imunocomplexos e complemento. A prevalência e gravidade de tais manifestações extraglandulares varia de acordo com o órgão envolvido, podendo, em alguns casos, ser potencialmente fatal.

Objetivos: Identificar e caracterizar as manifestações extraglandulares da SS1 numa coorte unicêntrica de doentes com SS1, bem como analisar as suas implicações terapêuticas.

Material e Métodos: Foram incluídos todos os doentes com o diagnóstico de SS1 cumprindo critérios de classificação ACR/EULAR 2016 e/ou AECG 2002 com seguimento regular num centro de Reumatologia. Foi conduzida uma análise retrospectiva de todas as características demográficas, clínicas e imunológicas cumulativas através da consulta dos processos clínicos individuais e do protocolo de SS1 da base de dados Reuma.pt.

Resultados: Foram identificados 123 doentes com SS1, 96% do sexo feminino, com média de idades 59,9±1,17 anos. A duração média da doença foi de 11,9 ± 1,11 anos. A positividade para anti-SSA/Ro e anti-SSB/La foi de 95,1% e 46,3%, respetivamente. A maioria dos doentes tinha hipergamaglobulinemia policlo-

nal (60,7%) e 22,3% apresentavam hipocomplementemia C3 e/ou C4. A prevalência de manifestações extraglandulares foi de 89,3%, na sua maioria traduzindo atingimento de um (40,5%) ou dois (29,8%) sistemas orgânicos. O envolvimento hematológico foi o mais frequente (68,0%), principalmente por leucopenia (44,3%) e linfopenia (26,1%), seguido do envolvimento articular (45,3%). O atingimento de outros órgãos e sistemas foi identificado numa menor proporção dos doentes, segundo a seguinte distribuição (Tabela 1): (1) Envolvimento cutâneo (19,7%), maioritariamente representado por vasculite cutânea, (2) Envolvimento respiratório (12,3%), este por doença traqueobrônquica ou doença intersticial pulmonar, (3) Envolvimento gastrointestinal (6,6%), na sua maioria traduzido por dispepsia, (4) Envolvimento renal (4,9%), em que a glomerulonefrite membranoproliferativa foi o diagnóstico mais frequente, (5) Envolvimento do sistema nervoso periférico (1,6%) por polineuropatia axonal sensorimotora e (6) Envolvimento

MANIFESTAÇÃO EXTRAGLANDULAR	N (%)
Hematológico	83 (68,0)
Anemia	74 (60,2)
Leucopenia	47 (38,3)
Leucopénia	54 (44,3)
Linfopenia	32 (26,1)
Trombocitopenia	15 (12,1)
Articular	55 (45,3)
Artrite inflamatória	42 (34,2)
Artrite	13 (10,6)
Gastrointestinal	8 (6,6)
Dyspepsia	7 (5,7)
Enterite aguda	4 (3,3)
Vasculite arterial	4 (3,3)
Úlcera péptica	1 (0,8)
Ectasia esofágica	1 (0,8)
Respiratório	15 (12,3)
Doença traqueobrônquica	
Vasculite	4 (3,3)
Doença aguda	4 (3,3)
Doença crónica	2 (1,6)
Doença intersticial pulmonar	
Fibrose pulmonar	3 (2,4)
Pneumonia intersticial inflamatória	2 (1,6)
Pneumonia intersticial inespecífica	2 (1,6)
Glomerular	6 (4,9)
Dispepsia	7 (5,7)
Enterite aguda	4 (3,3)
Manifestações sistémicas	6 (4,9)
Glomerulonefrite membranoproliferativa	3 (2,4)
Nefrite tubulointersticial	1 (0,8)
Acute tubular necrosis	1 (0,8)
Doença renal	1 (0,8)
Sistema nervoso periférico	2 (1,6)
Doença periférica	1 (0,8)
Neuropatia periférica	1 (0,8)
Sistema nervoso periférico	4 (3,3)
Polineuropatia axonal sensorimotora	2 (1,6)

Tabela 1. Manifestações extraglandulares em doentes com diagnóstico de SS1. n=123. n (%) indica o número de doentes e o percentual.

do Sistema Nervoso Central (1,6%), por mielite transversa e meningite asséptica. Seis doentes desenvolveram linfomas não-Hodgkin, na sua maioria linfomas MALT parotídeos. Em 46.3% dos doentes foi necessária introdução de terapêutica imunossupressora/imunomoduladora para controlo da atividade da doença, maioritariamente hidroxicloroquina (38,2%). A utilização prolongada de corticoterapia verificou-se em 22,0% dos doentes. Foi necessária a admissão em internamento por manifestações de atividade da doença em 23,5% dos doentes.

Discussão/Conclusões: O atingimento extraglandular multiorgânico na SS1 é frequente, podendo cursar com envolvimento de órgãos nobres, aspeto que acarreta importantes implicações terapêuticas e prognósticas. Uma elevada suspeição clínica e valorização de sinais e sintomas iniciais é essencial à correta abordagem diagnóstica e terapêutica precoce destas manifestações da SS1, cujo intuito deverá ser o de evitar o dano cumulativo e morbimortalidade associada à doença.



POSTERS



Posters

PO 01 - DISSOLUÇÃO DE TOFOS GOTOSOS: UM MITO OU REALIDADE?

Svitlana Kachan¹; Catarina Silva²; Cátia Cristina³; Pedro Abreu⁴

1. UCSP S. Miguel, ULSCB,EPE
2. UCSP S. Tiago Saúde, ULSCB,EPE
3. USF Beira Saúde, ULSCB,EPE
4. Unidade de Reumatologia, ULSCB,EPE; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: A gota é uma síndrome clínica que resulta da reação inflamatória aos cristais de urato de sódio nos estados de hiperuricemia. Os factores de risco mais importantes são o sexo masculino, história familiar positiva, obesidade, insuficiência renal, traumatismo articular, diabetes *mellitus*, hipotireoidismo, hipertriglicéridemia e alguns fármacos (ex: diuréticos, aspirina em baixa dose). É uma patologia muito mais frequente nos homens, surgindo após os 40-50 anos. Nas mulheres o aparecimento é mais tardio (> 60 anos) e geralmente secundário. Os autores propõem-se a apresentar os casos pela drástica melhoria clínica e analítica, desde que cumpridas as medidas farmacológicas e dietéticas.

Caso clínico 1. Homem, 75 anos, com antecedentes de psoríase; gota (dx antes de 2000); portador de pacer-maker. Alergia a alopurinol. Referenciado a consulta de Reumatologia em Nov.2018 por queixas de dor súbita, intensa, lancinante, de carácter pulsátil, com agravamento noturno nas articulações metacarpofalângicas, interfalângicas e calcanhar esquerdo. Exame objectivo: sinais inflamatórios locais exuberantes com tofos gotosos afectando MCF e IFP. Estudo analítico (a destacar): ác. úrico 9.7mg/dl, VS 40mm, PCR 22.3mg/l. Imagiologicamente: Rx mãos: lesões saca-bocado em várias IFP; Rx pés: lesões saca-bocado em algumas MTF. Iniciou tratamento com Febuxostat 80 mg id. Abril 2019: reavaliação verificando-se melhoria significativa das queixas, com diminuição do volume de tofos gotosos da mão e calcanhar. Analiticamente: ác. úrico 4,9mg/dl. VS e PCR normais. Nas consultas de seguimento continuou a verificar-se diminuição progressiva do volume dos tofos gotosos e desaparecimento por completo do tofo no calcanhar esq. Analiticamente (2020): ác. úri-

co sérico 3.94mg/dl.

Caso clínico 2. Homem, 76 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, EAM, hipertriglicéridemia, obesidade. Orientado para consulta de Reumatologia por Gota não controlada com 36 anos de evolução, sendo previamente acompanhado nos cuidados de saúde primários. Exame objectivo: tofos gotosos com afecção de articulações das mãos e bursa olecraniana bilateralmente. Estudo analítico com elevação de marcadores inflamatórios e ác. Úrico sérico. Imagiologicamente: Rx mãos: lesões saca-bocado em várias MCF, IFP e IFD. Rx pés: lesão saca-bocado 1ª MTF direita. Iniciou terapêutica com alopurinol 300mg id, colchicina 0.5mg/dia, além das medidas dietéticas verificando-se redução substancial de tofos gotosos.

Discussão / Conclusão: Apesar de terem o diagnóstico estabelecido, os doentes sofreram várias crises de gota desde o início por não ter a doença controlada. Os autores chamam a atenção com estes dois casos pois a adesão ao tratamento dos pacientes com artrite gotosa vai além do tratamento farmacológico. A explicação e alteração dos hábitos de vida e dieta revela-se também uma ferramenta eficaz. E de forma sinérgica, conseguiu-se nas duas situações substancial melhoria dos níveis de ácido úrico (<5mg/dl) e conseqüente diminuição do volume ou total desaparecimento de tofos gotosos.

PO 02 - A PET/CT COM 18F-FDG NA VASCULITE DE GRANDES VASOS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Andreia Marques¹; Mónica Silvestre²; Francisco Brandão²; Lucília Salgado²

1. Serviço de Medicina Nuclear - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
2. Serviço de Medicina Nuclear - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Introdução: A Tomografia por Emissão de Positrões associada à Tomografia Computorizada (PET/CT), realizada com Fluordesoxiglicose marcada com Fluor-18 (¹⁸F-FDG), desempenha atualmente um papel importante no diagnóstico e seguimento da Vasculite de Grandes Vasos (VGV), nomeadamente na Artrite de Células

Gigantes (ACG), com ou sem Polimialgia Reumática (PMR) associada. Reporta-se o caso clínico de uma doente com diagnóstico de ACG, à qual foi pedida a realização de PET/CT com ^{18}F -FDG para exclusão de aortite no contexto de recidiva após interrupção da terapêutica.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, de 74 anos de idade, seguida em consulta de Reumatologia por ACG, que iniciou dorsalgia de ritmo inflamatório após suspensão da terapêutica com corticoides. Realizou PET/CT com ^{18}F -FDG que revelou hipercaptação anómala do radiofármaco, atribuível a vasculite em atividade, nas artérias carótidas, aorta, subclávias, axilares, íliaca direita e, eventualmente, nas femorais, com Score Vascular Total de 20 (calculado de acordo com as recomendações internacionais de 2018 – EANM/SNMM/PET Interest Group). Este estudo evidenciou também aumento de captação nas articulações da cintura escapular direita, 6ª condro-costal direita e apófises espinhosas D11-L5, de natureza inflamatória, em provável relação com PMR.

Discussão: A PET/CT com ^{18}F -FDG avalia o metabolismo da glicose, demonstrando aumento de captação em processos inflamatórios pela presença de elevada atividade glicolítica. Consequentemente, é um estudo sensível na identificação de inflamação nos grandes vasos e articulações, sendo particularmente importante no diagnóstico precoce de VGV em doentes com sintomatologia e parâmetros analíticos inespecíficos. Adicionalmente, sendo um estudo de corpo inteiro, acresce o benefício de permitir uma avaliação de todos os grandes vasos e articulações envolvidos numa só técnica. No presente caso clínico, a doente apresentava um quadro algico localizado, inespecífico, e a PET/CT com ^{18}F -FDG não só confirmou a presença de inflamação ativa em território vascular, como também pôs em evidência a sua exuberante extensão e o envolvimento articular por PMR.

Conclusão: A PET/CT com ^{18}F -FDG é um estudo de corpo inteiro que permite aferir numa só técnica o envolvimento vascular pela VGV e eventual comprometimento articular em casos em que exista PMR associada, evidenciando a verdadeira extensão da doença, tal como é demonstrado no presente caso clínico.

PO 03 - ANÁLISE DE UM GRUPO DE DOENTES SOB TERAPÊUTICA BIOTECNOLÓGICA E COVID-19

Pedro Abreu¹; Svitlana Kachan²; Carolina Rocha³

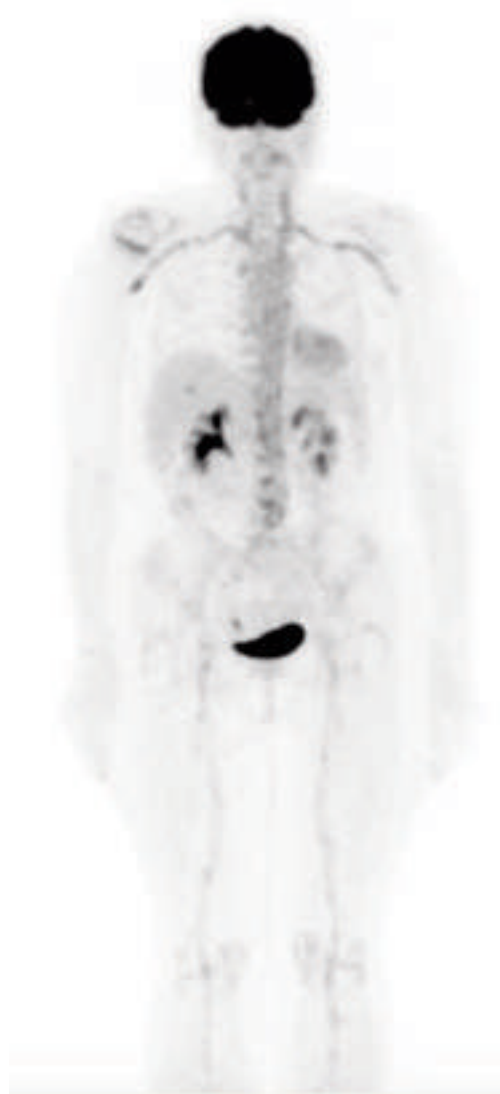
1. Unidade de Reumatologia, ULS Castelo Branco,

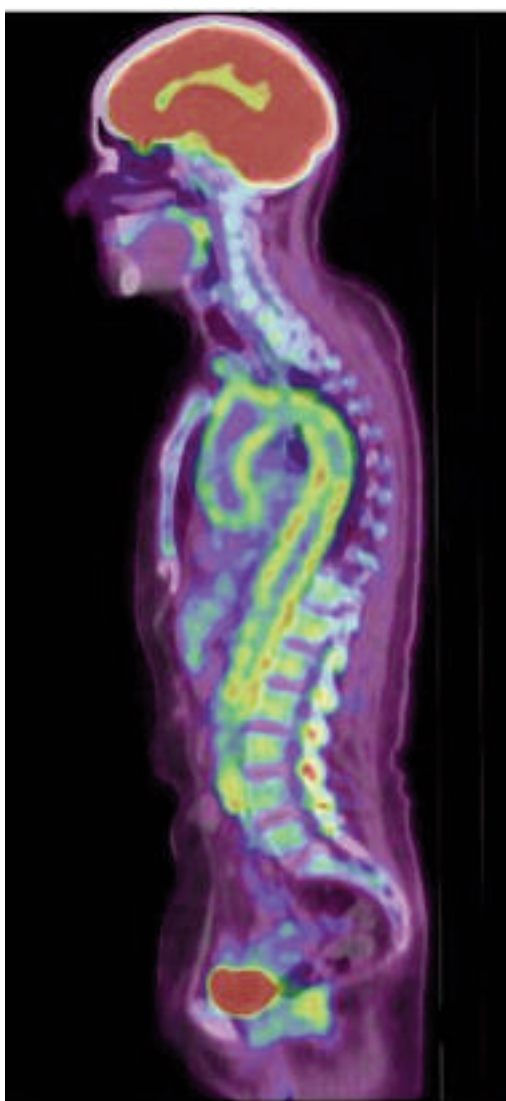
EPE; Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior

2. UCSP S. Miguel, ULS Castelo Branco, EPE

3. Serviço de Anestesiologia, ULS Castelo Branco, EPE; Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior

Introdução: Os dados sobre doentes com doenças inflamatórias imuno-mediadas sob terapêutica biotecnológica e com Covid-19, em Portugal, é escasso. É necessário um melhor e célere entendimento das implicações da Covid-19 nos doentes com tais patologias para os clínicos poderem orientar adequadamente, p.e., doentes com artrite reumatóide, artrite psoriática, espondilartrites e outras situações clínicas seme-





lhantes.

Objectivo: Avaliação de grupo de doentes sob terapêutica biotecnológica de uma Unidade de Reumatologia e COVID-19

Material e métodos: Análise demográfica e clínica dos doentes sob terapêutica biotecnológica no período de Março a Outubro.2020 (idade, sexo, tabagismo, diagnóstico de doença reumatológica, comorbilidades, medicação não biotecnológica e biotecnológica).

Resultados: Foram identificados 62 pacientes com doenças inflamatórias imunomediadas sob terapêutica biotecnológica, englobando as patologias AR (51.6%), EA (22.6%), Apso (22.6%), AIJ (1.6%) e DII (1.6%), em acompanhamento em consulta de Unidade de Reumatologia. Do grupo em análise, 5 (8.1%) realizaram o

teste por suspeita de infecção sendo que apenas um (1.6%) contraiu o coronavírus ainda que de forma assintomática. Do total de doentes, 85,5% fazia tratamento biológico anti-TNF alfa, 4,8% inibidores JAK, 3.2% anti-interleucina(IL)-6, 6.5% anti-interleucina(IL)-12/23, 41.9% metotrexato e 43.5% encontravam-se a tomar corticosteróides (≤ 10 mg prednisolona). O doente infectado, era portador de espondilite anquilosante, fazia tratamento biológico (golimumab) mas não necessitou de internamento hospitalar. Não fazia qualquer outra medicação e também não apresentava quaisquer outros factores de risco, nomeadamente HTA, diabetes ou DPOC.

Discussão: Apesar de se tratar de uma análise limitada no tamanho amostral, os dados revelam uma muito baixa incidência de Covid-19 neste grupo de doentes com doenças inflamatórias imuno-mediadas. Apesar do uso de biológicos, na presente análise, não se verificou necessidade de internamento hospitalar, assim como não foi necessária a utilização de nenhum medicamento no caso identificado.

PO 04 - TRATAMENTO DE INFEÇÃO LATENTE DE TUBERCULOSE EM CANDIDATOS A TERAPÊUTICA BIOTECNOLÓGICA COM DOENÇA ARTICULAR INFLAMATÓRIA

Miguel Barbosa¹; Ana Luísa Ramos²; Joana Carvalho³; Susana Carreira³; Teresa Mourato³; António Gomes Miguel³; Filomena Nogueira³; Maria da Conceição Gomes³

1. Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo
2. Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz
3. Centro de Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches

Introdução: Nos últimos anos aumentou significativamente o número de doentes tratados para infecção de tuberculose latente (ILTb) candidatos a início de terapêuticas biotecnológicas.

Objectivo: Caracterização dos doentes com doença articular inflamatória (DAI) candidatos a início de terapêutica biotecnológica, que iniciaram tratamento de ILTB num Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) entre 2011 e 2019.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com DAI tratados ou sob tratamento para ILTB num CDP entre 2011-2019. Os dados foram colhidos por consulta dos processos clínicos. Efetuou-se uma análise

se descritiva dos doentes com ILTB, nomeadamente sobre os diferentes critérios para início de tratamento e a tolerância ao tratamento.

Resultados: Durante o período de tempo estudado, iniciaram tratamento no CDP um total de 6069 doentes, sendo que 2808 (46.3%) corresponderam a casos de ITBL. De entre estes, 606 (21.6%) eram doentes com DAI que efetuaram tratamento de ITBL após rastreio positivo. Estes doentes apresentavam uma idade média, à data do tratamento, de 52 anos, eram maioritariamente do sexo feminino (63.5%; n=385) e de nacionalidade portuguesa (86.6%; n=525). Entre os estrangeiros, a maioria (69.1%; n=56) era natural dos PALOP. Os doentes foram referenciados principalmente a partir de consultas particulares (18.2%), do Instituto Português de Reumatologia (17.9%), do Centro Hospitalar Lisboa Norte (16%) e do Centro Hospitalar Lisboa Central (9.9%). As principais DAI observadas foram Artrite Reumatoide (35.6%), Artrite Psoriática (17.9%) e Espondilite Anquilosante (16.8%). Em relação aos critérios para início de tratamento de ILTB: 119 (19.6%) doentes apresentaram IGRA e TST positivos; 261 (43.1%) doentes apresentaram TST positivo e IGRA negativo ou desconhecido (193 destes com TST \geq 10mm); 68 (11.2%) doentes apresentaram IGRA positivo e TST negativo ou desconhecido, 158 (26.8%) doentes apresentaram os dois testes de rastreio negativos. Os doentes deste último grupo apresentavam critérios epidemiológicos ou imagiológicos para início de tratamento. 99.2% foram sujeitos a tratamento ILTB com Isoniazida com média de duração de 8.5 meses (excluídos os que ainda se encontravam em tratamento). Apenas 5 doentes fizeram Rifampicina. 71.1% dos doentes completaram tratamento, 14.9% interromperam ou abandonaram o tratamento (não foram relatados casos de toxicidade fatal) e 13.8% ainda se encontravam sob tratamento à data da colheita dos dados.

Discussão: Este estudo salienta o elevado número de candidatos a terapêutica biotecnológica que iniciou tratamento para ILTB com DAI nos últimos anos. Dos critérios para início de tratamento, destaca-se o facto de um quinto dos doentes (26.8%) ter apresentado os dois testes de rastreio negativos com outro critério para iniciar tratamento ILTB. Também de destacar o elevado número de doentes (193) que apresentaram TST francamente positivo (\geq 10mm) com IGRA negativo ou desconhecido. Em relação à tolerância ao tratamento, verificou-se que este foi bem tolerado na maioria dos casos, destacando-se a existência de casos de interrupção ou abandono da terapêutica (14.9% do total de doentes

tratados). Nestes doentes, uma abordagem concertada entre a equipa do CDP e o médico assistente responsável pelo seguimento da DAI poderá ter ainda maior importância, no reforço da importância do cumprimento da terapêutica e informação acerca dos riscos do seu abandono/interrupção.

PO 05 - SÍNDROME DE SJÖGREN E COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA: CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL SECUNDÁRIO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Filipe Cunha Santos¹; Ana Sofia Pinto¹; Sara Paiva Dinis¹; Joana Fonseca Ferreira¹; Claudia Vaz¹

1. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda

Introdução: No espectro da autoimunidade é frequente a coexistência de mais do que uma doença autoimune no mesmo doente. Um exemplo deste *cluster* é a associação entre o Síndrome de Sjögren (SS) e a Colangite Biliar Primária (CBP). Ambas são caracterizadas pela destruição progressiva imunomediada dos tecidos epiteliais das glândulas salivares e lacrimais, bem como dos ductos intra-hepáticos, respectivamente.

Objetivo: Descrever as características clínicas e analíticas dos doentes com Síndrome de Sjögren e Cirrose Biliar Primária e rever a bibliografia sobre o tema.

Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo e observacional de doentes consecutivos seguidos no Serviço de Reumatologia da Unidade Local de Saúde da Guarda, de 2010 a 2020. Foram consultados os seus processos clínicos e registados os dados demográficos e clínicos.

Resultados: Foram incluídas 6 doentes, todas do sexo feminino com mediana de idade de 67.5 anos. Os sintomas mais frequentemente reportados foram queixas secas em 100% das doentes, fadiga em 66.7%, artralgias em 50.0%, desconforto abdominal em 33.3% e prurido em 16.7%. Não foi descrita icterícia em nenhuma doente.

Em termos analíticos 33.3% apresentavam sinais de colestase, com medianas da AST de 33.5, 40.0 de ALT, 104.5 de fosfatase alcalina, 21.5 de gama-GT e 0.7 de bilirrubina total. Os níveis de IgG foram 1033.8 \pm 232.3, IgA 234 \pm 91.2 e IgM 238.5 \pm 186.8. As doentes não apresentavam alterações no nível sérico de albumina, provas de coagulação ou contagem de plaquetas no hemograma.

Em termos imagiológicos nenhuma das doentes apresentava alterações compatíveis com cirrose hepá-

tica, estando descrita esteatose difusa em 33.3% e hepatomegalia em 16.7%.

Em relação à terapêutica, 50% encontrava-se a realizar metotrexato, 50% hidroxicloroquina, 50% ácido ursodesoxicólico e 33.3% prednisolona (≤ 5 mg/dia).

Discussão: As queixas secas (síndrome *sicca*) são a manifestação extra-hepática mais reportada entre os doentes com CBP, com uma prevalência estimada em 34%, e que poderão surgir até 4 anos do diagnóstico de CBP. A associação entre SS e CBP parece dever-se, em parte, à presença de um antigénio comum no epitélio dos ductos salivares e biliares, levando a uma epitelite autoimune crónica, com consequente destruição dos mesmos.

Contudo, os sintomas de SS parecem ser mais ligeiros em doentes com CBP, quando comparados com doentes com SS primário, pelo que as medidas gerais de aplicação de lágrima artificial/colírios e a pilocarpina parecem ser suficientes para a gestão das queixas secas. Além disso, a clínica do SS não se parece correlacionar com a gravidade clínica ou histológica da CBP.

O tratamento com ácido ursodesoxicólico, o único aprovado para CBP, permitiu que cerca de dois terços dos doentes passassem a ter uma sobrevida estimada semelhante à população geral, com apenas uma minoria a evoluir para cirrose hepática, razão pela qual a nomenclatura foi recentemente revista, tendo-se abandonado o termo “cirrose” para “colangite”.

Assim, nos doentes com SS, AMA positivos e alterações das enzimas hepáticas, deve ser feito o despiste da presença de doença hepática e, caso não esteja presente, deve ser mantida a vigilância para o aparecimento das primeiras alterações com vista a iniciar tratamento precocemente e melhorar o prognóstico a longo prazo.

PO 06 - DETERMINANTES DO PHYSICIAN'S GLOBAL ASSESSMENT (PHGA) E DA SUA VARIAÇÃO ENTRE CONSULTAS

Liliana Saraiva¹; Luisa Brites¹; Rita Novais Cunha²; Helena Assunção¹; Ana Rita Prata¹; Mariana Luís¹; Flávio Costa¹; João Freitas¹; Marlene Sousa¹; José António Pereira da Silva³; Cátia Duarte³

1. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
2. Centro Hospitalar do Baixo Vouga
3. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research (iCIBR), Faculty of Medicine, University of Coimbra

Introdução: O *Physician's Global Assessment of Disease*

Activity (PhGA) está incluído em alguns *scores* de atividade utilizados na Artrite Reumatóide (AR), tendo impacto nas decisões de tratamento realizadas pelos reumatologistas, superando inclusivamente o Disease Activity Score (DAS28). Contudo, os dados sobre as suas propriedades psicométricas são escassos. Este estudo tem como objetivo avaliar os fatores subjacentes à avaliação do médico através do PhGA, bem como a sua reprodutibilidade e responsividade à mudança de atividade da AR.

Material e métodos: Estudo transversal, incluindo doentes com AR seguidos num Serviço de Reumatologia Terciário. Através de um protocolo foram recolhidos dados socio-demográficos (idade e género) e dados clínicos incluindo: articulações tumefactas (SJ28), articulações dolorosas (TJ28), velocidade de sedimentação (VS), proteína C reativa (PCR), *Disease activity Score* (DAS28-4v-PCR e DAS28-4v-VS), *PhGA* e *Patient Global Assessment of Disease Activity* (PGA) usando uma escala visual analógica 0-100mm, *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), *European Quality of Life-5 Dimensions* (EQ-5D) e *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Para avaliar a reprodutibilidade e responsividade foram incluídos os doentes com 2 consultas consecutivas e dados completos, e calculadas as variações () entre as duas consultas. As correlações entre – PhGA e variáveis contínuas, e PhGA e alterações em outras variáveis – foram avaliadas através do Coeficiente de correlação de *Pearson's*. Variáveis com $p < 0.05$ na análise univariada foram incluídas na análise de regressão linear multivariada. A reprodutibilidade foi avaliada através do *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC) no subgrupo de doentes com atividade de doença estável (DAS28-4v-VS [-0.6 to 0.6]). A sensibilidade à mudança foi avaliada no subgrupo de doentes que apresentou uma melhoria de pelo menos 0.6 no DAS28-4V-VS, através da *Standardized Response Mean* (SRM).

Resultados: Foram incluídos 392 doentes com AR (80.6% mulheres, 65.3±12.6 anos). O PhGA correlacionou-se fracamente com PCR ($r=0.23$), TJC28 ($r=0.35$), PGA ($r=0.26$), HAQ ($r=0.31$) e EQ5D ($r=-0.21$). Correlações moderadas foram observadas com SJC28 ($r=0.45$) e DAS-4V-PCR ($r=0.48$). Na análise multivariada SJC28 (=4.14, 95%CI:3.16-5.12), PCR (=0.22; 95%CI: 0.02-0.03), HAQ (=4.46, 95%CI:1.50-7.42) e PGA (=0.08; 95%CI:0.00-0.16) permaneceram como fatores independentes associados ao PhGA ($R^2=0.27$, $p < 0.05$).

No total, dos 121 doentes avaliados prospectiva-

mente, em 2 consultas consecutivas, o PhGA apresentou uma boa reprodutibilidade [ICC 0.7, [95%CI:0.47-0.83] e sensibilidade à mudança [SRM -1.01 [95% CI: -1.26-(-0.73)]. A PhGA apresentou correlação fraca com CRP (r=0.23), PGA (r=0.31) e Dor (r=0.37). Correlações moderadas foram observadas com DAS28-3V-VS (r=0.55), SJC28 (r=0.56), DAS28-4V-VS (r=0.58), DAS28-3V-PCR (r=0.60), TJC28 (r=0.62) e DAS28-4V-PCR (r=0.63). Na regressão linear multivariada SJC28 ($\beta=4.01$; 95% CI:3.07 to 4.96) e Dor ($\beta=0.18$; 95%CI: 0.07 to 0.28) permaneceram como fatores independentes, associados à PhGA (R²:0.49, $p<0.01$).

Conclusão: Este estudo demonstrou que o PhGA se associa com SJC28, PCR, HAQ e PGA, o sugerindo que os reumatologistas adotam uma leitura compreensiva da doença, em todas as suas dimensões. No entanto, uma grande proporção da variação do PhGA permanece por explicar. A SJC apresentou uma associação forte com PhGA e Dor. Dado o papel que o PhGA representa na prática clínica é importante compreender melhor os fatores que o influenciam e padronizar a forma como é utilizado.

PO 07 - CONSULTA DE REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA: 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Tomás Miguel Guedes Fontes¹; Ana Moutinho²; Teresa Jacinto²; Juan Gonçalves²; Carolina Furtado¹; Teresa Nóvoa¹

1. Serviço de Reumatologia, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal

2. Serviço de Pediatria, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal

Introdução: A consulta diferenciada de Reumatologia Pediátrica (RP) do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES), EPER de Ponta Delgada, surgiu em 2014 da parceria entre os serviços de Reumatologia e Pediatria e dedica-se ao diagnóstico, tratamento e seguimento das doenças reumáticas e músculo-esqueléticas em crianças e adolescentes até aos 18 anos.

Objetivo: Neste trabalho, apresenta-se a casuística de cinco anos de experiência.

Material e Métodos: Estudo descritivo retrospectivo, tendo por base a informação dos processos clínicos das crianças seguidas na consulta de RP do HDES, entre 2015 e 2019. Foram colhidos dados relativos às características demográficas, grupos nosológicos – tendo por base a nomenclatura e classificação da ARA, e a classi-

ficação ILAR das artrites idiopáticas juvenis (AIJ) –, tratamento com cDMARDs e bDMARDs e efeitos adversos e switch de bDMARDs. Resultados Durante este período de 5 anos, foram realizadas 773 consultas relativas a 131 crianças, sendo 127 (16,4%) primeiras consultas e 646 consultas de seguimento. O total de consultas realizadas cresceu de 2015 a 2019, de 103 a 175, respetivamente. Cerca de 65,6% das crianças era do sexo feminino e a idade média à primeira consulta era de 12,6 \pm 4,5 anos (mínimo 6 meses, máximo 18 anos). O número médio de consultas por criança por ano foi de 2 \pm 1 (máximo de 8). Um total de 14 crianças transitou para a consulta de Reumatologia do adulto. Relativamente aos grupos nosológicos, as doenças do tecido conjuntivo (DTC) constituíram a maioria dos diagnósticos principais, com 40 crianças no total (30,5%). Dentro das DTC, a AIJ foi o diagnóstico mais prevalente, presente em 24 (60% das DTC) – AIJ oligoarticular persistente (7), AIJ sistémica (5), AIJ poliarticular (5 FR negativo, 1 positivo), artrite associada a entesite (4), artrite psoriática (1) e AIJ oligoarticular estendida (1) –, seguindo-se o grupo das vasculites (7), o lúpus eritematoso (1 neonatal, 5 sistémico) e a morfeia (1). No grupo das vasculites, destaque para a doença de Behçet (DB)(5), púrpura de Henoch-Schönlein (1) e arterite de Takayasu (1). Foram ainda registados casos de síndrome de amplificação dolorosa (8), uveíte idiopática (7), escoliose (7), artrite reativa (6) e osteoporose secundária (5). Um total de 26 doentes (com DTC ou uveíte idiopática) encontra-se medicado com cDMARD: metotrexato (MTX) (14), hidroxicloroquina (4), sulfasalazina (2), leflunomida (2), micofenolato de mofetil (2) e azatioprina (2). Dez estão sob bDMARD: adalimumab (5 por AIJ, 1 por uveíte idiopática), etanercept (2, AIJ) e tocilizumab (TCZ) (2, AIJ). Há uma criança sob pamidronato, por osteomielite multifocal recorrente crónica. Entre os efeitos adversos à terapêutica, destacam-se dois casos de AIJ sistémica, um de hepatotoxicidade à associação MTX+TCZ, resolvida após suspensão do MTX e redução da dose de TCZ de 8mg/Kg para 4mg/Kg quinzenal, e um outro de neutropenia moderada por TCZ, resolvido também após redução similar. Ambos estão em remissão atualmente. A referir o caso de uma criança com AIJ poliarticular FR positivo, com necessidade de dois switch (abatacept, TCZ e adalimumab) por ineficácia terapêutica, agora com baixa atividade da doença.

Conclusão: Apesar de relativamente recente, a consulta de RP do HDES conta com um vasto e heterogéneo grupo de patologias, no qual predominam as DTC,

nomeadamente a AIJ. Destaca-se um número superior ao esperado de casos de DB. Contabilizaram-se poucos efeitos adversos à terapêutica. A integração de pediatras na consulta de RP constitui uma mais valia ao proporcionar uma abordagem de excelência numa perspetiva global de cuidados às crianças/adolescentes.

PO 08 - CASO CLÍNICO - MULHER COM HIPOTIROIDISMO

Diana Pereira¹; Bruno Pereira¹

1. ULHT

Introdução: As carências nutricionais são os principais fatores de risco para a disfunção tiroideia e comprometimento da síntese das hormonas tiroideias, por isso, uma alimentação variada e equilibrada é crucial para a obtenção de níveis adequados de diversos micronutrientes indispensáveis ao correto funcionamento da tiróide.

Caso Clínico: A cliente estudada é do sexo feminino com 25 anos, 1,76m de estatura, 77,6 kg de peso, índice de massa corporal (IMC) de 25,7 kg/m², massa gorda de 29,7%, massa isenta de gordura de 54,3 kg e 39,8 kg de água corporal. Definiu-se o objetivo inicial de perder 7,3 Kg - atingir os 70 kg-, passando da categoria do IMC de pré-obesidade (25-29,9 kg/m²) para peso adequado (18,5-24,9 kg/m²), dado que o risco de morbilidade eleva-se à medida que o indivíduo muda da categoria, através da implementação de hábitos alimentares saudáveis e reestruturação da alimentação, aliado a um défice calórico.

A avaliação da composição corporal realizou-se através de uma balança de bioimpedância.

Discussão: O plano alimentar elaborado tem uma redução calórica de 41%, representando uma diminuição de 2006 Kcal da dieta da cliente. Redução apropriada para a perda de massa gorda com um défice calórico de 495kcal. Relativamente aos macronutrientes observa-se a diminuição da proteína (33,6g) e em especial a diminuição dos hidratos de carbono (355,1g) e dos lípidos (51,7g).

O plano caracteriza-se por uma acentuada descida nos lípidos saturados e nos açúcares, pois estes são fatores de risco para a obesidade e para o desenvolvimento de outras doenças, devendo ocorrer uma diminuição no seu consumo.

Em relação aos micronutrientes, o novo plano alimentar é mais rico em vitaminas e minerais, em comparação com o anterior.

Conclusão: A cliente diminuiu 7kg, atingindo os 70kg,

dos quais 3,9kg de massa gorda, 3,3kg de massa isenta de gordura, aumentou a água corporal e atingiu a categoria de peso adequado, segundo o IMC.

O processo de perda de peso num indivíduo com hipotiroidismo deve ser alvo de um acompanhamento especializado por um nutricionista de modo a garantir a satisfação das necessidades energéticas e evitar défices nutricionais.

O papel do nutricionista passa também por aconselhar e educar os utentes em relação à sua alimentação, o que é fulcral para o futuro.

PO 09 - CASO CLÍNICO - ATLETA DE ALTA COMPETIÇÃO

Diana Pereira¹; Bruno Pereira¹

Introdução: A nutrição está intimamente ligada à prática de exercício físico. Os atletas têm as necessidades energéticas aumentadas devido ao volume de treinos e de competições. Tornando-se muito relevante o desenvolvimento e a otimização de estratégias nutricionais adequadas, garantindo assim um aporte energético de nutrientes e água adaptado às suas necessidades, garantindo a melhoria da performance e da recuperação mais rápida e eficaz, culminando num melhor desempenho.

Caso Clínico: A atleta era do sexo feminino de 17 anos, praticava ténis e apresentava 169cm de estatura e 63,7kg de peso. De acordo com a avaliação do estado nutricional, a atleta apresenta uma percentagem excessiva de massa gorda (33,1%).

Uma percentagem de massa gorda elevada é prejudicial na sua modalidade, pelo que, o plano alimentar proposto terá como objetivo primordial a perda de 5,7 kg de massa gorda, bem como, equilibrar as glicémias, melhorar a performance, a hidratação e melhorar e estruturar a alimentação.

Discussão: A perda de peso ocorre quando ocorre um défice calórico, posto isto, foi elaborado o plano alimentar de acordo com as necessidades e as preferências da atleta, resultando num défice de 22 kcal. Poderá parecer um défice calórico mínimo, mas a atleta encontrava-se a iniciar época de competição, não sendo o momento ideal para iniciar uma dieta, devendo este défice calórico ser mínimo, para que não haja um comprometimento da performance.

Optou-se por reestruturar a sua alimentação e elaborar um plano alimentar que satisfaz as necessidades da atleta com um défice calórico muito reduzido. A atleta relatou ter sentido melhorias na sua prestação durante o treino e na energia que sentia ao longo do dia.

Conclusões: No total, a atleta perdeu 2,3kg, dos quais 7,9kg de massa gorda, sem perda de massa isenta de gordura, pelo contrário, aumento de 3,5kg.

Uma alimentação correta no atleta é imprescindível, sendo um fator limitante tanto nas qualidades do treino e competições, como no descanso/recuperação do atleta e na sua saúde em geral. Num nível extremamente competitivo, onde o atleta procura obter o máximo de vantagens, a nutrição torna-se algo indispensável, podendo fazer a diferença entre os bons atletas e os campeões, tornando-se essencial a educação alimentar e o acompanhamento nutricional no atleta.

O processo de perda de peso num atleta deve ser alvo de um acompanhamento especializado por um nutricionista de modo a garantir a satisfação das necessidades energéticas e evitar défices nutricionais.

PO 10 - PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE EM DOENTES COM LESÃO MEDULAR

Margarida Ramos Rodrigues¹; Maria Cunha¹; Fátima Gandarez¹; Liliana Rocha¹; Gisela Leandro²

1. Centro de Reabilitação do Norte
2. Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: Mais de 80% dos doentes com lesão medular (LM) apresenta osteoporose. Apesar da fisiopatologia não estar completamente esclarecida, os doentes com LM apresentam uma rápida diminuição da densidade mineral óssea, devido à reabsorção que tem início desde os primeiros dias, aumentando o risco de fracturas de fragilidade (mais comuns ao nível do fémur distal e tibia, nesta população). A magnitude da perda de massa óssea nestes doentes é superior àquela verificada noutros doentes no contexto de imobilidade. Ocorre em duas fases: na fase aguda, verifica-se uma reabsorção óssea aumentada, que estabiliza entre os 18-24 meses; na fase crónica, verifica-se a inibição da reabsorção óssea, associada a perda progressiva de massa óssea, de forma mais lenta e gradual, apesar de ainda existir controvérsia na literatura.

Objectivos: Instituição de um protocolo de forma a normalizar o conjunto de atitudes em doentes com LM e com risco aumentado de osteoporose, visando a diminuição do risco de fracturas de fragilidade.

Material e métodos: Pesquisa e revisão bibliográfica da literatura mais recente, e elaboração de um protocolo de prevenção e tratamento da osteoporose, a implementar numa unidade de reabilitação de doentes com LM.

Resultados: Actualmente, não existem normas de orien-

tação definidas quanto ao rastreio e tratamento da osteoporose nestes doentes. Da pesquisa, resultou a elaboração de um protocolo que irá permitir a abordagem da diminuição da densidade mineral óssea na LM, tanto na fase aguda, como na crónica, visando, simultaneamente, o aumento de conhecimento nesta área, no futuro.

Discussão/Conclusões: Apesar da ausência de normas de orientação e do reduzido número de estudos controlados e randomizados, é premente a prevenção de fracturas de fragilidade nos doentes com LM, os quais apresentam *ad initio* elevado risco de queda e limitação funcional, decorrente do atingimento neuromotor.

PO 12 - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: UM TRATAMENTO PARA ALÉM DAS GUIDELINES

Elisa Costa Moreira¹; Nelson Albuquerque¹; Bruno Silva Lopes¹; David Coutinho¹; Andreia Silva¹; Irina Peixoto¹; Ana Torres¹; Jorge Caldas¹

1. Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Introdução: Osteoporose e fraturas são complicações bem conhecidas do acidente vascular cerebral (AVC). No entanto, a abordagem diagnóstica e as estratégias terapêuticas da osteoporose no doente com AVC não estão bem definidas, o que dificulta muito a intervenção médica na prevenção de fraturas nestes doentes.

Caso Clínico: Homem de 69 anos de idade, que sofreu queda da própria altura com traumatismo da anca esquerda, da qual resultou fratura subcapital do fémur. Foi internado para tratamento cirúrgico com artroplastia total da anca, procedimento que decorreu sem intercorrências. Tratava-se de um doente com antecedentes de AVC, há 7 anos, com sequelas de hemiparesia espástica à esquerda, força muscular grau 4 ao nível do membro inferior esquerdo, realizando marcha autónoma com bastão e ortótese *ankle foot orthosis* (AFO). Permaneceu internado em programa de reabilitação intensivo durante 45 dias, com o objetivo de recuperação de funcionalidade e autonomia na marcha. Não havia registos de densitometria (DEXA) prévia, nem realizava terapêutica dirigida à prevenção de fraturas ósseas, pelo que foi solicitada DEXA, ao nível da coluna lombar e punho esquerdo. Os resultados mostraram um índice T de -2,7 na coluna lombar e -2,9 no punho esquerdo, a confirmar osteoporose. À data da alta, foi prescrita suplementação com carbonato de cálcio e colecalciferol (1500 mg + 400 UI/dia), foram dadas recomendações para a prevenção de que-

das e manteve programa de reabilitação em ambulatório, dirigido à mobilização dos membros paréticos, fortalecimento muscular e treino de marcha. Foi reavaliado um mês após alta, tendo iniciado tratamento com ácido zoledrónico, 5 mg, via endovenosa.

Discussão: O AVC é a principal causa de incapacidade no adulto, com a maioria dos doentes a apresentar limitações de mobilidade. Estudos prévios sugerem um risco de fraturas quatro a sete vezes superior em doentes com sequelas de AVC quando comparados com grupo de controlo saudável. O elevado risco de fraturas pós-AVC parece estar relacionado com a diminuição da densidade mineral óssea (DMO) e com o risco elevado de quedas. No entanto, a fisiopatologia da osteoporose nestes doentes permanece por esclarecer. Sabe-se que a perda de massa óssea afeta preferencialmente o membro parético, facto que vários autores atribuem à mobilidade reduzida, o que conduz à diminuição da carga a que o osso é submetido e ao consequente aumento da reabsorção óssea mediada por osteoclastos. A abordagem diagnóstica e o tratamento da osteoporose não aparecem detalhados nas *guidelines* de AVC e poucos são os estudos randomizados e os ensaios clínicos realizados neste âmbito. Estudos demonstram que a DMO no doente com AVC raramente é avaliada, facto que os autores atribuem ao sub-reconhecimento da osteoporose como consequência do AVC, à elevada preocupação com a abordagem do risco cardiovascular pós-AVC e ao desvio da atenção do clínico para consequências mais alarmantes, como por exemplo, a disfasia ou os défices cognitivos e funcionais. Quanto ao tratamento, alguns ensaios clínicos demonstraram eficácia e segurança do ácido zoledrónico, associado a suplementação com cálcio e vitamina D. Questões acerca de qual o local anatómico a avaliar na DEXA, qual o melhor tratamento a oferecer, assim como, quando iniciar o tratamento da osteoporose após o AVC, permanecem por esclarecer.

Conclusões: O caso clínico apresentado retrata uma população específica de doentes com os quais nos deparamos, com frequência, na nossa prática clínica. Não havendo orientações específicas para a abordagem e tratamento da osteoporose no doente com AVC, o clínico deverá seguir as normas orientadoras gerais e avaliar cada caso, com eventual discussão em equipa interdisciplinar. A definição de estratégias de abordagem diagnóstica, bem como o estudo de farmacoterapia dirigida à osteoporose, poderá ter um impacto significativo na redução de fraturas e na melhoria da qualidade de vida no doente com AVC.

PO 13 – COMO É QUE A TERAPIA AQUÁTICA PODE AJUDAR O DOENTE COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE?

Gonçalo Engenheiro¹; Ana Margarida Sampaio¹; Sónia Tomé¹; Vítor Pereira¹; Maria Inês Táboas¹; Catarina Aguiar Branco¹

1. Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: Espondilite anquilosante (EA) é uma doença reumática inflamatória crónica, que pode afetar o esqueleto axial e, em menor grau, articulações periféricas e órgãos extra-articulares, condicionando diminuição da qualidade de vida (QV). A terapia aquática, incluindo a hidrocinestoterapia (HCT), é frequentemente recomendada aos doentes com EA.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é rever a eficácia das diversas formas de terapia aquática nos pacientes com EA.

Material e métodos: Efetuámos uma revisão narrativa da literatura publicada na PubMed (Janeiro 2000 - Setembro 2020), com a seguinte estratégia de pesquisa: (*ankylosing spondylitis*) AND (*hydrotherapy* OR *balneotherapy* OR *hydrokinesiotherapy* OR *water exercise* OR *aquatic exercise*). Critérios de inclusão: (1) ensaios clínicos controlados (randomizados ou não); (2) doentes adultos; (3) diagnóstico estabelecido de EA; (4) intervenções incluíram terapia aquática. Critérios de exclusão: (1) estudos em línguas que não o Português, Inglês ou Espanhol; (2) estudos com apenas o resumo disponível.

Resultados: Sete estudos cumpriram os critérios e foram incluídos na revisão. Em relação à tipologia, 6 dos trabalhos foram randomizados e controlados (RCT) e apenas 1 não foi aleatorizado. O tipo de intervenções variou entre os estudos e incluiu: balneoterapia, hidroterapia, terapia com lamas e *Stanger bath therapy*, combinadas ou não com programas formais de exercício (incluindo exercício aeróbio, alongamentos, mobilização articular, reeducação postural e fortalecimento muscular). O exercício físico foi efetuado em meio aquático (HCT) ou meio terrestre, em grupo ou de modo individual, supervisionado ou efetuado de forma autónoma no domicílio. Registou-se variabilidade no tamanho das amostras (entre 30 e 69 doentes) e nos valores médios da idade (entre 40 e 51 anos), duração (entre 7 e 19 anos) e gravidade da doença (de 2.5 a 5.9 pontos no *BASDAI*). Os períodos de seguimento foram de 1 a 6 meses, com os *outcomes* mais reportados a terem sido: dor, mobilidade, *BASDAI*, *BASFI* e *BASMI*. Em termos de resultados, todos os estudos evidenciaram melhoria significativa em diversos parâmetros nos grupos submetidos a terapia aquática, mesmo quando não foi efe-

tuada HCT. Os programas de exercício demonstraram alcançar melhorias adicionais na atividade da doença, mobilidade e QV em vários estudos. Além disso, em comparação com exercício físico terrestre domiciliário, a HCT demonstrou ser superior na redução da dor e melhoria da QV. Os programas de HCT também alcançaram resultados superiores no consumo máximo de oxigénio e na prova de marcha de 6 minutos em doentes já incluídos num programa de exercício de grupo. Em doentes apenas sob terapia farmacológica, a HCT demonstrou benefícios adicionais na analgesia e no controlo da atividade da doença.

Discussão/Conclusões: Embora as modalidades de terapia aquática sejam bastante heterogêneas, todas apresentaram melhorias significativas em vários parâmetros, associando-se a benefícios clínicos e funcionais tanto em fases mais precoces, como em etapas mais avançadas da evolução da EA. Além disso, quando associada ao exercício físico, a terapia aquática parece proporcionar ainda melhores resultados na analgesia e na QV. Em relação ao exercício físico terrestre, a HCT permite um incremento adicional na capacidade funcional, facto que pode ser devido às propriedades físicas da água, a qual constitui um meio facilitador da mobilização dos segmentos com rigidez e dor, proporcionando descarga e oferecendo estímulos proprioceptivos. A literatura disponível apresenta limitações condicionadas pela escassez de estudos, pela heterogeneidade das amostras, do tipo de intervenções e dos *outcomes* reportados e pelos curtos períodos de seguimento dos pacientes. Ainda assim, tendo em conta o potencial efeito benéfico na funcionalidade e QV, podemos concluir que a terapia aquática deverá efetivamente ser considerada como parte integral do processo de gestão terapêutica da pessoa com EA.

PO 14 - A POSITIVIDADE PARA ANTICORPOS ANAS NÃO ESTÁ ASSOCIADO A PIOR PROGNÓSTICO E MAIOR TAXA DE SWITCH NOS DOENTES COM AR SOB ANTI-TNF α

Rita Novais Cunha¹; Liliana Saraiva²; Luísa Brites²; Margarida Coutinho²; Maria João Salvador²; Mariana Santiago²; Renata Aguiar¹; Cátia Duarte²; Anabela Barcelos²; JAP da Silva³

1. Centro Hospitalar do Baixo Vouga
2. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
3. Centro Hospitalare Universitário de Coimbra

Introdução: A prevalência da positividade dos ANAs na AR varia muito na literatura. A evidência das impli-

cações clínicas e terapêuticas da positividade dos ANAs em doentes com AR é limitada e controversa.

Objetivos: Avaliar as implicações da positividade dos ANAs no prognóstico e na persistência do fármaco em doentes com AR sob terapêutica com anti-TNF α .

Materiais e Métodos: Foram incluídos, de forma consecutiva, doentes provenientes de dois departamentos de Reumatologia registados na base de dados electrónica nacional - Reuma.pt. Os doentes incluídos preenchem os critérios do American College of Rheumatology para AR, estavam sob terapia anti-TNF α e realizaram ANAs (positividade definida por um título \geq 1/160), antes do início do tratamento. Realizámos um emparelhamento 1: 1 para idade e sexo, com base na positividade para ANAs. Os seguintes dados foram recolhidos antes do início da terapia anti-TNF α : idade, sexo, duração da doença (anos), positividade para ANAs (S/N), fator reumatóide (FR) (S/N), anticorpos anti-proteína citrulinada (anti-CCP) (S/N), score de atividade da doença - DAS28-PCR, número de articulações tumefactas e dolorosas (contagem de 28 articulações), avaliação global do doente (PGA), uso de corticóides (S/N) e dose, monoterapia ou terapia combinada (S/N) e persistência do fármaco (dias). A comparação entre os grupos (switch/não switch) foi avaliada pelo teste de Man-Whitney e Qui-quadrado. Variáveis com $p < 0,1$ na análise univariada ou com relevância clínica foram incluídas na análise de regressão logística. A análise de sobrevivência de Kaplan-Meier (tempo para avaliar a sobrevivência do medicamento definido como o tempo entre o início do anti-TNF α e sua descontinuação) foi usada para avaliar a persistência e os testes de log rank foram usados para comparar a sobrevivência do fármaco.

Resultados: No total, 94 pacientes (88,3% mulheres, idade média (\pm DP) de 62,3 (\pm 11,2) anos) foram incluídos. Quarenta pacientes (42,6%) mudaram para outra terapia biológica e a mediana (\pm DP) do tempo de switch foi de 719 \pm 1492,8 dias.

Nas análises univariadas, um maior número de articulações tumefactas foi associado a uma maior taxa de switch de anti-TNF alfa (10,4 vs 7,9, $p = 0,01$). A variável idade apresentou tendência à significância estatística ($p = 0,069$). A positividade ANA não foi associada à taxa de mudança ($p = 0,21$). Em análises multivariadas, ser mais velho foi associado a uma maior taxa de troca ($1,05$, IC 95%, [1,0; 1,1], $p = 0,043$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na sobrevida do primeiro anti-TNF α entre os doentes com positividade ANA versus sem positividade ANA (log-rank 0,001, $p = 0,981$).

Discussão / Conclusão: A positividade para ANA antes do tratamento não foi associada a uma menor taxa de resposta à terapia anti-TNF α ou a um menor tempo de sobrevida do fármaco nesta coorte. Mais estudos em coortes maiores são necessários para confirmar essas observações.

PO 15 - SÍNDROME DOLOROSA REGIONAL COMPLEXA SECUNDÁRIA A FASCEITE PLANTAR: UM CASO CLÍNICO ATÍPICO

Eduardo Freitas Freitas Ferreira¹; Diogo Portugal¹; Nuno Silva¹; Catarina Peixoto¹; Isabel Pereira¹; Leonor Prates¹

1. Serviço de MFR, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A síndrome dolorosa regional complexa (SDRC) é uma condição clínica que se caracteriza por um quadro de dor intensa, associada a alterações autonómicas e sensitivomotoras. Atinge preferencialmente o membro superior (3:2) e está maioritariamente associada a história de traumatismo prévio. Este trabalho pretende apresentar um caso atípico de SDRC com o objetivo de fomentar a discussão sobre as suas opções terapêuticas.

Caso Clínico: Masculino, 50 anos, antecedentes pessoais de doença hepática crónica etanólica, hipertensão arterial, dislipidemia e tabagismo. Referenciado pelo médico assistente para consulta de MFR por queixas álgicas persistentes, de início progressivo, localizadas no retopé esquerdo com 8 meses de evolução com extensão para a articulação tibiotársica ipsilateral desde há 5 meses, sem história de traumatismo. Na anamnese referia dor em repouso e com os movimentos associada a parestesias (ardor, formigueiros e dormência) com dificuldade progressiva da marcha desde há 2 meses. Objetivamente apresentava pes planus com dor à palpação da inserção da fásia plantar esquerda, eritema e edema sobre o maléolo interno ipsilateral com alodinia e hiperalgesia, tibiotársica com amplitudes articulares mantidas mas dolorosa à mobilização e com força muscular ligeiramente diminuída, apresentando marcha com rotação externa e valgismo do pé. A TC do tornozelo documentou marcada diminuição da densidade óssea com características compatíveis com osteodistrofia simpática. A avaliação do metabolismo fosfocálcico não revelou alterações além de ligeira diminuição da vitamina D (22,10 ng/ml). Foi estabelecido o diagnóstico de SDRC secundária a fasceíte plantar, foram ensinados exercícios para casa e foi medicado com Lidocaína tópica e tramadol/dexcetoprofeno. Na reava-

liação apresentava melhoria álgica parcial, já sem alterações tróficas, edema, alodinia ou hiperalgesia sobre o maléolo interno. Nessa altura iniciou tratamentos no serviço de MFR visando fortalecimento muscular, mobilização articular, massagem dessensibilizante, TENS e ultrassonoterapia. Foi medicado com alendronato 70 mg/semana durante 8 semanas, calcifediol 0,266 mg/mês e foram prescritas palmilhas em silicone para alívio álgico. Por resolução completa do quadro álgico, teve alta dos tratamentos ao final de 1 mês.

Discussão: Este caso clínico apresenta alguns aspetos que o tornam incomum. Primeiro, ocorreu no membro inferior, localização menos frequente no adulto. Segundo, ocorreu secundariamente à fasceíte plantar, não existindo casos publicados desta associação, embora esteja descrito que a SDRC possa ocorrer secundária a processos inflamatórios locais. Apesar da reabilitação constituir um pilar do tratamento, a abordagem farmacológica assume especial relevância. Neste caso, a aplicação *off-label* da lidocaína tópica revelou-se eficaz no alívio álgico, existindo uma evidência crescente para a sua aplicação. Atendendo à desmineralização óssea presente neste doente utilizou-se o alendronato como terapêutica adjuvante. Diversos estudos demonstraram que os bifosfonatos possuem efeito analgésico independentemente da sua ação antireabsortiva, apresentando especial interesse em casos de SDRC aquando da presença de desmineralização. Contudo, o seu mecanismo de ação, dosagem e duração do tratamento permanecem por esclarecer, embora alguns estudos mostrem evidência para o uso de alendronato durante 8 semanas.

Conclusões: A SDRC é uma entidade complexa e não completamente compreendida. Apesar da sua associação a traumatismo na maioria dos casos, poderá surgir associada a processos inflamatórios crónicos, sendo essencial o seu tratamento precoce para prevenir a progressão para SDRC. A aplicação *off-label* da lidocaína tópica poderá representar uma opção terapêutica eficaz na SDRC localizada. A utilização de bifosfonatos permite a associação do efeito antireabsortivo com o analgésico, apresentando especial interesse aquando da evidência de desmineralização óssea.

PO 16 - EFETIVIDADE DO ETANERCEPT BIOSSIMILAR VERSUS ETANERCEPT ORIGINAL EM DOENTES NAIVES COM ESPONDILARTRITE AXIAL: ESTUDO DE VIDA REAL DO REUMA.PT

Cláudia Vaz¹; Luis Inês²; Helena Canhão³

1. ULS Guarda/ Faculdade de Ciências da Saúde - UBI

2. Faculdade de Ciências da Saúde- UBI
3. CEDOC- Nova Medical School

Introdução: Embora os ensaios clínicos suportem a equivalência do produto original e biossimilar do etanercept, continuam a faltar estudos da vida real em doentes com espondilartrite axial (Spa).

Objetivo: Os objetivos deste estudo foram comparar os scores de atividade da doença - ASDAS e BASDAI, em doentes naives a tratamento biotecnológico, com espondilartrite axial sob terapêutica com etanercept original versus etanercept biossimilar e explorar as características basais desses doentes.

Métodos: Estudo longitudinal observacional comparativo que incluiu todos os doentes adultos registados no Reuma.pt com Spa (espondilite anquilosante / SpA axial não radiográfica) que iniciaram etanercept original ou etanercept biossimilar como primeira terapêutica biotecnológica à data da exportação dos dados (fevereiro de 2020). Foram descritas as características à baseline dos 2 grupos e foi realizada a avaliação aos 6 meses, 1 e 2 anos; identificaram-se ainda as co-morbilidades. Foram calculadas as frequências, médias e desvios padrão (d.p.) (ou mediana; mín-máx) para descrever as características à baseline dos grupos. A distribuição normal das variáveis foi examinada com o teste de Kolmogorov-Smirnov. Os valores descritivos foram comparados com o teste t de Student ou o teste U de Mann-Whitney, conforme apropriado, e a análise não paramétrica de amostras emparelhadas foi realizada usando o teste de Wilcoxon. As frequências foram comparadas usando o teste exato de Fisher, McNemar ou qui-quadrado. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p < 0,05$. Todas as análises foram realizadas com SPSS versão 26.0.

Resultados: Foram incluídos 584 doentes que iniciaram o etanercept (83,2% original / 16,8% biossimilar). As características à baseline (tabela 1) foram semelhantes nos dois grupos. Em termos de atividade da doença, os valores médios de ASDAS e BASDAI mostraram atividade da doença semelhante para os dois grupos no início do estudo, aos 6 meses, 1 ano e 2 anos de seguimento (tabelas 2 e 3).

Conclusão: Este estudo observacional de doentes naives de tratamento biotecnológico com SpA mostrou características semelhantes à baseline. As semelhanças nos scores de atividade média da doença (ASDAS e BASDAI) à baseline, aos 6 meses, 1 ano e 2 anos em doentes tratados com o etanercept original versus biossimilar sugerem efetividade comparável na prática clínica.

(ASDAS, Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; T0: baseline; 6m: 6 meses; 1a: 1 ano; 2a: 2 anos)

• Tabela 3 - BASDAI Etanercept original vs. Biossimilar

BASDAI (média:d.p.)	Etanercept*	Biossimilar**	P
T0	6,09±1,89	5,57±2,05	0,005
6m	3,12±2,33	3,27±2,07	0,649
1a	2,94±2,17	2,65±2,13	0,413
2a	2,64±2,1	3,06±2,77	0,481

*2a vs. 1a: $p=0,507$; 2a vs. 6m: $p=0,320$; 2a vs. T0: $p<0,001$; 1a vs. 6m: $p=0,000$; 1a vs. T0: $p<0,001$; 6m vs. T0: $p<0,001$.

**2a vs. 1a: $p=0,965$; 2a vs. 6m: $p=0,321$; 2a vs. T0: $p=0,012$; 1a vs. 6m: $p=0,058$; 1a vs. T0: $p<0,001$; 6m vs. T0: $p<0,001$.

(BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)

Tabela 1- Características à baseline entre Etanercept original e Etanercept biossimilar e motivo da descontinuação

	Etanercept (n=486)	Biossimilar (n=98)	P
Sexo n (%)			
Masculino	276 (56,8)	53 (54,1)	0,656
Idade (anos)	51,1±12,0	48,0±13,0	0,022
Duração da doença (anos) média±d.p.	21,1±13,2	22,5±12,7	0,501
Duração da terapêutica (anos) mediana (mín-max)	2,8 (0,0-14,4)	0,7 (0,2-1,8)	<0,001
IMC (kg/m ²) média±d.p.	26,1±4,4	26,2±4,8	0,927
Co Morbilidade n (%)			
HTA	49 (10,0)	7 (7,0)	0,942
DM	17 (3,5)	3 (3,0)	0,745
Dislipidemia	9 (1,8)	0 (0,0)	0,617
DCV	17 (3,5)	1 (1,0)	
Mortalidade n (%)	7 (1,4)	0 (0,0)	0,607
Motivo de descontinuação n (%)			
Morte	7 (35,0)	0 (0,0)	0,045
Final de Follow-up	11 (55,0)	0 (0,0)	
Transferência	2 (10,0)	0 (0,0)	
Retenção de Tratamento n (%)			
Não	224 (46,1)	16 (16,3)	< 0,001
Sim	262 (53,9)	82 (83,7)	

d.p.: desvio padrão; IMC: índice massa corporal; HTA: Hipertensão arterial; DM: Diabetes mellitus; DCV: Doença Cardio-Vascular

• Tabela 2 - ASDAS Etanercept original vs. Biossimilar

ASDAS (média:d.p.)	Etanercept*	Biossimilar**	P
T0	3,66±0,89	3,51±0,89	0,227
6m	1,94±0,90	1,92±0,82	0,882
1a	1,89±0,88	1,74±0,92	0,320
2a	1,88±0,86	2,01±1,15	0,593

*2a vs. 1a: $p=0,766$; 2a vs. 6m: $p=0,669$; 2a vs. T0: $p<0,001$; 1a vs. 6m: $p=0,657$; 1a vs. T0: $p<0,001$; 6m vs. T0: $p<0,001$.

**2a vs. 1a: $p=1,000$; 2a vs. 6m: $p=0,362$; 2a vs. T0: $p=0,006$; 1a vs. 6m: $p=0,456$; 1a vs. T0: $p<0,001$; 6m vs. T0: $p<0,001$.

PO 17 - OTIMIZAÇÃO DA DOR NA ARTRITE REUMATÓIDE: O PAPEL DO SONO

André Teixeira¹; Ana Almeida Pereira¹; Mariana Castro Martins¹; Denise Seixas de Marruaz¹; Catarina Miguéns¹
1. Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

Introdução: A artrite reumatóide é uma doença infla-

matória sistêmica caracterizada principalmente por dor articular e incapacidade funcional. Sabe-se que o controlo algico depende de múltiplos fatores incluindo a atividade inflamatória, a presença de comorbilidades e a qualidade do sono. Por este motivo, a relação entre o controlo da doença e os distúrbios do sono tem sido amplamente estudada, estando demonstrado que a dor se relaciona intimamente e de forma bidirecional com a privação de sono.

Objetivos: Compreender o impacto dos distúrbios do sono na perceção da dor em doentes com artrite reumatóide.

Material e métodos: Revisão bibliográfica não sistemática através da pesquisa na plataforma MEDLINE®/Pubmed® utilizando os termos “pain”, “sleep disturbance”, “sleep deprivation” e “rheumatoid arthritis”. Após análise do *abstract* foram selecionados 18 artigos publicados nos últimos 20 anos, escritos em inglês.

Resultados: Os doentes com artrite reumatóide têm um aumento significativo da prevalência de distúrbios do sono, nomeadamente sono não reparador, despertares frequentes, insónia e hipersónia que se relacionam com a atividade inflamatória, dor, comorbilidades e terapêuticas farmacológicas instituídas. A privação do sono associa-se a alteração da perceção da dor, relacionando-se com um estado de hiperalgisia e diminuição da resposta analgésica, além de alterações de humor, agravamento do cansaço e da atividade da doença. Por outro lado, o mau controlo da doença e da dor resultam em alterações do sono, pior qualidade de vida, maior fadiga e incapacidade funcional.

Discussão/Conclusões: É fundamental estar alerta para as consequências da privação de sono no controlo da dor na artrite reumatóide. A prevenção e o tratamento dos distúrbios do sono têm assim um papel central, pelo que devem ser integrados de forma sistemática na avaliação e otimização da dor nestes doentes.

PO 18 - DOR MISTA NA ARTRITE REUMATÓIDE

Raquel Baptista Leite¹; Ana Paes de Vasconcellos¹; João Pires¹; Catarina Moita¹; Violeta Florova¹; Ana Dantas¹

1. USF São Martinho de Alcábidache - ACES Cascais

Introdução: Com os objetivos de iniciar terapêutica precocemente e referenciar adequadamente os doentes, importa que perante um quadro de artralguas, em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), seja realizada uma anamnese e exame objetivo completo, para que o pedido de meios complementares de diag-

nóstico seja direcionado para as hipóteses de diagnóstico mais prováveis. A presença de sintomas há mais de 6 semanas, a rigidez matinal com duração superior a 30 minutos e a presença de sinais inflamatórios articulares, direcionam o raciocínio clínico para um padrão inflamatório de doença reumatológica. O envolvimento de uma ou mais articulações, a distribuição anatómica e respetiva simetria, bem como a presença de sintomatologia extra-articular, também auxiliam a orientação das hipóteses de diagnóstico.

Caso Clínico: Sexo masculino, 46 anos, serralheiro, ex-fumador com antecedentes pessoais de doença do refluxo gastroesofágico, sem medicação habitual. Alergia ao iodo. História familiar de irmã com artrite reumatóide (AR). Recorre à consulta da médica de família (MF) por cervicálgia e poliartralguas simétricas das articulações metacarpofalângicas (MCF), interfalângicas proximais (IFP) e metatarsofalângicas (MTF) incapacitantes, com um mês de evolução e rigidez matinal prolongada (mais de 30 minutos). Parestesias e hipoestésias bilaterais dos membros inferiores mais lateralizada à esquerda e xerostomia associada. Foi medicado com naproxeno 500 mg bid e pedido estudo analítico orientado para artrite inicial que revelou fator reumatóide (FR) positivo (22,4 UI/dL) e anti-CCP positivo (524,0 UA/mL), PCR 1.04 mg/dL, VS 7 mm, ANAs negativo, serologias virais negativas e proteinograma normal. Foi referenciado à reumatologia, onde se confirmou o diagnóstico de AR e se iniciou prednisolona 5 mg bid e cálcio + vitamina D e, posteriormente foi adicionado metotrexato (MTX) 12.5 mg e ácido fólico 10 mg 1x/semana com melhoria clínica, exceto da hemihipoestesia dos membros superior e inferior esquerdo. Optou-se por internamento para investigação das hipóteses diagnóstica de mononeuropatia múltipla. Realizou-se ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE) que detetou lesão ocupando espaço parassagital fronto-parietal direita com 4 cm de maior diâmetro, tendo sido referenciado a consulta de neurocirurgia. Após a alta apresentou crises parciais simples, tendo sido medicado com levetiracetam 1000 mg bid, e agravamento da parésia crural esquerda. Foi submetido a craniotomia e excisão de meningioma com melhoria clínica da sintomatologia, tendo tido alta da neurocirurgia. A MF contactou com o neurocirurgião que deu indicação para fisioterapia no ambulatório.

Discussão: Os doentes com AR apresentam classicamente uma dor do tipo inflamatória em 3 ou mais articulações, simétricas, mais frequentemente as MCF, IFP e MTF, com FR e/ou anti-CCP positivo, elevação

de PCR ou VS e com uma duração superior a 6 semanas. Apesar deste quadro clássico, sabe-se que pode existir uma dor mista, com componente nociceptiva e neuropática, por exemplo, consequente a um síndrome do túnel cárpico por deformação articular. A dor neuropática (DNe) é descrita como dormência, formigamento, picada, queimadura, compressão ou choque elétrico, e é causada por lesão do sistema somatossensorial. Neste doente, admitiu-se AR, tendo melhorado clinicamente com a terapêutica, à exceção da hemihipoestesia. Foi feito o diagnóstico de meningioma, tumor primário do cérebro mais frequente, localizado neste doente no espaço parassagital fronto-parietal direito de 4 cm de maior diâmetro, que justificava os sintomas remanescentes.

Conclusões: Apesar da AR poder justificar a DNe destes doentes, um diagnóstico diferencial cuidadoso é fundamental, já que a causa destes sintomas pode não ter correlação com a AR e implicar, por exemplo, intervenção cirúrgica precoce. Importa também referir que a cooperação entre MF, reumatologia e neurocirurgia reforçam a relevância das respostas multidisciplinares.

PO 19 - REFERENCIAÇÃO PARA A ESPECIALIDADE DE REUMATOLOGIA – QUANDO E COMO?

Mariana F. Santos¹; Sofia Tomé²

1. USF Linha de Algés; 2USF São Julião

As doenças Reumáticas são alterações do aparelho músculo-esquelético de causa não traumática, que podem ter formas de apresentação aguda, crónica ou recorrente, podem igualmente afetar indivíduos de ambos os sexos e de todas as idades.

Tratam-se das doenças crónicas mais prevalentes em Portugal e constituem um dos motivos principais da consulta nos cuidados de saúde primários.

Em 2016 foi desenvolvido um estudo (*EpiReumaPt*) a nível nacional que estimou que as doenças reumáticas mais prevalentes são, por ordem decrescente de prevalência: lombalgia (26,4%), patologia periarticular (15,8%), osteoartrose do joelho (12,4%), osteoporose (10,2%), osteoartrose da mão (8,7%), osteoartrose da anca (2,9%) e fibromialgia (1,7%).

Ainda assim, apesar da sua grande prevalência, estas patologias estão subdiagnosticadas no nosso país e detectam-se fortes assimetrias geográficas na insuficiência de diagnóstico.

Estas doenças estão fortemente associadas queixas algícas, por vezes, incapacitantes, a sintomas depressi-

vos/ ansiosos e impacto negativo na qualidade de vida. Paralelamente, são também uma importante causa de absentismo laboral e reformas por incapacidade.

Para além disso, são doenças que incapacitam um número considerável de utentes, ficando os mesmos dependentes de terceiros para a satisfação das suas atividades de vida diária, e estão associadas a grandes gastos em saúde, quer de recursos quer de fármacos.

Assim, é de extrema importância referenciar atempadamente e adequadamente os utentes que necessitam de cuidados de especialistas desta área para prevenir, tratar ou pelo menos não agravar o prognóstico de algumas destas doenças reumatológicas.

Tal como, é importante também estabelecer prioridades tendo em consideração a patologia, o utente e todo o seu contexto. O envelhecimento da população, o aumento da complexidade terapêutica e o seguimento de muitos destes doentes reforçam estas necessidades.

Este trabalho tem como finalidade a otimização da articulação entre os cuidados de saúde primários e a especialidade de Reumatologia para um melhor e eficaz acesso aos cuidados de saúde por parte dos utentes, isto é, melhorar a referenciação destes utentes aos cuidados de saúde hospitalares, bem como a boa comunicação entre estes cuidados e os cuidados de saúde primários. Assim, a primeira linha desta boa articulação é uma detalhada referenciação com a caracterização dos sintomas, duração, articulações afetadas, ritmo da dor, duração da rigidez matinal, sintomas constitucionais, envolvimento de outros órgãos/sistemas, antecedentes pessoais e familiares, exames complementares de diagnósticos e abordagem terapêutica.

Tornando-se fundamental, uma prescrição de métodos complementares de diagnóstico em concordância com as hipóteses diagnósticas colocadas, para suportar uma melhor referenciação para os cuidados de saúde hospitalares e com isso, promover um diagnóstico e/ou um tratamento o mais precoce possível.

PO 20 - USO DA CICLOBENZAPRINA NA FIBROMIALGIA - UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Sofia Tomé¹; Mariana F. Santos²; Marina Faria³; Catarina Brás Carvalho⁴; Leonor Farinha¹

1. USF S. Julião
2. USF Linha de Algés
3. USF Lusa
4. UCSP Linda-à-Velha

Introdução: A fibromialgia (FM) é uma doença mús-

culo-esquelética cuja prevalência é 2,7%, sendo superior no sexo feminino (3:1). Caracteriza-se por dor crónica generalizada, hiperalgesia, alodínia, perturbação do sono, fadiga e ansiedade. O diagnóstico baseia-se em critérios clínicos e a abordagem terapêutica não está bem definida. A ciclobenzaprina (CYB) é um relaxante muscular utilizado na FM para o controlo da dor e sono. Este trabalho tem como objetivo esclarecer a evidência do uso de CYB no tratamento da FM.

Metodologia: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *Bandolier*, *BMJ Best Practice*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines*, *DARE*, *National Guideline Clearinghouse*, *NICE*, *PubMed* e *The Cochrane Library*, limitada aos artigos publicados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019, em inglês, utilizando as palavras *MeSH: fibromyalgia* e *cyclobenzaprine*. Os resultados foram classificados segundo a taxonomia SORT (*Strength of Recommendation Taxonomy*) da *American Family Physician*.

Resultados: Da pesquisa resultaram 50 artigos. Foram excluídos 3 por duplicação; 36 após leitura do título e resumo; 6 por incumprimento dos critérios de inclusão. Foram considerados 5 artigos: 2 Revisões Clássicas (RC) e 1 Revisão Sistemática (RS) mostram algum benefício na melhoria da perturbação do sono (NE 2); 1 RS aponta melhoria da lombalgia associada à FM (NE 2); 1 RC não mostra eficácia da CYB no tratamento da FM (NE 3).

Discussão: Conclui-se que não há evidência para o uso da CYB no tratamento da FM (SORT B), porém a sua utilização também não é desaconselhada. Estudos mostram melhoria nas perturbações do sono e na capacidade funcional global dos doentes, ainda que sem eficácia no controlo algico; ausência de diferença significativa quanto à eficácia e/ou segurança, quando comparada com outros fármacos; elevada taxa de abandono por efeitos adversos; incerteza quanto à posologia mais adequada.

PO 21 - OSTEOPOROSE FRATURÁRIA ASSOCIADA À GRAVIDEZ

José Luís Ferraro Junqueira¹; Tiago Costa¹;
Sílvia Fernandes¹; António Alves de Matos¹

1. Serviço de Reumatologia do Hospital Beatriz Ângelo, Loures

Introdução: A osteoporose associada à gravidez (OAG) é uma condição rara que surge em contexto de perda de massa óssea que ocorre, habitualmente, de forma transitória durante a gravidez. Esta condição pode le-

var à ocorrência de fraturas de fragilidade durante o 3º trimestre da gravidez ou puerpério. A sua etiopatogenia é desconhecida, embora, alterações fisiológicas da gravidez, fatores genéticos ou a presença de doenças obstétricas concomitantes, possam contribuir para o aparecimento desta entidade.

Caso clínico: Relata-se o caso clínico de uma mulher, de 33 anos, caucasiana, não fumadora, com antecedentes de endometriose e de um aborto espontâneo, menarca aos 13 anos e sem antecedentes familiares de relevo, medicação crónica ou utilização habitual de contraceptivos orais. Foi encaminhada para a consulta de Reumatologia por dorso-lombalgia de ritmo mecânico, com progressiva incapacidade funcional. O quadro terá sido iniciado 2 meses antes, altura em que foi submetida a parto eutócico que decorreu sem intercorrências. Tratava-se de uma doente sem antecedentes cirúrgicos ou de trauma prévio e com índice de massa corporal de 23 kg/m². Terá sido medicada sintomaticamente com analgésicos e anti-inflamatórios com ligeira melhoria. Ao exame objetivo, sem alterações de relevo, nomeadamente défices de força ou alterações da sensibilidade. O estudo subsequente do metabolismo fosfo-cálcico, função tiroideia, renal e hepática não revelou qualquer alteração assim como os parâmetros inflamatórios, estudo imunológico e hormonal. Para melhor esclarecimento das queixas realizou radiografia da coluna dorso-lombar que revelou fraturas compressivas de D5-D9 e L2, confirmadas posteriormente em ressonância magnética nuclear dorso-lombar. Realizou densitometria óssea que demonstrou uma redução significativa do Z-score da coluna lombar L1-L4 (-3.4) e colo fémur (-2.2), compatível com osteoporose grave. Foi discutido caso com grupo de Ortopedia da coluna, tendo sido considerado não haver indicação cirúrgica. Foram recomendadas medidas não farmacológicas (dieta, exercício físico adaptado, evicção tabagismo) e suplementação com cálcio e vitamina D, assim como iniciado tratamento com teriparatide na dose de 20 ug subcutâneo diário.

Conclusões: Por se tratar de uma situação pouco frequente, a OAG pode passar muitas vezes despercebida uma vez que muitas vezes o primeiro sinal é a ocorrência de uma fratura. Reforça-se a importância de não esquecer esta entidade no diagnóstico diferencial da lombalgia que surge durante o 3º trimestre da gravidez ou período pós-parto precoce, mesmo na ausência de fatores de risco clássicos para osteoporose. O início precoce de terapêutica dirigida é essencial para prevenir a ocorrência de novas fraturas osteoporóticas e, conse-

quentemente, evitar futuras sequelas daí resultantes.

PO 22 - DOENÇA DE STILL DO ADULTO: UMA CAUSA DE SÍNDROME FEBRIL INDETERMINADO

José Luís Ferraro Junqueira¹; Rita Sérgio²;
Salomão Fernandes²; Tiago Costa¹; Sílvia Fernandes¹;
Ana Rita Silva²; Raquel Tavares²; Paulo Rodrigues²;
António Alves de Matos¹

1. Serviço de Reumatologia do Hospital Beatriz
Ângelo, Loures

2. Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Beatriz
Ângelo, Loures

Introdução: A Doença de Still do Adulto (DSA) é uma doença inflamatória sistémica rara, que, na maioria dos casos (75%), se apresenta com febre recorrente, rash cutâneo evanescente e artralgias/artrite. A apresentação da DSA como síndrome febril indeterminado requer um elevado grau de suspeição clínica para o seu diagnóstico e a exclusão de outras entidades mais prevalentes, como doenças infecciosas, neoplásicas ou outras doenças inflamatórias sistémicas.

Caso clínico: Relata-se o caso clínico de um homem, 55 anos, agricultor, com antecedentes de brucelose, sem medicação crónica. Foi admitido no SU por febre recorrente (1 pico diário 38.5-39.3°C), fadiga e mialgias/artralgias de predomínio nos membros inferiores com 2-3 semanas de evolução. Ao exame objetivo, a destacar a presença de hepatomegalia e adenopatias inguinais bilaterais, sem evidência de artrite ou rash, sem alterações na auscultação cardiopulmonar. Foi internado para estudo de síndrome febril indeterminado e completou 14 dias de doxiciclina e ceftriaxone empiricamente e, posteriormente, 18 dias de piperacilina/tazobactam sem resolução da febre. Analiticamente, evidência de anemia normocítica normocrómica (hemoglobina 6.8 g/dl; VGM 91 fl), leucocitose 15000/L com neutrofilia 83%, trombocitose 565x10⁹/L, elevação VS 118 mm/h e PCR 20.78 mg/d, ferritina de 1322 ng/ml e alterações de novo das enzimas hepáticas e parâmetros de colestase (AST 782 UI; ALT 562 UI; FA 904 UI; GGT 331 UI). Do ponto de vista infeccioso, colheu 3 hemoculturas, urocultura e coproculturas que se revelaram negativas assim como pesquisa de bactérias atípicas, serologias víricas e *M. tuberculosis*. Para complementar o estudo, foi feita uma biópsia ganglionar em que os exames bacteriológico e micológico foram negativos e ecocardiograma sem sinais de endocardite. Do ponto de vista neoplásico, os marcadores neoplási-

cos foram negativos e a imunofenotipagem do sangue periférico e medula óssea sem células características de neoplasia linfóide madura. O resultado histológico da biópsia ganglionar revelou linfadenite crónica inespecífica. A TC toraco-abdomino-pélvica evidenciou adenomegalias torácicas inespecíficas, hepatomegalia homogénea e a PET não mostrou sinais focalizadores de infeção ou alterações sugestivas de atipia. Do ponto de vista imunológico, evidência de indicadores sugestivos de inflamação sistémica, particularmente com hiperferritinemia e presença de ferritina glicosilada de 12%, com ANA s, ANCA s, FR, antiCCP negativos. Perante a persistência da febre após exclusão de doença infecciosa, doença neoplásica e outras doenças inflamatórias imunomediadas, admitiu-se a hipótese de DSA de acordo com os critérios de Yamaguchi e Fautrel (febre com mais de 1 semana, artralgias, leucocitose >10000, neutrofilia >80%, adenopatias, elevação enzimas hepáticas, ANA s e FR negativos, ferritina glicosilada <20%). Iniciou anti-inflamatório não esteróide e, posteriormente, prednisolona 30 mg/dia (0.5mg/kg/dia). Após 24h de corticoterapia sistémica, houve franca melhoria sintomática, resolução da febre, regressão dos parâmetros inflamatórios, normalização das enzimas hepáticas e elevação da hemoglobina sérica.

Conclusões: Apesar de ser uma doença rara, a complexidade do caso obriga a uma abordagem multidisciplinar tendo como objetivo a melhor orientação do doente. A ausência de especificidade dos sintomas, implica um exaustivo diagnóstico diferencial, com exclusão de entidades mais frequentes. A ferritina glicosilada pode ter um papel importante no diagnóstico da DSA, particularmente em apresentações mais atípicas. Assim, reforça-se a importância de pensar na DSA perante um quadro de febre recorrente, particularmente na ausência de resposta à terapêutica antibiótica empírica, exclusão de microrganismo causador ou neoplasia, e quadro de inflamação sistémica com boa resposta à corticoterapia sistémica e com estudo imunológico negativo.

PO 23 - ESCLEROSE SISTÉMICA NAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE DA BEIRA INTERIOR

Sara P. Dinis¹; Ana S. Pinto¹; Margarida A. Oliveira²;
Filipe C. Santos¹; Cláudia Vaz³; Joana F. Ferreira³;
Pedro Abreu⁴

1. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda

2. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da

Beira Interior

3. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

4. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: A esclerose sistémica (ES) é uma doença multissistémica rara, com expressão variável, que se caracteriza pela deposição excessiva de colagénio, com consequente fibrose da pele e outros tecidos, alterações microcirculatórias e imunitárias.

Objetivos: Descrever as características epidemiológicas, clínicas e serológicas de uma amostra de doentes com ES seguidos em consulta de Reumatologia nas Unidades Locais de Saúde (ULS) da Beira Interior (Castelo Branco e Guarda).

Material e métodos: Estudo transversal e retrospectivo em que foram avaliados 45 doentes com ES e classificados nas seguintes formas clínicas: ES cutânea limitada (EScl), ES cutânea difusa (EScd), ES sem escleroderma (ESs), ES pré-clínica e síndrome de sobreposição. Foram analisadas as características epidemiológicas, clínicas, perfil imunológico e a terapêutica em curso. A análise estatística foi realizada com recurso ao programa IMB SPSS 27.

Resultados: Incluídos 45 doentes; 37 mulheres (82.2%); com idade média de 62.0 ± 15.4 anos. A idade média das primeiras manifestações da doença foi de 50.3 ± 15.4 anos e a idade média no momento do diagnóstico foi de 56.6 ± 15.1 anos.

Verificou-se um predomínio da EScl, observada em 48.9% dos doentes, seguindo-se a ES pré-clínica em 28.9%, a EScd em 15.6% e a ESs em 4.4%. Observámos ainda 1 (2.2%) caso de síndrome de sobreposição com artrite reumatoide.

Entre as manifestações mais frequentes, o fenómeno de *Raynaud* (FR) estava presente em 32 (71.1%) doentes, seguido do espessamento cutâneo e do envolvimento articular, ambos em 55.6%, e das telangiectasias (44.4%). Dos 19 (42.2%) doentes que realizaram capilaroscopia, 13 (68.4%) apresentaram padrão compatível com ES.

11 (24.4%) doentes apresentaram envolvimento pulmonar – hipertensão arterial pulmonar foi encontrada em 5 (11.1%) e doença pulmonar intersticial em 8 (17,8%) doentes; em 2 casos coexistiram o envolvimento intersticial e vascular.

Relativamente à apresentação inicial da doença, tam-

bém se verificou um predomínio do FR, observado em mais de metade (62.2%) dos doentes, seguido das artralguas (24.4%) e do espessamento cutâneo (4.4%).

Quanto aos anticorpos, encontrámos as seguintes prevalências: anticorpos anti-nucleares (ANA) em 44 (97.8%) casos, com predomínio dos anticorpos anti-centrómero (ACA), presentes em 27 (60%) doentes; anti-topoisomerase I (anti SCL70) em 10 (22.2%) e anti-RNA polimerase III em 2 (4.4%). Em 6 (13.3%) doentes identificámos a presença de outros auto-anticorpos, nomeadamente de anti-Pm/Scl, anti-Ku, anti-Th/To e anti-Mi-2.

Os ACA estavam presentes em 68.2% dos doentes com EScl e em 42.9% dos doentes com EScd e os anti SCL70 em 13.6% e em 57.1% dos doentes com ESl e EScd, respetivamente.

Em relação ao tratamento farmacológico, 30 (66.7%) doentes estavam sob terapêutica imunossupressora; 46.7% realizava corticoterapia, 22.2% metotrexato, 17.8% hidroxycloquina. O micofenolato mofetil, a azatioprina e o rituximab eram realizados por 1 (2.2%) doente, cada.

Relativamente à terapêutica vasodilatadora, realizada por 51.1% amostra, a pentoxifilina foi o fármaco mais utilizado, em 42.2% dos doentes, seguindo-se da amlodipina e nifedipina, em 11.1% e 6.7% dos doentes, respetivamente, o iloprost, em 4.4%, o sildenafil e tadalafil, cada um em 2.2% dos doentes.

Conclusão: Conforme descrito na literatura, também nesta amostra existe um predomínio do sexo feminino e a EScl representa a maioria dos casos. Relativamente aos autoanticorpos, observámos uma maior prevalência dos ACA na EScl e do anti SCL70 na EScd.

PO 24 - GRANULOMATOSE COM POLIANGÉITE – QUANDO SUSPEITAR?

Helena Assunção¹; Mariana Luís¹; Ana Rita Prata¹; Luísa Brites¹; Liliana Saraiva¹; Marlene Sousa¹; Maria João Salvador¹; João Rovisco¹

Introdução: A granulomatose com poliangéite (GPA), previamente denominada de granulomatose de Wegener, constitui uma vasculite multissistémica necrotizante rara e de etiologia desconhecida que afecta predominantemente vasos de pequeno e médio calibre. Pode seguir um curso rapidamente progressivo e potencialmente fatal, impondo a necessidade de diagnóstico e terapêutica atempados. As manifestações das vias aéreas superiores, incluindo sinusite, lesões orais e otite média, são as manifestações inaugurais mais co-

Plaquetas (uL)	345.000	760.000	415.000	307.000	230.000	300.000	304.000
VS (mm/1 ^h)	14	133	120	114	6	61	88
PCR (mg/dL)	5,3	8,3	21,85	5,1	0,11	5,9	5,4
Creatinina (mg/dL)	0,83	1,8	0,42	0,9	0,8	0,68	0,9
ANA (IFI)	-	-	+	-	-	-	-
FR (UI/mL)	15	215	ND	ND	ND	68	136
c-ANCA (IFI)	++++	++++	+++	-	-	++++	-
p-ANCA (IFI)	-	-	-	++++	-	-	-
anti-PR3 (UI/mL)	45	51,7	77	-	-	106	-
anti-MPO (UI/mL)	-	-	-	> 100	-	-	-
C3 (g/L)	1,46	ND	2,11	Dentro valores referência	0,99	ND	Dentro valores referência
C4 (g/L)	0,19	ND	0,38	Dentro valores referência	0,23	ND	Abaixo valores referência
Proteinúria (mg/24h)	3374	1200	150	480	46	6063	115
Sedimento urinário com alterações*	Eritrocitúria (49/campo) Cilindrúria	Eritrocitúria (10/campo)	Eritrocitúria (15/campo)	-	-	Eritrocitúria (72/campo)	-
Radiografia torácica com alterações*	Nódulo pulmonar	Nódulo pulmonares	-	-	-	-	Nódulo pulmonar +cavitação
Achados TC/RMN	TC tórax revelando granuloma TC CE e SPN revelando rinosinusite e pólipose nasal	TC tórax revelando nódulos pulmonares cavitados	TC SPN inflamação granulomatosa RMN CE e órbitas paquímeningite	TC órbitas revelando lesão granulomatosa na base das órbitas TC SPN pansinusite	TC – CE processo tecidual expansivo na fossa posterior; pequena lesão na órbita	TC SPN inflamação granulomatosa	TC tórax massa segmento apical lobo inferior esquerdo TC SPN pansinusite
Biópsia com inflamação granulomatosa	Não realizada	+ (nódulo pulmonar e septo nasal)	-	+ (muçosa nasal)	+ (lesão SNC e muçosa nasal)	Não realizada	+ (pulmão, muçosa laringea)
Biópsia renal	GNF crescêntica	-	GNF mesangio proliferativa	Não realizada	Não realizada	GNF crescêntica	Não realizada
BVAS inicial (0-63)***	31	29	21	13	8	27	11

muns da GPA, mas a apresentação pode ser tão variada que a lista de diagnósticos diferenciais é ampla, incluindo outras vasculites, patologias infecciosas e neoplásicas.

Objetivo: Descrever as manifestações inaugurais de doentes seguidos com GPA num centro terciário de Reumatologia.

Materiais e Métodos: Foram incluídos todos os doentes com diagnóstico clínico inequívoco de GPA seguidos em consulta de Reumatologia. Dados clínicos, analíticos e imagiológicos relevantes relativos ao momento do diagnóstico foram colhidos retrospectivamente através da consulta do processo clínico e do Reuma.pt.

Resultados: Foram identificados sete doentes e des-

Tabela 1. Características clínicas, radiológicas e laboratoriais dos doentes incluídos no momento do diagnóstico

Casos	1	2	3	4	5	6	7
Sexo	M	M	F	M	M	M	M
Idade (anos)	59	41	40	41	43	43	59
Tempo até ao diagnóstico (meses)	2	9	11	30	59	1	2
Status fumador/ ex-fumador	+	+	+	+	+	-	-
Crítérios ACR 1990	3/4	4/4	2/4	2/4	2/4	2/4	3/4
Achados clínicos							
Sintomas constitucionais	+	+	-	+	+	+	+
Envolvimento musculoesquelético	+	+	-	-	-	+	-
Envolvimento cutâneo	+	-	-	-	-	-	-
Envolvimento ocular	-	+	+	+	-	+	-
Envolvimento ORL	+	+	+	+	+	+	+
Deformidade em sela	-	+	+	+	+	-	-
Envolvimento pulmonar	+	+	-	+	-	-	+
Envolvimento cardiovascular	-	+	-	-	-	-	+
Envolvimento gastrointestinal	-	-	-	-	-	-	-
Envolvimento genitourinário	+	+	+	+	-	+	-
Envolvimento SNC	-	-	+	-	+	-	-
Envolvimento SNP	Mononeurite múltiplax	-	-	-	-	-	-
Achados laboratoriais e radiológicos							
Hemoglobina (g/dL)	13,0	9,8	10,9	11,1	15,0	11,0	11,8
Leucócitos (uL)	15100	10900	11200	11000	6200	7500	7400

Legenda: ACR – American College of Rheumatology; ANA – anticorpos antinucleares; ANCA – anticorpos anticitoplasma de neutrófilos; BVAS – Birmingham Vasculitis Activity Score; F – feminino; CE – crânio-encefálica; GNF – glomerulonefrite FR – fator reumatoide; IFI – imunofluorescência indirecta; M – masculino; MPO – mieloperoxidase; ND – não disponível; ORL – ouvido, nariz e garganta; PCR – proteína C reactiva; PR3 – proteinase 3; RMN – ressonância magnética; SNC - sistema nervoso central; SNP - sistema nervoso periférico; SPN – seios perinasais; TC – Tomografia Computorizada; VS - velocidade de sedimentação; * - nodulos, infiltrados fixos ou cavidades; ** hematuria microscopica ou cilindros hemáticos na urina;*** score > 8 indica vasculite em atividade; + presente/positivo; - ausente/negativo.

critas as suas manifestações clínicas, laboratoriais e radiológicas inaugurais na Tabela 1. Relativamente à caracterização sociodemográfica da amostra de doentes, a média de idades ao diagnóstico foi de 46,68,6 anos. O tempo decorrido desde o início dos sintomas até ao diagnóstico variou entre os 2 e os 59 meses, com uma média de 17,1 meses e mediana de 9 meses. O tabagismo atual ou prévio, reconhecido factor de risco para a doença, foi prevalente nesta amostra de doentes (5/7). Relativamente às características clínicas, a presença de manifestações das vias aéreas superiores foi ubiqüitária, sendo frequentes as manifestações constitucionais (5/7), pulmonares (4/7) e oculares (4/7). O atingimento renal (4/7), cutâneo (1/7) e do sistema nervoso periférico (1/7) não foi tão prevalente como o reportado para outras vasculites de pequenos vasos e que constituem diagnósticos diferenciais importantes. O *Birmingham Vasculitis Activity Score* médio para a manifestação inaugural foi de 209,4. Analiticamente, é de realçar a presença de uma resposta inflamatória sistémica, manifestada pela elevação dos marcadores inflamatórios (7/7), leucocitose (5/7) e anemia (6/7), bem como a positividade para c-ANCA (4/7) e anti-PR3 (4/7). Em 3 doentes o diagnóstico foi estabelecido sem comprovação de inflamação granulomatosa em biópsia de amostra tecidual.

Discussão/Conclusões: A presença de sinais e sintomas de vasculite em associação a queixas das vias aéreas superiores deve levantar a suspeita desta patologia. É importante o conhecimento das diferentes manifestações inaugurais, devendo considerar estas diversidades nos casos suspeitos, uma vez que o diagnóstico e terapêutica atempados podem ter impacto significativo na qualidade de vida e sobrevida dos doentes.

PO 25 – PROCEDIMENTOS INVASIVOS NA FASCEÍTE PLANTAR – QUANDO PASSAR À SEGUNDA LINHA E QUAL A MELHOR OPÇÃO?

Madalena Rangel¹; José Oliveira Pratas¹; Filipa Narra Pisa¹; Fernando Fonseca¹

1. Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: A fasceíte plantar (FP) é uma patologia musculoesquelética com elevada prevalência, afetando 1 em cada 10 indivíduos, sobretudo entre os 40-60 anos de idade e em subpopulações como os doentes Reumatológicos. A sua etiologia é multifatorial e inclui processos degenerativos, inflamação crónica, sobreuso

e microtrauma. O tratamento de primeira linha consiste numa abordagem conservadora farmacológica com anti-inflamatórios orais e/ou tópicos, programa de reabilitação (alongamento da fásia plantar e tricípites sural, crioterapia, técnicas de massoterapia manual, eletroterapia), ajuste do calçado, uso de ortóteses e perda ponderal. Até 80% dos casos apresentam melhoria e resolução do quadro em 12 meses, sendo apenas necessária a manutenção de medidas de prevenção de novos episódios. No entanto, os restantes casos mantêm-se refratários, sendo muitas vezes necessário recorrer a opções invasivas.

Objetivos: Compreender qual o papel dos procedimentos invasivos no tratamento da FP e quais as melhores opções segundo a literatura mais recente.

Material e Métodos: Pesquisa Pubmed utilizando os termos “*plantar fasciitis*” e “*injection*” e para estudos publicados entre 1 de janeiro de 2015 e 30 de outubro de 2020. Obtidos 140 artigos dos quais 107 foram considerados relevantes e com metodologia apropriada após análise do resumo.

Resultados: A injeção de corticoides (CCT) é a opção mais estudada e aplicada na prática clínica. Os fármacos mais utilizados são a dexametasona e a betametasona, no entanto não parece existir um perfil de superioridade entre CCT. Apesar da redução da dor e melhoria na função, é de realçar o curto tempo de benefício e as complicações como a atrofia de tecidos moles, ruptura da fásia plantar e osteomielite do calcâneo. A toxina botulínica (BTx) tem sido cada vez mais estudada, inclusive com ensaios comparativos com os CCT, obtendo melhores resultados na redução da dor e durante mais tempo. A aplicação de plasma rico em plaquetas (PRP) é igualmente útil na redução da dor e estudos comparativos mostram que a sua aplicação é pelo menos tão eficaz como os CCT, sendo os seus benefícios mais prolongados no tempo. A punção seca e a proloterapia têm vindo a ser sugeridas, apresentando resultados favoráveis, no entanto os estudos são ainda escassos para suportar o seu uso de uma forma transversal. De um modo geral, a literatura revela que os CCT são uteis na redução da dor curto prazo (<3 meses), não oferecendo benefícios posteriormente, pelo que o seu uso deve ser cada vez mais reduzido. A médio prazo (3-6 meses) a BTx é opção com maior redução da dor e melhoria na função, sendo o seu uso ainda limitado pelos custos associados. De forma semelhante, a aplicação de PRP apresenta o melhor perfil a longo prazo (>6 meses), estando também limitado o uso pelo custo, técnica de processamento e disponibi-

lidade. No que diz respeito à aplicação, as técnicas eco-guiada são superiores às guiadas por referências anatômicas, não existindo no entanto um consenso relativamente ao ponto de injeção (ponto doloroso, inserção da fâscia plantar, abaixo/acima da fâscia, etc).

Discussões/Conclusões: As opções minimamente invasivas têm vindo a ser cada vez mais aplicadas na prática clínica com resultados importantes e uma redução franca dos casos cirúrgicos. Existe ainda uma lacuna sobre a fase em que devem ser utilizados, qual o doente alvo e quais as técnicas que conferem maior benefício, em especial a longo prazo. Apesar desta lacuna, a literatura mostra que utilização disseminada de CCT está a ser suplantada pelas novas técnicas, que oferecem uma eficácia mais prolongada e com um melhor perfil de segurança, estando frequentemente limitadas pelo custo elevado e baixa disponibilidade. Importa realizar mais estudos sobre estas opções e ainda compreender o papel na associação de diferentes tratamentos nas diversas fases, nomeadamente entre opções de primeira e segunda linha

PO 26 - TERAPÊUTICAS MINIMAMENTE INVASIVAS NA EPICONDILITE REFRETARIA – QUAL A EVIDÊNCIA?

Madalena Rangel¹; José Oliveira Pratas¹; Filipa Narra Pisa¹; Fernando Fonseca¹

1. Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: A Epicondilite é a patologia mais frequente do cotovelo, com uma prevalência de 1.5 casos por 10,000 indivíduos. Resulta de processos mecânicos de sobreuso, em especial sobrecarga excêntrica dos músculos extensor radial do carpo e extensor comum dos dedos, que pela proximidade do epicôndilo lateral apresentam uma rede vascular pobre. A sintomatologia mais comum é de dor na face lateral do cotovelo, agravada à palpação do epicôndilo lateral e inserção dos extensores, com redução da força na extensão do punho e dedos. Este quadro conduz frequentemente a incapacidade laboral e nas atividades de vida diária. O tratamento de primeira linha inclui repouso, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) orais e/ou tópicos, programa de reabilitação, utilização de órteses estabilizadoras e alterações na ergonomia ou gesto técnico desportivo. Apesar destas medidas, os casos refratários são muito frequentes, a maioria com necessidade de terapêuticas minimamente invasivas (TMI) e destes, 5-15% com necessidade de intervenção cirúrgica.

Objetivos: Analisar a evidência mais recente para a aplicação de TMI na epicondilite refrataria.

Material e Métodos: Pesquisa Pubmed utilizando os termos “chronic”, “refractory” e “epicondylitis” para estudos publicados nos últimos 3 anos. Obtidos 66 artigos dos quais foram selecionados 36 após análise do resumo.

Resultados: A injeção de corticoides (CCT) tem sido utilizada de uma forma transversal na prática clínica com benefícios na redução da dor a curto prazo. Estudos referem uma melhoria do quadro algico em >90% dos doentes às 4 semanas após procedimento, quando comparado com placebo ou AINEs. Estes reduzem a dor através da inibição do processo inflamatório, no entanto, causam uma diminuição na síntese de colágeno e glicosaminoglicanos o que atrasa o processo cicatricial. Consequentemente, a literatura mais recente refere que a utilização de CCT está associada a um prognóstico mais desfavorável a médio-longo prazo, pelo que a sua utilização deverá ser evitada. As ondas choque são uma opção de relevo nestes doentes, apresentando um perfil de segurança-eficácia elevado, com resultados favoráveis em até 75% dos doentes após o primeiro tratamento. A injeção de toxina botulínica (BTx), é aplicada a nível dos músculos extensor ulnar do carpo, longo extensor dos dedos e curto extensor radial do carpo, atuando através da parésia temporária dos músculos, permitindo assim a regeneração tecidual. Quando comparada com CCT os resultados são pelo menos equivalentes e mantidos até às 16 semanas. A Medicina Regenerativa é cada vez mais aplicada nas tendinopatias, em especial o plasma rico em plaquetas (PRP). Este atua através do aumento da angiogénese e recrutamento celular local o que acelera o processo cicatricial. O PRP é eficaz na redução da dor a curto prazo, mas é particularmente eficaz a médio e longo prazo, com superioridade em relação aos CCT, nomeadamente a triamcinolona. Comparando o seu efeito biológico, verifica-se ecograficamente uma redução na espessura dos tendões após aplicação de CCT e um aumento da espessura após PRP, o que possivelmente justifica a manutenção do seu benefício até aos 24 meses. A fenestração ecoguiada consiste na micropunção do tendão e periósteo adjacente com o intuito de estimular o processo cicatricial pela hemorragia local e disrupção das áreas de tendinose. Esta é uma opção com bons resultados (>80% taxa de sucesso), podendo ser associada a outras técnicas como o PRP. A proloterapia com dextrose é também uma opção, verificando-se um perfil de igualdade comparativamente aos CCT mas com

um benefício mais prolongado.

Discussões/Conclusões: As TMI têm vindo a assumir um papel central na abordagem das epicondilites re-fratarias com conseqüente redução dos casos cirúrgicos. O PRP em particular parece ter o melhor perfil, com resultados robustos e mantidos a longo prazo. É necessária uma maior disseminação destas técnicas de modo a garantir o acesso dos doentes às mesmas.

PO 27 - PROGRAMA TOMBO: TERAPÊUTICA OCUPACIONAL MULTIDISCIPLINAR COM BENEFÍCIO NA OSTEOPOROSE

Filipe Cunha Santos¹; Ana Sofia Pinto¹; Sara Paiva Dinis¹; Luís Matos²; Carlos Pontinha³; Paula Rocha³; Gina Monteiro³; Isabel Neves³; Ana Rita Batista³; Sérgio Caseiro Anunciação³; Claudia Vaz¹; Joana Fonseca Ferreira¹

1. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda
2. Serviço de Nutrição, Unidade Local de Saúde da Guarda
3. Serviço de Ortopedia, Unidade Local de Saúde da Guarda

Introdução: A Osteoporose é uma doença complexa e silenciosa, que exige uma abordagem multidisciplinar para a sua correcta gestão: quer do ponto de vista nutricional, recuperação funcional pós-fractura ou tratamento farmacológico. Assim, desenvolvemos um programa inovador que assenta nestes três pilares, com vista a otimizar o tratamento e prevenção de novas fracturas osteoporóticas. Este trabalho sumariza a nossa experiência.

Objectivos: Descrever a implementação de uma consulta tri-partida entre reumatologistas, nutricionistas e enfermeiros de reabilitação, bem como apresentar dados da população à *baseline*.

Material e métodos: Num estudo prospectivo foram avaliados todos os doentes internados entre Setembro de 2019 e Agosto de 2020 no Serviço de Ortopedia da Unidade Local de Saúde da Guarda com fractura de fragilidade. Excluíram-se os doentes sem potencial de recuperação da mobilidade ou défice cognitivo. Os restantes foram incluídos no programa TOMBO, que envolve consultas multidisciplinares, *follow-ups* telefónicos e sessões de literacia para a saúde.

Resultados: Dos 475 doentes avaliados, 32 passaram por uma avaliação inicial (78.1% mulheres, idade média de 79.6±6.3). 36.6% desistiram do programa ou perderam seguimento. Previamente à consulta, 9 doentes

estariam sob terapêutica anti-osteoporótica no momento da fractura incidente. Colo do fémur e punho foram as fracturas mais comuns, sendo que metade dos doentes tinha história de fractura prévia. A média de T-score colo do fémur foi -2.70±0.85 e T-score vertebral -2.00±1.78.

Conclusão: Este trabalho reforça a necessidade de uma melhor gestão das fracturas de fragilidade, dando ênfase a programas de prevenção secundária das mesmas.

PO 28 - DISLIPIDEMIA NA ARTRITE REUMATÓIDE – DE MÃOS DADAS COM O CORAÇÃO

Ariana Rodrigues Afonso¹; Sara P. Dinis²; Ana S. Pinto²; Filipe C. Santos²; Joana F. Ferreira²; Cláudia Vaz²

1. ULS do Nordeste
2. ULS da Guarda

Introdução: As doenças cardiovasculares são uma causa de morbimortalidade importante e a estratégia de prevenção assenta na avaliação do risco cardiovascular (RCV) individual. A dislipidemia tem um papel central na fisiopatologia da DCV sendo a monitorização do colesterol LDL (c-LDL) o método preferencial para a sua monitorização.

As patologias inflamatórias, como a Artrite Reumatóide (AR) contribuem para a instabilidade das placas de atheroma, e verificou-se que esta se associa a um risco acrescido de eventos e morbimortalidade cardiovasculares.

Objectivo: Avaliar fatores de RCV e níveis de c-LDL em doentes com AR seguidos na consulta de Reumatologia da ULS-Guarda e verificar a instituição adequada da terapêutica antidislipidémica, bem como o atingimento do alvo terapêutico de c-LDL.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional de doentes com AR, selecionados consecutivamente, seguidos em consulta de Reumatologia, com pelo menos uma consulta presencial em 2019. Foram consultados os processos clínicos dos doentes para colheita de dados sociodemográficos e clínicos. A estatística descritiva é apresentada pela média ± desvio padrão (variáveis contínuas) e frequências relativas e absolutas (variáveis categóricas).

Resultados: Foram incluídos 234 doentes, 80.8% do sexo feminino. A idade média era de 64.7 ± 12.5 anos e com uma média de duração da doença de 9.7 ± 6.5 anos. Do total de doentes, 27.7% tinham excesso de peso e 28.2% um IMC normal, 13.0% eram diabéticos e 55.5% eram hipertensos. Registou-se toma regular de

TOTAL (n)	CATEGORIA RCV	DOENTES COM ESTATINA			DOENTES COM ESTATINA E FORA DO ALVO DE c-LDL (n)
		Total (n)	c-LDL no alvo (n)	c-LDL fora do alvo (n)	
27	Baixo	1	1	0	11
56	Moderado	24	8	16	22
21	Alto	15	3	12	6
15	Muito alto	12	0	12	3

Tabela 1: Distribuição dos doentes com cálculo de SCORE segundo categoria de risco, terapêutica com estatina e alvo de c-LDL.

Risco baixo: 100% dos doentes que faziam estatina (n=1) tinham o c-LDL dentro do alvo; 40,7% não faziam estatina e não estavam dentro do alvo (n= 11)

Risco moderado: dos doentes com estatina (n=24) 33% encontravam-se no alvo (n=8); 39,3% dos doentes desta categoria não faziam estatina e não tinham o c-LDL no alvo (n= 22)

Risco alto: dos doentes com estatina (n=15) 20% encontravam-se no alvo (n=3); 28,6% dos doentes desta categoria não faziam estatina e não se encontravam no alvo (n=6)

Risco muito alto: dos doentes com estatina (n=12) nenhum se encontrava no alvo; 20% dos doentes desta categoria não faziam estatina nem se encontravam no alvo.

AINEs em 10.6%. Verificou-se que 45.3% se encontravam medicados com estatinas.

Foi calculado o RCV pelo Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) em 119 dos 148 doentes elegíveis (40 aos 70 anos) e distribuídos nas categorias de risco da seguinte forma: baixo em 27 doentes (18.2%); moderado em 56 (37.8%); alto em 21 (14.2%); muito alto em 15 (10.1%). Atingiram o alvo terapêutico de c-LDL 59.3% dos doentes com risco baixo, 32.1% com risco moderado, 14.3% com risco alto e 0% com risco muito alto.

Na tabela 1, estão representadas as categorias do RCV, assim como a existência ou não de terapêutica com estatina e estratificação alvo/fora do alvo nos valores de c-LDL.

Verificou-se que os doentes eram mais frequentemente FR e anti-CCP negativos nas categorias de baixo (44,4%), moderado (60,7%) e alto risco (52,4%). O inverso verificou-se nos doentes de risco muito alto, em que 63,6% eram FR e anti-CCP positivos.

Discussão/Conclusões: Na literatura, vários estudos apontam para um aumento do RCV em doentes com AR. No nosso estudo, verificamos que os doentes com RCV muito alto, definido pelo SCORE, tinham maior probabilidade de não apresentar os valores de c-LDL

nos valores alvo. Verificou-se ainda a existência de doentes estratificados pelo SCORE sem terapêutica anti-dislipidémica instituída e com c-LDL acima do valor ideal de acordo com a categoria de risco. A maior parte dos doentes medicados com estatina não se encontrava com valores de c-LDL nos níveis alvo.

Pretendemos com este estudo alertar para a importância do controlo da dislipidemia em doentes com AR. Um estilo de vida saudável deverá ser recomendado a todos os doentes, incluindo aqueles com RCV baixo e moderado. A avaliação do RCV deverá ser reconsiderada após alterações na terapêutica, uma vez que após o início de bDMARD ou outros fármacos poderá existir um aumento do c-LDL.

PO 29 - QUANDO DUAS DOENÇAS RARAS SE SOBREPÕEM DE FORMA GRAVE

Filipe Oliveira Pinheiro¹; Pedro Madureira¹;
Pedro Rodrigues¹; Delfim Duarte¹; Jorge Almeida¹
1. Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: As doenças do tecido conjuntivo são patologias com um largo espectro de manifestações clínicas e laboratoriais. As síndromes de sobreposição ocorrem quando são preenchidos critérios de diagnóstico

de mais do que uma doença do tecido conjuntivo.

Caso Clínico: Mulher de 59 anos, sem antecedentes de relevo, inicia quadro de síndrome constitucional com perda de 20% do peso corporal, mialgias e artralguas de ritmo misto a nível das mãos e joelhos com 3 meses de evolução, que motivou o recurso ao seu Médico de Família; foi solicitado estudo analítico que mostrou elevação da velocidade de sedimentação (41 mm/1^{ah}), elevação da TGO e TGP superior a 3 vezes o limite superior da normalidade, CK 1924 U/L, LDH 1622 U/L, ANA 1/1280 com padrão nucleolar. Foi referenciada a consulta hospitalar tendo sido avaliada após um mês, referindo perda ponderal de cerca de 20% nos últimos 3 meses, diminuição da força muscular de predomínio proximal e disfagia orofaríngea para sólidos e líquidos. Foi realizado estudo adicional com anticorpo anti-PM-Scl positivo. Hemograma, ionograma, função renal e tiroideia, restantes enzimas hepáticas, urina tipo II, serologias hepatites B e C e HIV, PCR, anti-dsDNA, anti-ENA, anti-centrómero, anti-histonas e ecografia abdominal não demonstraram alterações. Admitida a internamento hospitalar, onde se verifica a presença de microstomia e diminuição das rugas faciais, mãos com aspeto “mecânico”, sem pitting scars ou úlceras ativas, esclerose cutânea distal às metacarpofalângicas, diminuição da força muscular proximal dos membros. Videocapilaroscopia do leito ungueal demonstrou megacapilares frequentes com rarefação capilar e hemorragias; tomografia do tórax com discreta densificação em vidro despolido em ambas as bases pulmonares; videofluoroscopia com perturbação da deglutição nas fases oral e faríngea, com dificuldade de progressão e estase do contraste por paresia dos constritores da faringe e disfunção do cricofaríngeo; manometria esofágica com esfíncter esofágico superior hipotenso e com inadequado relaxamento após as deglutições, com ausência de peristalse no corpo esofágico; eletromiografia com traçados miopáticos em músculos proximais e distais dos membros superiores e inferiores, com potenciais de repouso em vários músculos. Realizada biópsia muscular do deltóide esquerdo que mostrou padrão de miopatia inflamatória sugestivo de dermatomiosite. O estudo de neoplasia oculta com tomografia computadorizada abdomino-pélvica, estudo endoscópico alto e baixo, ecografia tiroideia, mamografia e avaliação ginecológica foi negativo. Por suspeita diagnóstica de síndrome de sobreposição esclerose sistémica forma cutânea limitada/dermatomiosite com provável atingimento esofágico grave à admissão, iniciada terapêutica com prednisolona 10mg/dia (com posterior incremento

para 30mg/dia) e imunoglobulina endovenosa 0,4 g/kg/dia durante 5 dias, com associação de micofenolato de mofetil atendendo ao atingimento pulmonar, titulado até dose de 750+500mg. Manteve perda ponderal de 10% com agravamento da disfagia, que levou à necessidade de colocação de sonda nasogástrica, com melhoria das mialgias e do défice de força muscular, bem como normalização das enzimas musculares.

Discussão: As manifestações clínicas e o estudo complementar, com anticorpo com elevada especificidade para síndrome de sobreposição esclerose sistémica/miosite, levaram ao diagnóstico e à instituição terapêutica, com necessidade de internamento e compensação urgentes, atendendo à gravidade da apresentação.

Conclusões: As síndromes de sobreposição são doenças raras, de difícil diagnóstico e com necessidade de exclusão de diagnósticos diferenciais e avaliação sistemática de manifestações orgânicas em fase assintomática, podendo o tratamento ser condicionado e/ou dificultado pelo facto de se tratar de duas doenças, com manifestações potencialmente sobreponíveis.

PO 30 - IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO NA ESPONDILARTRITE AXIAL

Diogo Moniz Costa¹; João Dias²; Maria do Céu Maia³

1. Centro Hospitalar Universitário do Porto
2. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
3. Centro Hospitalar Universitário de S. João

Introdução: As espondilartrites são um grupo de doenças inflamatórias crónicas que podem ser classificadas de acordo com o predomínio das manifestações clínicas em espondilartite axial (quando afeta sobretudo a coluna vertebral e as articulações sacroilíacas), espondilartite periférica (quando predomina o envolvimento de outras articulações, sobretudo dos membros inferiores) ou na forma entesopática (quando as inserções dos ligamentos são a manifestação preponderante). Fazem parte deste grupo de doenças a espondilite anquilosante, a artrite psoriásica, a artrite associada à doença inflamatória do intestino (doença de Crohn ou colite ulcerosa), a artrite reativa, entre outras formas.

A espondilartite axial, que inclui a espondilite anquilosante e a espondilite não radiográfica, é caracterizada pela diminuição da mobilidade da coluna vertebral, bem como, aumento do risco de eventos cardiovasculares.

Objectivos: O objetivo deste trabalho é enfatizar ao papel do exercício físico enquanto componente inte-

grante do tratamento da espondilartrite axial, dando especial enfoque nos exercícios aeróbico, por oposição aos tradicionais exercícios de flexibilidade.

Material e Métodos: Pesquisa bibliográfica na base de dados Pubmed incluindo as palavras “spondyloarthritis”, “exercise”, “rehabilitation”, “prescription”. Foram recolhidos e analisados os artigos relevantes para o tema do trabalho.

Resultados: O tratamento resulta da combinação de terapia farmacológica e intervenção não farmacológica: com educação do paciente, cessação tabágica, fisioterapia e a prática de exercício físico. Ainda que o tratamento fisiátrico se revele mais eficaz, o exercício domiciliário é, naturalmente mais barato e exequível para muitos pacientes. Desta forma a Assessment of SpondyloArthritis International Society and European Union League Against Rheumatism (ASAS-EULAR) recomendam a prática regular de exercício físico.

Na população geral o exercício físico está intimamente relacionado com a redução do risco de doenças cardiovasculares, obesidade, neoplasias do colon e mama, diabetes mellitus tipo 2, e osteoporose. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) os adultos saudáveis devem realizar ≥ 150 min/semana de exercício físico aeróbico de intensidade moderada, ou ≥ 75 min/semana de intensidade vigorosa, ou ainda, combinação semanal equivalente de intensidade moderada e vigorosa. Além disso, o exercício deve ser complementado por atividades de fortalecimento muscular em dois ou mais dias semanais.

Relativamente a espondilartrite axial os exercícios físicos focam-se sobretudo na flexibilidade, no ganho de amplitude articular, excluindo a atividade aeróbica. Todavia, os exercícios aeróbicos têm-se demonstrado eficazes na melhoria funcional, rigidez e situação cardiovascular. Contudo apenas uma minoria de pacientes pratica este tipo de exercício com intensidade suficiente para melhorar a capacidade aeróbica. Ainda que haja algum ceticismo dos clínicos, pelo aumento do risco de exacerbações da doença inflamatória articular, um estudo randomizado recente não encontrou associação com exercício de elevada intensidade.

Os exercícios de elevada intensidade tem demonstrado reduzir a atividade da doença, mesurável pelo ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) e pelo BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), indicando que estes são seguros para estes pacientes, e também apresentam benefícios sobre a fadiga, ciclo de sono-vigília e humor.

Adicionalmente, a obesidade está associada respos-

ta menos eficaz aos inibidores do Fator de Necrose Tumoral, salientando mais uma vez o papel do exercício físico.

Conclusões: O exercício físico nesta doença é importante não apenas para alívio de alguns sintomas, prevenção de dano estrutural e consequente melhoria funcional dos doentes, mas também como adjuvante na redução da própria actividade da doença.

PO 31 - QUANDO A LOMBALGIA E A OSTEOPOROSE NÃO VÊM SÓS!

Margarida Faria¹; Lídia Teixeira¹;

Nuno Pina Gonçalves¹; Agna Neto¹;

Ricardo Figueira¹; Alberto Quintal¹; Mário Rodrigues¹

Introdução: A osteoporose é uma doença sistémica do esqueleto, caracterizada pela redução da massa óssea e distúrbios da microarquitatura tecidual e subsequente fragilidade óssea. Uma vez que apenas 20% dos homens com redução da densidade mineral óssea têm osteoporose primária, o diagnóstico de osteoporose no homem impõe avaliação etiológica. O hipogonadismo é uma causa frequentemente identificada, estando a diminuição dos níveis de testosterona associada a perda de massa óssea e maior prevalência de fraturas de fragilidade, sobretudo quando inferiores a 200 ng/dL.

Caso Clínico: Homem de 56 anos, sem filhos, alcoólico (48g de álcool por dia, há 30 anos) e com antigos hábitos tabágicos (70 unidades maço ano) é internado no serviço de Reumatologia por quadro de agudização de lombalgia com 3 semanas de evolução (intensidade 10/10, persistente em repouso e atividade), para estudo de provável osteoporose secundária (no contexto de fratura de Colles antiga) e controlo algico. Ao exame objetivo, apresentava estigmas de alcoolismo, rarefação pilosa, ginecomastia e dor à palpação das apófises espinhosas da coluna lombar. No sentido de investigar a causa de osteoporose, foram pedidos o metabolismo fosfocálcico, que revelou défice de vitamina D (14 ng/mL), e doseamentos hormonais, que mostraram défice de testosterona total (0.26 ng/mL) com valores normais das gonadotropinas. Da avaliação radiográfica, destaca-se fraturas de múltiplos corpos vertebrais - de D11 a L5 (Fig 1), tendo sido pedida ressonância magnética nuclear da coluna dorsolombar (CDL) para identificar fratura recente responsável pela agudização da lombalgia. Prosseguindo a avaliação do doente internado, realizou radiografia do tórax, na qual se observou uma lesão nodular hipotransparente no terço superior do campo pulmonar esquerdo (Fig 2).



FIGURA 1.

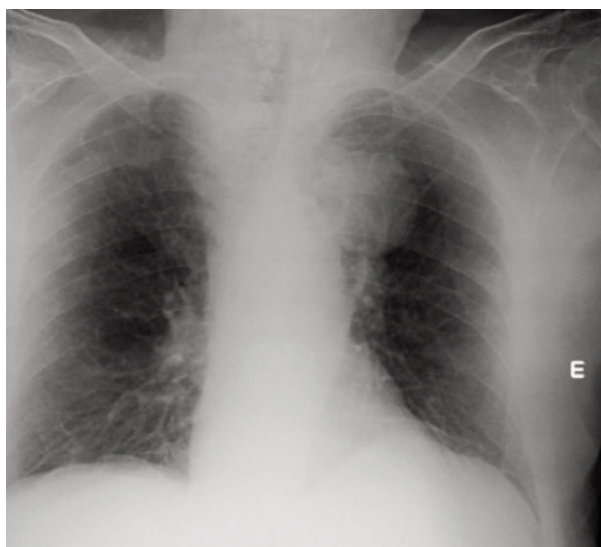


FIGURA 2.

Perante este achado, pediu-se estudo por tomografia computadorizada que confirmou a presença de uma massa espiculada paramediastínica no lobo superior do pulmão esquerdo, que viria a ser biopsada, com o resultado histológico de carcinoma do pulmão não pequenas células. Posteriormente, a RMN da CDL confirmou a presença de várias fraturas de fragilidade na coluna dorsal e lombar com fratura recente de D12 e ainda alterações de realce de D12 e L4 suspeitas de etiologia secundária, posteriormente confirmadas por cintigrafia óssea, que adicionou outras lesões suspeitas na grelha costal e bacia. Estabeleceu-se o diagnóstico de neoplasia do pulmão estadio V T3N2M1 e o doente iniciou seguimento em consulta de Pneumologia e Oncologia com posterior instituição de quimioterapia. Assumiu-se ainda osteoporose secundária a hipogonadismo e o doente foi medicado com ácido zoledrónico, reposição de vitamina D e carbonato de cálcio e iniciou seguimento em consulta de Endocrinologia, com posterior reposição do défice hormonal.

Discussão: Neste caso clínico, o estudo de uma causa de osteoporose permitiu a identificação de causas reversíveis de osteopenia - hipogonadismo, défice de vitamina D, alcoolismo e tabagismo. De notar que a simples realização de uma radiografia do tórax permitiu-nos a identificação de uma doença oncológica com elevada morbimortalidade, para a qual o doente iniciou tratamento.

Conclusão: No homem com fratura óssea de fragilidade ou com osteoporose documentadas, uma anamnese e exame objetivo cuidados podem sugerir fatores causais que são, de seguida, complementados por avaliação laboratorial. Na osteoporose secundária a hipogonadismo, além do tratamento para a osteoporose, deve ser iniciado tratamento hormonal com testosterona, na ausência de contraindicações.

PO 32 - APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE QUISTO DE BAKER GIGANTE EM DOENTE COM ARTRITE ENTEROPÁTICA

Catarina Ferreira Moita¹; J. Veiga Gomes²; Filipe C. Araújo³

Introdução: As tumefações do membro inferior podem ter uma etiologia muito abrangente, incluindo trauma, neoplasias benignas ou malignas, aneurismas e trombozes, entre outras. Estas lesões podem apresentar-se como massas palpáveis ou achados imagiológicos incidentais.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de

54 anos com uma história de poliartrite periférica envolvendo os punhos, a IFP esquerda do 3º dedo, joelhos e tibiotársicas e raquialgia axial com cerca de 4 meses de evolução. Referia igualmente o desenvolvimento de uma tumefação indolor, oval, mole e imóvel no terço médio da face antero-interna da perna direita, com cerca de 50 mm de maior diâmetro. Negava trauma ou outro evento significativo. Como antecedentes relevantes apresentava artrite enteropática/espondilartrite associada a doença inflamatória intestinal (Doença de Crohn) com predomínio de manifestações axiais, bem como história concomitante de linfoma folicular non-Hodgkin indolente (grau 1-2, estadio FLIPI 0), artroplastia total da anca esquerda e depressão. Estas co-morbilidades limitaram significativamente as opções terapêuticas para o tratamento da doença reumática; assim, encontrava-se medicada com tapentadol 200 mg *bid*, morfina 10 mg SOS e ciclobenzaprina 10 mg *qid*. O exame objetivo da perna e joelho revelou-se sem alterações, com exceção da tumefação já descrita. A avaliação analítica revelou uma anemia normocítica normocrômica (Hb 11.6 g/dL) e discreta elevação da VS (26 mm/h) e PCR (1.2 mg/dL). A ecografia de partes moles mostrou uma formação elástica, líquida não pura, bem delimitada, localizada entre o plano cutâneo e muscular, com pelo menos 150mm, compatível com um volumoso quisto de Baker. Iniciou prednisolona 10 mg *qid*, metotrexato 15 mg/semana e ácido fólico 10 mg/semana e foi realizada aspiração eco-guiada do quisto (cerca de 21 mL de líquido sinovial amarelo translúcido, de viscosidade normal), seguida de administração de 80 mg de metilprednisolona, com melhoria clínica.

Discussão: Quistos de Baker são quistos sinoviais normalmente localizados na região popliteia, causados pelo alargamento da bursa gastrocnémio-semimembranosa. Em adultos, cerca de um terço surge como consequência de contextos traumáticos e os restantes são causados por patologias degenerativas ou inflamatórias. Estes últimos podem apresentar grandes dimensões possivelmente como consequência de produção aumentada de líquido sinovial em contexto inflamatório. No presente caso, o quisto não originou sinais ou sintomas a nível popliteu, estendendo-se inferiormente e manifestando-se através de uma massa localizada no terço médio da face antero-interna da perna.

Conclusões: Este caso relata uma apresentação incomum de um Quisto de Baker associada a um contexto de doença inflamatória, que deve ser considerada no

diagnóstico diferencial de tumefações do membro inferior, onde estão incluídas também outras entidades de pior prognóstico.

PO 33 - DIAGNÓSTICO DE ARTRITE REUMATOIDE NA SEQUÊNCIA DE ESTUDO DE HIDROPNEUMOTÓRAX

Carlos Lopes Figueiredo¹; Bruno Mendes¹; João Cardoso¹

Introdução: A artrite reumatoide pode ter diferentes manifestações extra-articulares e apresentações iniciais atípicas. O derrame pleural é uma manifestação comum, particularmente em homens de meia-idade e pode preceder ou surgir simultaneamente ao início da manifestação articular. O estudo de um derrame pleural isolado inclui uma lista vasta de hipóteses de diagnóstico.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de um homem de 60 anos de idade, caucasiano, trabalha em lavagem automóvel, fumador ativo (carga tabágica de 40 UMA) e com prévia tuberculose pulmonar tratada aos 30 anos de idade. Referenciado a consulta de Pneumologia por derrame pleural direito detetado em exame de rotina pelo médico família totalizando 6 meses entre o exame e a consulta, sem outras queixas. Ao exame objetivo em ar ambiente, sem insuficiência respiratória, com diminuição do murmúrio vesicular no 1/3 inferior do hemitórax direito, hemodinamicamente estável, apirético, mas apresentando edema do joelho esquerdo ligeiro e duas tumefações volumosas e indolores no punho e cotovelo esquerdos sem queixas associadas. Analiticamente com anemia discreta 12.4 g/dL, leucocitose $13.3 \times 10^9/L$, neutrofilia 71%, PCR 27,6 mg/L, velocidade sedimentação de 34 mm/h. Realizada TC torácica com hidropneumotórax, espessamento nodular pleural esquerdo e espessamento intersticial interlobular. Foi realizada toracocentese eco-guiada com biópsias pleurais, com saída de líquido pleural com aspeto purulento e pH 7,0 e nesse momento admitido empiema, colocada drenagem torácica e iniciada antibioticoterapia empírica. No estudo do líquido pleural revelou um exsudado sem leucócitos, material lipídico, glicose <10 mg/dL, proteínas 68.9 g/L, LDH 2986 U/L, elevada ADA 200 U/L, colesterol 205 mg/dL, triglicéridos normais 100 mg/dL; o estudo microbiológico revelou-se posteriormente negativo; a citologia com baixa celularidade com raras células mesoteliais e raros linfócitos e sem células neoplásicas; as biópsias pleurais apresentaram fibrose acentuada e ligeiro infiltrado infla-

matório, sem granulomas nem células neoplásicas. Aquando o resultado do líquido pleural foi excluída a hipótese de empiema, suspensa a antibioterapia e regressado ao diagnóstico diferencial de exsudado pleural unilateral. Foi realizada ecografia das partes moles com tenossinovite do extensor comum do 2º, 3º e 4º dedo da mão esquerda e bursite do cotovelo esquerdo com importante espessamento sinovial e radiografia articular com aumento dos tecidos moles periarticulares, redução dos espaços interarticulares, esclerose subcondral e erosões ósseas em mais de 10 articulações. Revelou-se também elevação analítica do factor reumatóide (31,3 UI/mL) e dos anticorpos anti-citrulina (> 250 UA/mL).

Discussão: Foi assumido o diagnóstico de artrite reumatoide com pontuação 9/10 (critérios ACR/ELAR 2010) (aumento da VS/PCR, elevação do factor reumatoide e anticorpos anti-citrulina e envolvimento de mais de 10 articulações). Tendo em conta a presença de exsudado pleural com pH e glicose muito baixos, LDH muito elevada, na ausência de isolamentos microbiológicos e com o diagnóstico inaugural de artrite reumatoide foi considerado derrame pleural empiematoso estéril reumatoide. A presença de hidropneumotórax deve-se a provável rotura de nódulos reumatoides pleurais. Destaca-se assim a importância de revisão do primeiro diagnóstico assumido, que pela sua gravidade foi inicialmente empiricamente tratado, mas posteriormente já com todos os dados necessários foi possível o diagnóstico acertado.

Conclusões: Pretendemos assim destacar e relembrar a hipótese de diagnóstico de artrite reumatóide no contexto de derrame pleural mesmo sem referência pelo doente de queixas articulares significativas. Deste modo revelando fulcral o estudo exaustivo das características do exsudado e exame objetivo global do doente para um diagnóstico preciso e um correto tratamento individualizado.

PO 34 - PSORÍASE E CANCRO DO PULMÃO

Carlos Lopes Figueiredo¹; Bruno Mendes¹;

João Cardoso¹

1. Pneumologia do Hospital Santa Marta, CHULC

Introdução: A neoplasia do pulmão é uma das neoplasias mais frequentes e a que causa mais mortes mundialmente. A psoríase sendo uma doença inflamatória crónica tem demonstrado ser um factor de risco para cancro, particularmente hematológico e do pulmão. As síndromes paraneoplásicas são raras e ocorrem por efei-

tos sistémicos não metastáticos despoletados pela neoplasia. A entidade de psoríase paraneoplásica ocorre previamente ou concomitantemente ao diagnóstico do cancro, melhora com o tratamento oncológico e recorre com a recidiva ou metastização do cancro. Existe assim um interesse crescente na compreensão desta associação entre psoríase e cancro.

Caso Clínico: Apresentamos um caso de um homem de 59 anos, fumador (carga tabágica de 92 unidades maço-ano), pintor na construção civil, com prévio diagnóstico de psoríase vulgaris com envolvimento do escalpe mas controlada com terapêutica tópica desde os 55 anos, sem necessidade de terapêutica adicional. Internado por massa dolorosa na anca à esquerda com agravamento progressivo, perda ponderal com 3 meses de evolução e tosse crónica com expectoração hemoptoica esporádica. Ao exame objetivo apresentava-se emagrecido (IMC 20), eupneico, com uma tumefação na anca esquerda dolorosa à palpação, hipocratismo digital exuberante com onicodistrofia nas mãos e pés além de múltiplas áreas cutâneas descamativas rosadas com predomínio em locais extensão (punho, cotovelo, perna) e peri-auricular. Sendo questionado diretamente sobre as lesões cutâneas refere que nos anos prévios as lesões de psoríase estariam controladas com terapêutica tópica (corticoide que não sabia especificar) mas desde há 2-3 meses que se tornaram refratárias à terapêutica tópica e com aumento das mesmas. Analiticamente sem alterações relevantes. Na radiografia torácica apresentava hipotransparências dispersas bilateralmente com contorno espiculado. Foi realizada tomografia computadorizada torácica que revelou múltiplas lesões pulmonares atípicas em vários lobos pulmonares; múltiplas adenomegalias mediastínicas; e tomografia computadorizada da anca esquerda com lesão centrada ao acetábulo esquerdo com componente de partes moles. Foi realizada biópsia percutânea da lesão da anca esquerda que evidenciou adenocarcinoma compatível com origem pulmonar (CK7+, TTF-1 +, CK20 -; PDL-1 negativo). Para estadiamento fez tomografia computadorizada abdomino-pélvica que demonstrou adenomegalias mediastínicas e retroperitoneais; e ressonância magnética cerebral com lesão temporal esquerda compatível com metástase. Definido então como adenocarcinoma do pulmão em estágio IV com metástases ganglionares, cerebral e partes moles da anca. Foi proposta radioterapia paliativa à metástase cerebral e das partes moles, quimioterapia com vinorelbina e cuidados paliativos. Revelou um progressivo agravamento do estado geral e oncológico com desfe-

cho fatal após 4 meses do diagnóstico. Nesse período denotou-se a refratoriedade das lesões de psoríase à terapêutica tópica e sem indicação para outro tipo de terapêutica dirigida pelo prognóstico reservado.

Discussão: Destaca-se a relação temporal neste caso específico do ressurgimento de lesões de psoríase num doente com diagnóstico prévio de psoríase com o quadro clínico que levou ao diagnóstico de cancro do pulmão. Sublinha-se também o facto se serem de novo refratárias à terapêutica tópica nesse mesmo período. Esta relação já fora previamente documentada em vários casos clínicos descritos na literatura.

Conclusões: Pretendemos alertar para a relação entre a psoríase e o cancro, tanto como fator de risco bem como síndrome paraneoplásico. No contexto apropriado, o ressurgimento de lesões refratárias à terapêutica poderá ser um sinal a valorizar para exclusão de cancro. Nos doentes com psoríase é particularmente importante documentar os fatores de risco de cancro (ex. tabaco) de forma a serem controlados/modificados.

PO 35 - RUTURA TENDINOSA MÚLTIPLA EM DOENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, E SUA ABORDAGEM NO CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID19

Cláudia Gemelgo¹; Sofia Ribeiro¹; Filipe Antunes¹
1. Hospital de Braga

Introdução: A afeção do sistema musculoesquelético ocorre até 95% dos casos de Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), contribuindo as artralguas para a grande maioria destas manifestações. Tradicionalmente, a artropatia por LES é considerada não erosiva, sendo a deformidade articular o resultado da sinovite crónica. Contudo, estudos recentes com recurso a avaliação ecográfica revelam que o LES está frequentemente associado a alterações erosivas articulares e a processos inflamatórios quer da sinovial quer do próprio tendão, mesmo quando a clínica não o sugere. Estes achados contribuem para a fragilização progressiva dos tendões, expondo-os ao risco de rutura sob traumatismos pequenos ou mesmo de forma espontânea. A doença renal crónica e a toma prolongada de corticosteroides são também fatores de risco para a rutura tendinosa.

Caso clínico: Neste trabalho apresentamos o caso de uma mulher de 57 anos de idade, diagnosticada com LES de envolvimento renal aos 18 anos, e sob hemodiálise e corticoterapia desde os 26 anos. A doente sofreu rutura espontânea do tendão de Aquiles direito em Dezembro.2019 e foi submetida a tenorrafia que pos-

teriormente complicou com deiscência e infeção da sutura. Em Janeiro.2020, na sequência de uma dúbia queda da própria altura, sofreu ainda rutura bilateral do tendão quadrícipital, cujo tratamento foi também cirúrgico. Cumpriu imobilização dos dois joelhos em extensão com ortótese de DePuy, durante 6 semanas, e tala gessada suropodálica da articulação tibiotársica em posição de equino, removida às 4 semanas por complicação com úlcera de pressão calcaneana. A doente apresentou-se à consulta de MFR, 6 semanas depois da última intervenção cirúrgica, em maca e sem capacidade para marcha, sendo apenas capaz de mobilizar os segmentos do membro inferior com força muscular de grau 2 (escala *Medical Research Council*). No contexto da pandemia por COVID19, a doente foi instruída para iniciar programa de reabilitação domiciliar com recurso a crioterapia, mobilização ativa-assistida das articulações envolvidas dentro das amplitudes consideradas seguras e exercícios de alongamento suave dos tendões aquilianos e quadrícipitais, assim como dos músculos tricípites surais e isquiotibiais. Estes cuidados foram reforçados através da elaboração de um folheto explicativo, personalizado e dirigido, posteriormente enviado. A monitorização clínica foi feita através de consulta telefónica, e a doente foi reavaliada presencialmente 2 meses depois. Na altura, apresentava-se já com capacidade para deambulação com apoio de terceira pessoa para curtas distâncias, apesar da atrofia muscular generalizada evidente dos membros inferiores. Foi por isso orientada para programa de reabilitação, visando fortalecimento muscular e autonomia de marcha.

Discussão e Conclusão: O risco de rutura tendinosa não deve ser desprezado em doentes com o diagnóstico de LES. Estudos ecográficos recentes revelam que as alterações estruturais tendinosas e articulares parecem ser mais frequentes do que o que o exame físico sugere, o que se traduz num risco de graves e complicadas ruturas tendinosas que têm impacto direto na qualidade de vida dos doentes. A exposição prolongada a corticoterapia assim como a insuficiência renal crónica são também conhecidos fatores de risco para a rutura tendinosa. A rutura bilateral do tendão quadrícipital associada a traumatismos pequenos é relativamente incomum e está associada a grande morbidade e incapacidade funcional. A rutura do tendão aquiliano, ainda que mais comum, nestes doentes apresenta elevado risco de complicações, de que são exemplos a infeção e a nova rutura. Em ambos os casos, um programa de reabilitação dirigido e precoce é a chave para o sucesso do tratamento. Este caso demonstra ainda as limita-

ções e consequências da pandemia por COVID19 no tratamento de doentes reumatológicos, bem como algumas estratégias que as equipas de MFR desenvolveram de forma a limitar o seu impacto funcional na vida dos doentes.

PO 36 - NEURO BEHÇET: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Margarida Carrolo¹; Inna Kozyar¹

1. Hospital CUF Descobertas

A doença de Behçet é uma vasculite sistémica de natureza autoimune e etiologia desconhecida. Afecta aproximadamente 2,5 por cada 10.000 habitantes e caracteriza-se pela tríade clássica de úlceras orais, úlceras genitais e uveíte. Todavia, pode também atingir articulações, vasos sanguíneos, pulmões, trato digestivo e o sistema nervoso central. O envolvimento neurológico ocorre em até 15% dos indivíduos com doença de Behçet, surgindo habitualmente entre a 3^a e a 4^a décadas de vida.

Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, de 36 anos, casada, desempregada. Recorre ao Serviço de Urgência em Agosto de 2014 por um quadro neurológico de instalação súbita de parestesias do hemicorpo direito, cefaleias e acufenos. Laboratorialmente apresentava uma hemoglobina de 13,5 g/dL, velocidade de sedimentação de 6 mm/h, sem elevação dos parâmetros de inflamação/infecção e sem outras alterações bioquímicas de relevo. É internada para estudo do quadro assumindo-se como diagnóstico mais provável uma doença desmielinizante. Realizou uma ressonância magnética crânio-encefálica que mostrava uma lesão única mesencefálica esquerda, sem sinais específicos de desmielinização, não permitindo um diagnóstico etiológico. Fez punção lombar que mostrou leucocitose ligeira, com o estudo electroforético do líquido céfalo-raquidiano negativo. Foram pedidas múltiplas serologias (citomegalovírus, Epstein-Barr, herpes simplex 1 e 2, enterovírus, vírus da imunodeficiência humana, vírus da hepatite C, vírus da hepatite B, Rickettsia, Coxsackie, Borrelia, Echovirus) cujos resultados foram negativos. Fez ainda um estudo autoimune que foi negativo para os anticorpos anticitoplasmáticos do neutrófilo, anticorpos antinucleares, anticorpos anti-*double strand* DNA, anticorpos anti-Smith, anticorpos anti-SSa e SSb. Realizou imunoelectroforese sérica que não revelou gamapatia monoclonal. Após um inquérito mais dirigido, a doente referiu episódios recorrentes de ulcerações orais e genitais e um episódio

prévio de olho vermelho unilateral. Foi realizado o teste de patergia cujo resultado foi considerado positivo. O estudo genético do HLA-B51 também foi positivo. Fez-se o diagnóstico de neuro-Behçet tendo a doente cumprido corticoterapia durante o internamento com franca melhoria clínica. Após a alta manteve-se em seguimento nas consultas de Neurologia e de Doenças Autoimunes, cumprindo terapêutica com colquicina, prednisolona e azatriopina. Tem sido observada uma evolução imagiológica favorável com regressão subtotal das alterações detectadas inicialmente em topografia mesencefálica. Mantém-se estável, com episódios esporádicos de aftose oral, artralguas transitórias dos membros superiores.

O envolvimento neurológico na doença de Behçet é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade associadas a esta patologia. As manifestações neurológicas surgem habitualmente vários anos após o início das manifestações sistémicas, podendo todavia ser a manifestação inicial da doença. A inespecificidade dos sintomas neurológicos da doença de Behçet exige uma elevada suspeita diagnóstica.

PO 37 - O PAPEL DA MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO NA NOTALGIA PARESTÉSICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rebeca Gomes¹; Madalena Carvalho¹; José Costa¹;

Teresa Mirco¹; Francisco Sampaio¹

1. CHLN - Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: A Notalgia Parestésica (NP), descrita em 1934 por *Michail Astwazaturow*, é uma neuropatia sensitiva dos ramos posteriores dos nervos espinhais torácicos (T2-T6), de etiologia não esclarecida. Caracteriza-se por prurido de localização medial e/ou inferior à omoplata, de predomínio unilateral, podendo associar-se a dor ou alterações disestésicas. São comuns zonas de hiperpigmentação que resultam de lesões de coceira crónica. Existe evidência de que a compressão nervosa, por alterações degenerativas ou espasmos da musculatura paravertebral, constitua o principal mecanismo subjacente. A predisposição genética, distúrbios metabólicos e causas infecciosas também podem estar associadas. A NP atinge sobretudo mulheres de meia-idade, embora existam casos hereditários reportados em idades mais jovens. O diagnóstico é clínico, embora na presença de outras queixas, músculo-esqueléticas ou neurológicas, possa ser necessário o recurso a exames de imagem. Várias abordagens terapêuticas têm sido descritas, mas a evidência da sua efi-

cácia é escassa. Estas incluem terapêutica farmacológica oral e tópica, toxina botulínica tipo A, estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) e fisioterapia, entre outras.

O presente caso clínico pretende demonstrar o papel da Medicina Física e de Reabilitação (MFR) na abordagem desta entidade clínica.

Caso Clínico: Homem de 71 anos, autónomo, cantor, obeso, diabético, hipertenso, com antecedentes de carcinoma da laringe submetido a cirurgia e radioterapia e carcinoma hepatocelular operado, polimedicado. Referenciado a consulta de MFR pela Dermatologia com o diagnóstico de NP refratária. O quadro clínico caracterizava-se por prurido intenso na região infraescapular direita, associada a dor no mesmo local. Objetivamente, observam-se zonas de hiperpigmentação na área anteriormente descrita. Dos exames complementares de diagnóstico realizados destaca-se a tomografia computadorizada com alterações degenerativas (C5-C7). Previamente medicado com diversos fármacos de aplicação tópica pela Dermatologia sem alívio do prurido, estando atualmente medicado com transpulmina, com a qual refere alívio temporário. Sem melhoria com a toma de pregabalina e gabapentina. Efetuaram-se recomendações ergonómicas e integração em programa de reabilitação que consistiu em termoterapia superficial, massoterapia, ultrassonoterapia, TENS e correção postural, complementado com 4 sessões de mesoterapia, com melhoria significativa do quadro alérgico, mas não do prurido. Atualmente, com resolução total do quadro alérgico, sendo o prurido o fator com maior impacto na qualidade de vida.

Discussão: A MFR assume um papel de relevo no controlo dos sintomas da NP oferecendo um vasto leque de modalidades terapêuticas. Para além do controlo alérgico, a fisioterapia, ao atuar no tónus da musculatura paravertebral, poderá minimizar a compressão nervosa e consequentemente aliviar o prurido. Os antecedentes oncológicos exigem maior precaução na utilização de determinados agentes como a ultrassonoterapia e a eletroterapia pelo risco de promoção de disseminação de células neoplásicas. Tratando-se de um doente polimedicado, os fármacos de ação local serão preferíveis em detrimento aos de ação sistémica. Sabendo-se a associação desta patologia com distúrbios metabólicos e obesidade, é fundamental um controlo de peso adequado.

Conclusão: A Notalgia Parestésica é uma entidade relativamente comum, embora frequentemente subdiagnosticada. Apesar de não constituir um distúrbio gra-

ve *per se*, a não otimização do tratamento tem um forte impacto na qualidade de vida do doente. É necessária uma melhor compreensão dos seus mecanismos subjacentes e a realização de mais estudos de forma a validar a eficácia das diversas modalidades terapêuticas, otimizando os tratamentos implementados.

PO 38 - PARAPARESIA POR FRATURA VERTEBRAL COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE DOENÇA DE PAGET – CASO CLÍNICO

David Almeida e Reis¹; Salomé Fernandes²;

Francisca Nascimento¹; Filipe Pinheiro²;

Sílvia Magalhães¹; Maria José Festas¹; João Barroso¹

1. Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar Universitário São João

2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução: A Doença Óssea de Paget (DOP) é uma doença crónica do metabolismo ósseo. É caracterizada por uma remodelação excessiva que leva a alargamento ósseo, deformidade e aumento do risco de fratura. Apesar de normalmente assintomática, pode apresentar-se com dor, e até complicações neurológicas. Estas são normalmente devido a compressão por osso da coluna vertebral alargado. Neste caso clínico, a DOP foi diagnosticada após paraparesia com bexiga e intestino neurogénicos causada por uma fratura patológica de D8.

Caso clínico: Homem de 56 anos, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia e psoríase. A 29 de janeiro de 2020, recorreu ao serviço de urgência (SU) após queda da própria altura por diminuição da força muscular dos membros inferiores (MI). Desde o ano anterior que referia queixas sensitivas dos MI, que evoluíram para perda de força e dor. Acrescentava ainda lombalgia crónica. No início de 2020, o doente apresentava dificuldade marcada para a marcha, apesar de ainda ser capaz de manter ortostatismo. No SU com diminuição da força dos MI, hipostesia tátil com nível em D12, sensibilidade térmica diminuída e reflexo aquiliano não despertável. TC lombar revelou fratura recente do corpo vertebral de L2, sem repercussão na amplitude do canal medular. Optou-se por tratamento conservador e internamento no serviço de Ortopedia devido a dissociação clinico-radiológica.

O doente desenvolveu retenção urinária e obstipação, pelo que foi algaliado. Realizou RMN dorsal que mostrou fratura do corpo de D8 com recuo do muro posterior; o referido corpo vertebral encontrava-se di-

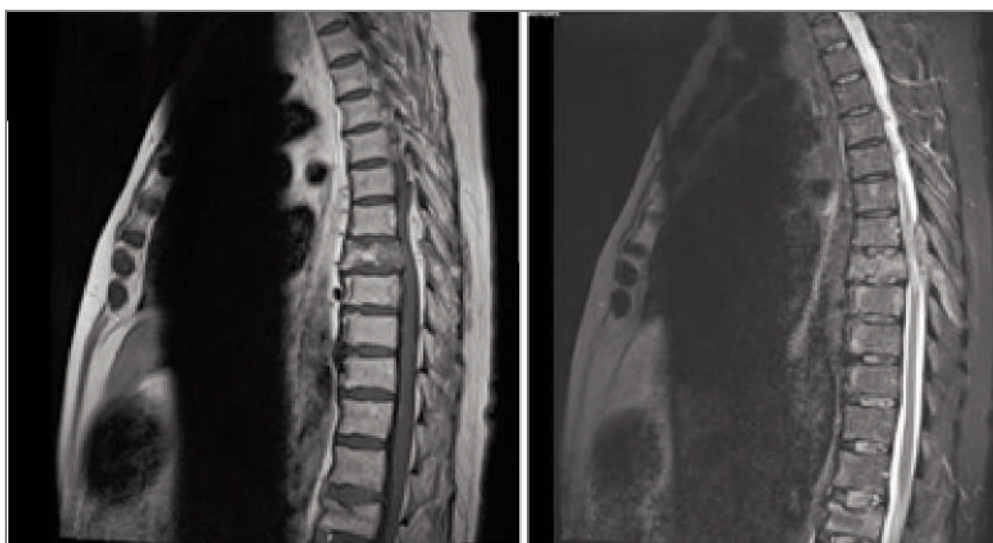


FIGURA 1. Imagem de ressonância magnética ponderada em T1 (esquerda) e T2 (direita), cortes sagitais, mostrando estenose do canal medular devido ao alargamento da vértebra D8, com sofrimento medular.

fusamente alargado com padrão trabecular alterado, sugestivo de DOP; em conjunto estas alterações condicionavam compressão medular (figura 1). Uma cintigrafia óssea demonstrou hipercaptação compatível com a suspeita diagnóstica em D8, sem outras áreas de captação de igual intensidade. Do estudo analítico, de relevo: fosfatase alcalina (FA) elevada de 144 U/L, restante metabolismo fosfocálcico sem alterações.

A 14 de fevereiro realizou laminectomia de D8 e D9 com fixação pedicular com parafusos de D5 a D7 e de D9 a D11. Foi também realizada uma biópsia de D8 que demonstrou padrão de DOP. Assim, foi assumido o diagnóstico de fratura patológica de D8 por DOP monostótica com paraparésia e bexiga e intestino neurogênicos. Fez uma toma de zoledronato, com boa resposta e normalização do valor de FA.

Por suspeita de osteoporose como etiologia para a fratura lombar, foi pedida uma densitometria óssea que revelou valores compatíveis com baixa densidade mineral óssea. De acordo com os resultados, foi assumida osteoporose e iniciou também suplementação com cálcio e vitamina D.

Foi transferido para o internamento de Medicina Física e de Reabilitação para a realização de programa de reabilitação intensivo. À data de alta, ao fim de 17 dias o doente apresentava melhoria da força muscular dos MI, equilíbrio estático em ortostatismo, capacidade para marcha com andarilho e controlo vesico-esfíncteriano.

Discussão/ Conclusões: O caso apresentado retrata uma manifestação rara da DOP, diagnosticada em contexto de paraparesia de rápida instalação, complicação presente em menos de 1% dos casos. O diagnóstico diferencial de fraturas compressivas toma particular relevo em doentes jovens em que a etiologia osteoporótica é incomum. No caso descrito foram sobretudo as alterações radiográficas sugestivas, mas também a elevação da FA e a análise histológica que nos guiaram no diagnóstico. A descompressão médica cirúrgica é fundamental e o início de tratamento com medicação antiapagética deve ser ponderado a curto prazo.

PO 39 - DIET AS A MODULATOR OF INTESTINAL MICROBIOTA IN RHEUMATOID ARTHRITIS

Eduardo Jorge Dourado Domingues¹; Margarida Ferro²; Catarina Sousa-Guerreiro³; João Eurico Fonseca⁴

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital de Santa Maria; Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, CAML
2. Laboratório de Nutrição, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa
3. Laboratório de Nutrição, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

4. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital de Santa Maria; Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, CAML; Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa,

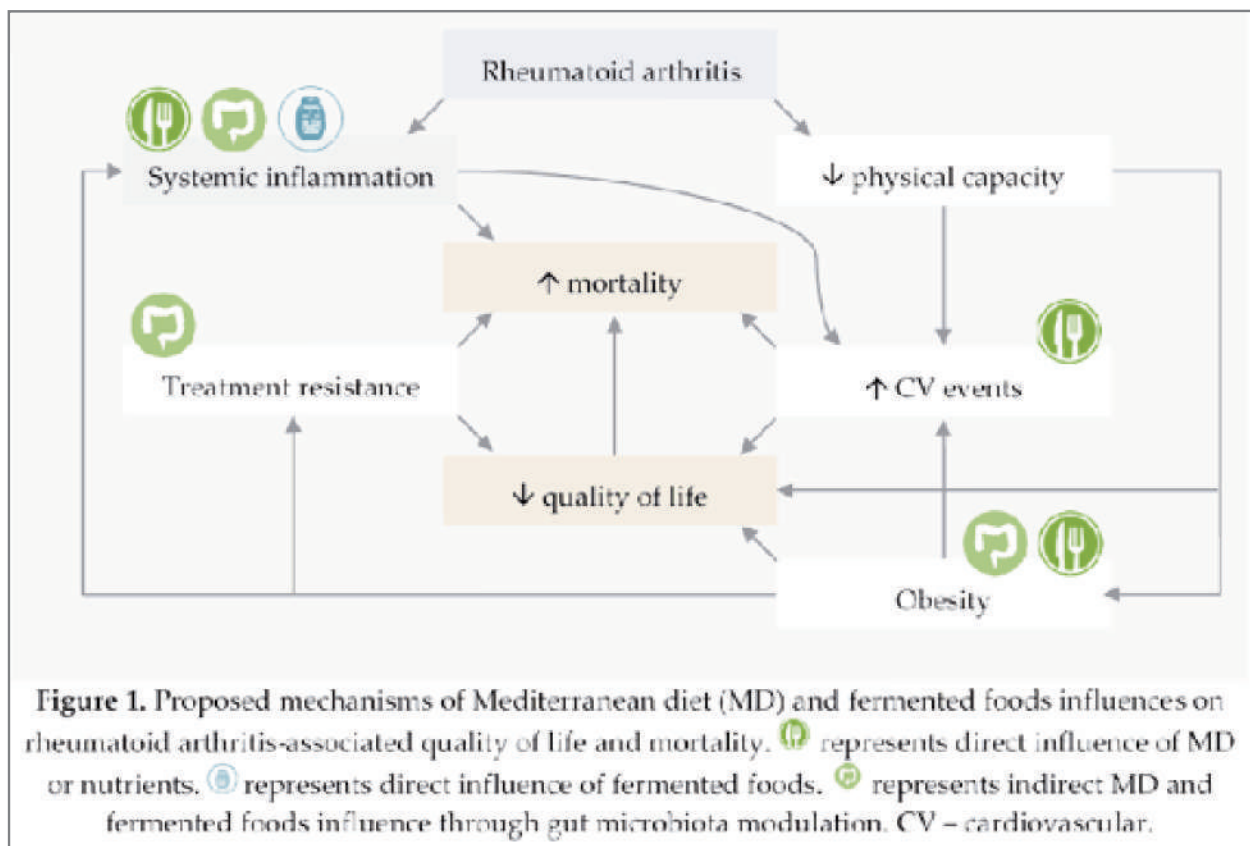
Introduction: Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic immune-driven inflammatory disease characterized by synovial inflammation, leading to progressive cartilage and bone destruction, impacting on patient's functional capacity and quality of life. Dysbiosis has been signalled as an initiating event in several systemic immune-driven diseases, and diet has been proposed as adjuvant therapy in several inflammatory diseases.

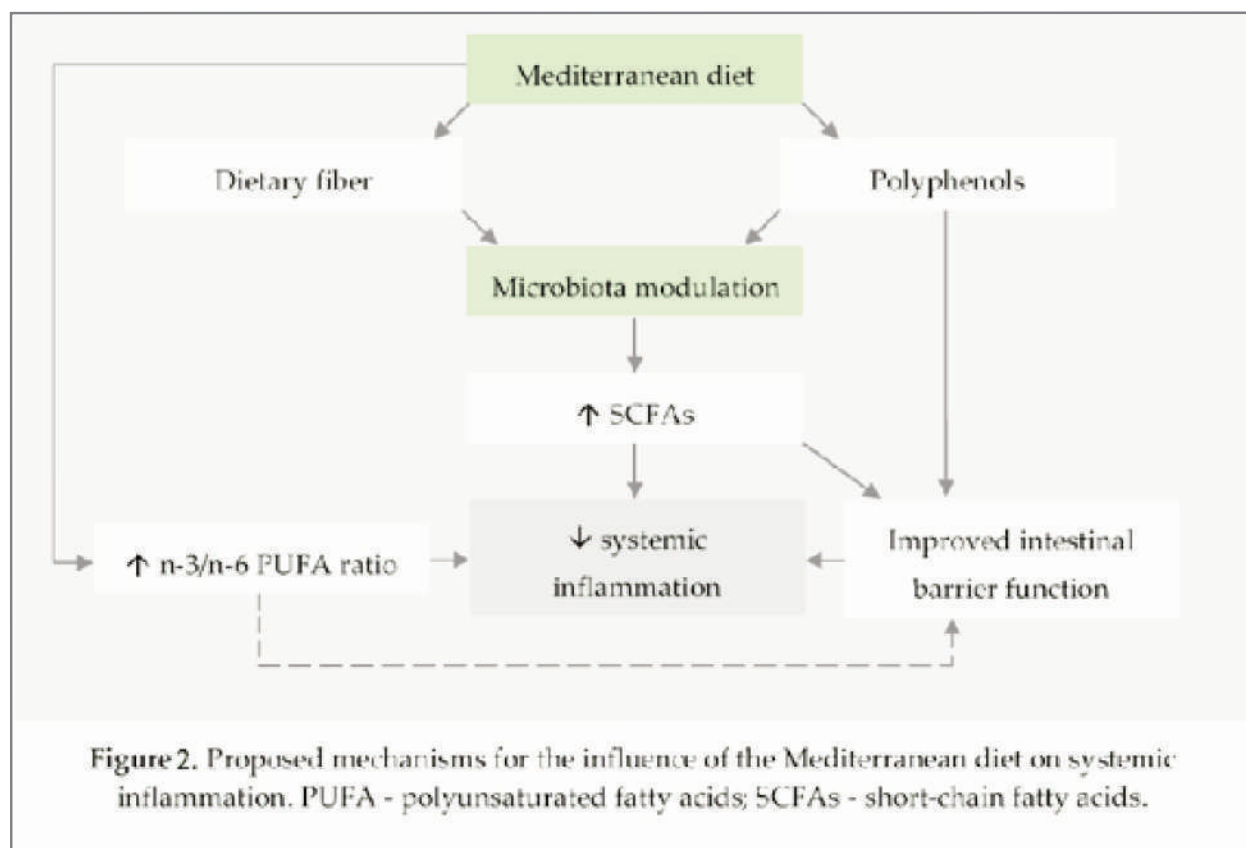
Objective: To review the potential roles of the Mediterranean Diet (MD) and fermented foods as adjuvant therapies in RA management, with a focus on diet-gut microbiota interactions.

Methods: Review of the literature regarding the role of

diet in RA pathogenesis and disease activity.

Results: Patients with RA have significant differences in gut microbiota composition when compared to controls. Intestinal dysbiosis influences the intestinal barrier strength, integrity and function, and diet is considered the main environmental factor impacting on gut microbiota. MD is a whole dietary pattern that can act as an adjuvant therapeutic approach in inflammatory diseases, modulating intestinal microbiota and intestinal barrier function. MD and fermented foods health benefits are well documented. However, evidence regarding their impact on RA disease activity is still insufficient, and diet is still not considered in RA management recommendations. Nonetheless, based on current knowledge, introducing a diet which is rich in n-3 PUFAs, polyphenols, dietary fibre and probiotics may decrease systemic inflammation, modulate gut microbiota and improve the gut barrier function, and consequently improve RA disease outcomes. MD fits these assumptions, and fermented foods seem to complement it perfectly, adding probiotics and active metabo-





lites to an almost ideal dietary pattern for RA patients.

Conclusion: Current data warrants further exploration of the MD complemented with fermented foods as a potential adjuvant therapy for RA patients, ideally in well-designed studies with large sample sizes and a multidisciplinary team of researchers, including rheumatologists and nutritionists.

PO 40 - SEGURANÇA DA VACINA CONTRA O VÍRUS INFLUENZA EM UTENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE SOB DMARDS BIOLÓGICOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Alexandre Vasques¹; José Chaves¹; Inês Sintra¹; Camila Gonçalves¹; Diogo Evangelista¹; Marta Barroso¹
1. USF Oriente

Introdução: A Artrite Reumatóide (AR) é uma patologia que está associada a maior incidência de infecção pelo vírus Influenza, não só pela fisiopatologia em si, mas também devido à imunossupressão causada pela terapêutica. Como tal, é indicada a administração anual da vacina contra o vírus Influenza em utentes imuno-

deprimidos.

Inicialmente, esta vacinação levantava questões relativamente à sua segurança, ou seja, à possibilidade de maior frequência dos seus efeitos adversos e à possibilidade de agravamento súbito da patologia nos utentes com artrite reumatóide. No entanto, tem-se vindo a comprovar a segurança e eficácia da vacinação.

Com a evolução das medidas de gestão de doença, nomeadamente o desenvolvimento de novos medicamentos antirreumáticos modificadores de doença (DMARDs) biológicos, coloca-se a questão relativamente à segurança da vacina da gripe em doentes a realizar essa terapêutica.

Objetivos: Averiguar a segurança da vacina contra influenza em utentes com artrite reumatóide, medicados com DMARDs biológicos.

Material e Métodos: Pesquisa sistemática na base de dados Pubmed/MEDLINE com os termos: “Influenza vaccine” And “Rheumatoid Arthritis” OR “Influenza vaccine” And “Rheumatic disease”. A literatura foi avaliada e selecionada conforme PICO (P: doentes com Artrite Reumatóide tratados com DMARDs biológicos;

I: Vacinação contra Influenza; C: Ausência de vacinação contra Influenza; O: Frequência de efeitos adversos ou flares da doença, associados à vacinação).

Resultados: Da pesquisa obteve-se 164 artigos que passaram pelo processo de selecção atendendo aos critérios de inclusão. Teve-se em conta o título e resumo para exclusão de artigos para leitura integral. Foram incluídos na presente revisão 12 artigos: 2 guidelines/recomendações na prática clínica; 2 revisões; 2 estudos retrospectivos e 6 estudos clínicos.

Discussão/Conclusão: De acordo com a literatura, não parece haver nenhuma contra-indicação ou necessidade de ajuste de medicação perante a vacinação contra o vírus Influenza em doentes com artrite reumatóide, medicados com DMARDs biológicos, não sendo observada uma maior incidência de efeitos adversos associados à vacinação nem flares da doença, de forma estatisticamente significativa. A eficácia da vacinação neste grupo de doentes é conhecida e está comprovada pelo que é válida e deverá ser oferecida, explicando os seus benefícios e riscos de não vacinação.

PO 41 - LOMBALGIA E PSORÍASE OU ESPONDILITE PSORIÁTICA?

Mariana da Silva Leal¹; Ana Carolina Pereira¹; Bernardo Santos¹; Renata Aguiar¹; Anabela Barcelos¹

1. Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: A artrite psoriática é uma artropatia inflamatória crónica associada à psoríase, podendo apresentar-se com envolvimento axial sob a forma de espondilite ou sacroileíte. Estudos demonstram uma maior prevalência de dor lombar com características inflamatórias associada à psoríase, no entanto a definição da sua etiologia pode ser desafiante devido à facilidade na presunção de um diagnóstico relacionado com a doença de base, negligenciando outras etiologias de dor lombar. O quisto de Tarlov é um quisto perineural, comumente localizado na região sagrada, que pode condicionar compressão nervosa sagrada, apresentando-se com dor referida à região sagrada e articulações sacroilíacas.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de um jovem de 36 anos com diagnóstico prévio de psoríase vulgar, avaliado em contexto de quadro de lombalgia intermitente com cerca de 9 anos de evolução, com irradiação para o membro inferior esquerdo e parestesias no pé ipsilateral. Referia agravamento recente da dor, com episódios diários, associada a despertares no-

turnos (segunda metade da noite), agravamento com o esforço e com o posicionamento copioso. Sem queixas articulares periféricas, rigidez matinal, uveíte, dactilite ou noção de episódios de entesite. Ao exame objetivo, apresentava psoríase cutânea (placas eritematosas dispersas por todo o corpo, poupando os genitais, palma das mãos e planta dos pés) e ungueal, dor à palpação das articulações sacroilíacas, com testes de Fabere e Volkman positivos. Tomografia-Computorizada da coluna lombar a demonstrar alterações degenerativas com osteofitose marginal e discos intervertebrais de L3-L4, L4-L5 e L5-S1 com ligeiras proclividades circunferenciais. Analiticamente, hemograma com fórmula leucocitária sem alterações, velocidade de sedimentação 13mm na 1ª hora, proteína C reativa 0.97mg/dL; HLA-B27 negativo. A ressonância magnética das sacroilíacas demonstrou ausência de lesões erosivas ou alterações relevantes das lâminas ósseas subcondrais quer a nível dos ilíacos quer a nível do sacro; presença de uma formação quística radicular a nível do sacro com 19mm, compatível com quisto de Tarlov. O doente não cumpria critérios para Espondilite Psoriática de acordo com os critérios da classificação de CASPAR tendo tido alta da consulta de Reumatologia e orientado para avaliação por Neurocirurgia para adequada abordagem terapêutica.

Discussão: O diagnóstico diferencial da dor lombar no doente com psoríase deve ter em consideração outras etiologias de dor de padrão inflamatório, sendo essencial uma abordagem diagnóstica abrangente. A maioria dos quistos de Tarlov são assintomáticos. Quando sintomáticos, os doentes podem apresentar lombalgia ou sacralgia com comprometimento radicular nos membros inferiores, região perineal, disestesias ou hipopostasias. Apesar dos quistos de Tarlov estarem já bem documentados na literatura, nem sempre estão presentes nos nossos diagnósticos diferenciais, sendo na maioria das vezes um achado imagiológico.

Conclusões: Em doentes com doenças imunomediadas que podem cursar com dor lombar inflamatória, o diagnóstico pode ser um desafio devido aos fatores confundidores existentes, sendo necessária a realização de estudo complementar adequado. O reconhecimento dos quistos de Tarlov na etiologia da dor lombar tem sido negligenciado, sendo o seu diagnóstico essencial para a correta orientação do doente e posterior abordagem terapêutica. Este caso evidencia a necessidade do estudo diferencial da lombalgia em todos os doentes, com exclusão de outras causas menos observadas na prática clínica.

PO 42 - UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL EM CONTEXTO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Mariana da Silva Leal¹; Priscila Silva¹;
Ana Carolina Pereira¹; Renata Aguiar¹; Anabela Barcelos¹
1. Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune com potencial envolvimento multissistémico, com apresentação clínica diversificada. A dor abdominal é um sintoma relativamente comum, decorrente de processos inflamatórios associados à progressão da doença, de complicações relacionadas com a terapêutica ou de infeções. A paniculite mesentérica caracteriza-se por uma inflamação crónica do tecido adiposo, cuja patogénese permanece pouco esclarecida, reconhecendo-se o papel da autoimunidade na sua etiologia.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 26 anos, com diagnóstico de LES com envolvimento imunológico, cutâneo (sob a forma de lesões psoriasiformes), vasculítico e Síndrome de Sjögren secundária, admitida no serviço de urgência por dor abdominal recorrente com 3 semanas de evolução, sem outra sintomatologia associada. Do estudo complementar, ecografia abdominal com massa periumbilical de causa não esclarecida, tendo sido medicada com anti-inflamatório não esteróide durante 10 dias. Reavaliada por manutenção das queixas, objetivou-se distensão abdominal com massa periumbilical palpável e dolorosa. Analiticamente com discreta elevação da proteína C reativa (0.99mg/dL) e da velocidade de sedimentação (28mm), sem outras alterações. Tomografia Computorizada (TC) abdominal com exuberante densificação difusa da gordura mesentérica, englobando as goteiras parietocólicas e retroperitoneu, compatível com paniculite mesentérica; associadamente, múltiplas formações ganglionares mesentéricas, lombo-aórticas e ilíacas, não adenopáticas. Prosseguiu estudo com realização de biópsia de gânglio inguinal, com exame anátomo-patológico a mostrar características reativas de padrão misto e fibrose do hilo, interpretado em contexto de atividade da doença. Iniciou prednisolona 0.5mg/Kg/dia com resposta inicialmente lenta à terapêutica instituída. Foi reavaliada após 3 meses com resolução da dor abdominal; ao exame objetivo, regressão parcial das formações nodulares, com manutenção de achados ecográficos compatíveis com paniculite mesentérica. Posteriormente realizou RMN-abdominal, com aumento difuso da intensidade de sinal nas ponderações sensíveis

ao líquido da gordura da raiz do mesentério, a qual se apresentava hipertrofiada, mas menos extensas e sem evidentes lesões sistematizadas a este nível, interpretada como melhoria do padrão inflamatório.

Discussão: A paniculite mesentérica é uma patologia rara, havendo apenas 4 casos descritos na literatura da sua ocorrência como manifestação de LES. Apresenta-se o caso de uma doente com diagnóstico conhecido de LES que se apresentou com dor abdominal subaguda, com TC-abdominal compatível com paniculite mesentérica. A marcha diagnóstica nestes doentes pode ser desafiante, implicando exclusão de complicações gastrointestinais da doença, sendo a TC o exame de eleição. Apesar da evidência histológica ser necessária para o diagnóstico definitivo, considerando os achados imagiológicos, a biópsia ganglionar, a resposta clínica ao tratamento e o risco não negligenciável da biópsia, assumido o diagnóstico de paniculite mesentérica em contexto de LES. A corticoterapia mostrou-se eficaz em doentes com componente inflamatório podendo, no entanto, haver uma resposta lenta ao tratamento, descrita nomeadamente em doentes com doença autoimune associada. A resposta terapêutica avalia-se pela evolução clínica, havendo pouca correlação com a evolução radiológica.

Conclusões: A paniculite mesentérica deve ser reconhecida como uma possível entidade na dor abdominal no doente com LES, podendo ocorrer como primeira manifestação da doença. A discussão multidisciplinar com marcha diagnóstica adequada torna-se essencial no diagnóstico e na abordagem terapêutica. A evolução clínica é o principal fator a ser avaliado na resposta à terapêutica, sendo as avaliações imagiológica e analítica fracos preditores de sucesso terapêutico.

PO 43 - VASCULITE DE PEQUENOS E MÉDIOS VASOS COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Joao Paulo Vilas-Boas¹

1. Centro Hospitalar Baixo Vouga

Introdução: A doença inflamatória intestinal (DII) possui inúmeras manifestações extra-intestinais, nem todas facilmente reconhecidas. Expomos o caso de um doente com presença de nódulos subcutâneos nos membros inferiores associados a quadro constitucional e dejeções diarreicas. Foi diagnosticada vasculite de pequenos e médios vasos associada à DII, uma associação rara.

Caso Clínico: Jovem de 19 anos, que recorreu à consulta de Reumatologia por nódulos cutâneos eritema-

tosos em ambos os membros inferiores, dolorosos, com cerca de dois meses de evolução, levando a compromisso na marcha. Associadamente às lesões cutâneas apresentava astenia generalizada, anorexia e perda ponderal de 6Kg em dois meses. Referia também episódios intermitentes de carácter crónico de dor abdominal generalizada, bem como dejeções diarreicas sem presença de muco ou sangue. Relatava ainda história de aftose oral recorrente. Negava queixas de outros órgãos e sistemas. Como antecedentes relevantes destacamos cirurgia a abcesso perianal. Não cumpria medicação crónica. Ao exame físico foram observados múltiplos nódulos eritematosos em nos membros inferiores, tendo inicialmente sido interpretados como eritema nodoso. O estudo complementar inicial demonstrou anemia normocítica e normocrómica, elevação dos parâmetros inflamatórios (VS 46 mm/s; PCR 8,2 mg/dL), ANAs positivos com título de 1/160, p-ANCA e c-ANCA negativos. Sem outras alterações analíticas relevantes. Foi medicado com prednisolona oral 10mg/dia com posterior esquema de desmame. Inicialmente, verificou-se melhoria do estado geral e diminuição da extensão das lesões cutâneas, mas com novo agravamento após redução da dose para 5mg/dia. Para esclarecimento etiológico das lesões cutâneas foi realizada biópsia de um dos nódulos, cujo relatório anátomo-patológico descreveu um infiltrado misto predominantemente perivascular, com infiltração de células inflamatórias nas paredes vasculares, compatível com um processo vasculítico de atingimento de pequenos e médios vasos. Dois meses depois teve um episódio de retorragias de novo. A colonoscopia revelou ulcerações no íleo terminal e histologicamente ileíte crónica. A calprotectina fecal estava elevada (775ug/g). Foi excluído o envolvimento de outros órgãos e sistemas. Foi assumido como diagnóstico mais provável uma vasculite de pequenos e médios vasos como manifestação inicial de uma DII.

Discussão: A DII corresponde a um grupo de condições crónicas inflamatórias que afetam o tubo digestivo, sendo a doença de Crohn e a colite ulcerosa as principais patologias. Cerca de um terço dos doentes desenvolvem manifestações extraintestinais, sendo as mais comuns as dermatológicas. As alterações cutâneas surgem geralmente durante o curso da doença, embora em 10% dos casos possam ser a apresentação inicial. Incluem não apenas entidades como o eritema nodoso e o pioderma gangrenoso, mas também manifestações mais raras como a síndrome de Sweet, a doença de Crohn metastática e as associadas às vasculites. Existem

diversas publicações que associam várias classes de vasculites à DII, especialmente a arterite de Takayasu e a granulomatosa com poliangeíte, contudo a literatura sobre esta associação permanece escassa. As vasculites observadas nos doentes com DII afetam predominantemente a pele, estando descritas lesões como púrpura palpável, úlceras, rash maculopapular e a presença de nódulos cutâneos. De assinalar que as vasculites também podem levar a manifestações gastrointestinais, pelo que podem ocasionalmente mimetizar uma DII.

Conclusão: Este caso ilustra um doente com DII com uma vasculite de pequenos e médios vasos como a manifestação inicial da doença. As lesões cutâneas de vasculite associadas à DII, apesar de serem descritas como raras, podem estar na verdade subvalorizadas. As manifestações extra-intestinais imuno-mediadas devem ser sempre procuradas num doente com suspeita de DII dado que podem ter importantes implicações na terapêutica e prognóstico.

PO 44 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA DOENÇA ÓSSEA DE PAGET NUMA UNIDADE DO INTERIOR DO PAÍS

Cátia Cristina¹; Catarina Silva²; Tiago Miranda³; Joana Baptista¹; Renato Brilhante¹; Svitlana Kachan⁴; Pedro Abreu⁵

1. USF Beira Saúde, ULS Castelo Branco, EPE
2. UCSP S. Tiago Saúde, ULS Castelo Branco, EPE
3. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior
4. UCSP S. Miguel, ULS Castelo Branco, EPE
5. Unidade de Reumatologia, ULS Castelo Branco, EPE

Introdução: A prevalência e a apresentação clínica e demográfica da Doença Óssea de Paget (DOP) podem variar consoante a população. Dado a morbilidade que esta doença pode causar, é importante conhecer as suas características.

Objetivo: Avaliar os parâmetros clínicos e demográficos de pacientes com DOP seguidos em consulta na Unidade de Reumatologia de Castelo Branco.

Material e métodos: Estudo observacional e retrospectivo dos utentes com DOP até junho de 2020, com o código diagnóstico 731.0 da ICD-9, com recolha de dados do processo clínico eletrónico e tratamento de dados no programa *Microsoft Excel*®.

Resultados – Foram encontrados 8 diagnósticos com preponderância masculina (87,5%), com uma média de idades de 72 anos e uma média de idades ao diagnóstico de 67 anos. As principais características clíni-

cas foram dor óssea e dor lombar. Nesta população não foram encontradas fraturas e todos apresentaram envolvimento ósseo típico. Nenhum doente tinha história familiar de DOP. 12,5% (n=1) dos doentes têm doença polioestótica, sendo que os restantes têm doença monostótica. Pélvis (62,5%), coluna (12,5%) e fémur (37,5%) são os locais mais afetados. O perfil bioquímico ao diagnóstico tinha uma Fosfatase Alcalina (FA) média de 179 IU/L (de 63-421 IU/L), média de cálcio sérico de 9,3 mg/dL, média de iPTH de 48,9 pg/mL (de 17,8-112,3 pg/mL) e média de 25-hidroxivitamina D de 24,4 ng/mL. Todos os doentes tinham cintigrafia óssea e todos necessitaram de tratamento. Bifosfonato endovenoso (EV) foi o tratamento mais utilizado (100% dos doentes foram tratados com 5mg de ácido zolendróico EV). A maioria dos doentes respondeu bem ao tratamento, com diminuição dos níveis de FA (média de 81,7 IU/L, de 57-96 IU/L). Um doente (12,5%) ainda não realizou análises de reavaliação, um doente (12,5%) abandonou o seguimento, todos os outros mantêm-se na consulta.

Discussão/Conclusões – Neste grupo de doentes com DOP, há uma maioria masculina e de doença monostótica, sem história familiar significativa. As características clínicas e bioquímicas clássicas responderam bem à terapêutica com bifosfonatos. As características demográficas e de apresentação clínica diferem da maioria dos estudos, o que se pode dever ao reduzido número da amostra.

PO 45 - QUANDO A IDADE AVANÇA E A OSTEOPOROSE TAMBÉM

Cátia Cristina¹; Catarina Silva²; Joana Baptista¹; Renato Brilhante¹; Svitlana Kachan³; Pedro Abreu⁴

1. USF Beira Saúde, ULS Castelo Branco, EPE
2. UCSP S. Tiago Saúde, ULS Castelo Branco, EPE
3. UCSP S. Miguel, ULS Castelo Branco, EPE
4. Unidade de Reumatologia, ULS Castelo Branco, EPE; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: A Osteoporose (OP) caracteriza-se por uma redução da massa óssea com aumento de fragilidade do osso, levando muitas vezes a fraturas de fragilidade. A dor e incapacidade funcional resultantes são a grande causa da morbilidade provocada por esta doença. Com uma prevalência estimada de 10,2% na população portuguesa em 2011-2013, particularmente no sexo feminino, o seu diagnóstico e gestão são essenciais na redução da dor crónica e na prevenção do

aumento de dependência nos idosos.

Caso Clínico: Mulher de 92 anos, polimedicada, parcialmente dependente nas atividades de vida diárias e com quedas frequentes, recorre repetidamente a consultas por dor crónica osteoarticular de difícil gestão. De momento mais focada na dor dorso-lombar, com irradiação às ancas, com evolução de várias décadas. Exame objetivo: IMC de 19,5 kg/m², cifose dorsal acentuada (aparentemente a agravar desde há mais de 30 anos). Refere baixo aporte de cálcio na dieta com um FRAX calculado de 27% para fratura maior osteoporótica e de 18% para fratura da anca. Analiticamente com défice de vitamina D (8,31 ng/mL), níveis de paratormona e cálcio normais, com uma taxa de filtração glomerular de 41 mL/min. A radiografia dorsal e lombar revela escoliose, sinais de osteoartrose, bem como várias fraturas vertebrais. Após contacto com o Reumatologista, decide-se iniciar tratamento com denosumab subcutâneo de 6/6 meses, juntamente com calcifediol 0,266 mg a cada duas semanas e cálcio oral diariamente.

Discussão: Tendo em conta a relação custo-benefício, optou-se por iniciar terapêutica com denosumab, para prevenção de novas fraturas. Apesar do contexto inicial se focar na gestão da dor, tornou-se uma prioridade não permitir que a situação se continuasse a deteriorar, com provável aumento do nível de dependência caso houvesse nova fratura, o que foi facilitado pela articulação entre especialidades.

Conclusões: A OP é uma doença que pode ser atrasada ou prevenida através de modificações do estilo de vida, cuja morbilidade poderá ser evitada se for diagnosticada e tratada atempadamente.

PO 46 - ANÁLISE COMPARATIVA DA FREQUÊNCIA DOS SINTOMAS GASTRO-INTESTINAIS NA AVALIAÇÃO CLÍNICA E NO UCLA SCTC GIT 2.0

Beatriz Samões¹; Diogo Fonseca¹; Romana Vieira¹; Taciana Videira¹; Abelha Aleixo¹; Patrícia Pinto¹; Miguel Guerra²

1. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho
2. Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Introdução: Estima-se que o tracto gastrointestinal (GI) esteja envolvido em cerca de 90% dos doentes com Esclerose Sistémica (ES). O questionário UCLA Scleroderma Clinical Trials Consortium Gastrointestinal Tract 2.0 (UCLA SCTC GIT 2.0) foi validado em vários países como uma ferramenta útil na avaliação dos sin-

tomas GI nesta patologia.

Objectivos: Avaliar se a aplicação do questionário é uma mais-valia na prática clínica ao comparar a frequência de sintomas GI apurados durante a avaliação clínica na consulta vs. aplicação do questionário.

Material e métodos: Foi realizado um estudo transversal numa coorte de doentes com ES. Durante a consulta, os doentes foram questionados quanto à presença de sintomas GI e foi entregue o questionário UCLA SCTC GIT 2.0 para preenchimento. Foram avaliados os subgrupos que analisam o refluxo, a distensão abdominal, a sujidade, a diarreia e a obstipação e as suas respostas foram transformadas em variáveis dicotómicas (presente/ausente). A análise estatística foi realizada usando IBM SPSS Statistics 26®.

Resultados: Foram incluídos 27 doentes, a maioria do sexo feminino [n = 23 (85.2%)], com uma média de idades de 53.3 ± 13.5 anos. Todos os doentes cumpriam os critérios de classificação de Leroy/medsger de 2001 ou ACR/EULAR de 2013: 14 (51.9%) tinham ES limitada, 6 (22.2%) tinham um Síndrome de Sobreposição, 4 (14.8%) tinham ES difusa e 3 (11.1%) tinham ES precoce. A prevalência dos sintomas em todos os subgrupos avaliados foi superior no questionário do que na avaliação clínica, observando-se uma diferença estatisticamente significativa no subgrupo refluxo [n = 16 (59.3%) vs. n = 13 (48.1%), p=0.018]. Nos restantes subgrupos, esta diferença, embora não estatisticamente significativa, também se verificou [distensão abdominal n = 20 (74.2%) vs. n = 1 (3.7%), p = 1.0; sujidade n = 2 (7.4%) vs. n = 0 (0%); diarreia n = 22 (91.7%) vs. n = 3 (11.1%), p = 1.0; obstipação n = 11 (40.7%) vs. n = 4 (14.8%), p = 0.273]. Na avaliação clínica, 12 doentes diziam-se assintomáticos do ponto de vista GI, mas todos eles reportaram algum sintoma GI durante o preenchimento do questionário. Os subgrupos em que a discordância entre as respostas durante a avaliação clínica e o preenchimento do questionário foi mais frequente foram a distensão [n = 19 (70.4%) e a diarreia [n = 19 (79.2%)].

Discussão/Conclusões: A detecção dos sintomas GI é importante, uma vez que o envolvimento GI na ES é dos mais frequentes, contribuindo para a morbidade e mortalidade nesta patologia. Os resultados do presente estudo permitem reforçar a utilidade do questionário UCLA SCTC GIT 2.0, habitualmente mais aplicado em contexto de ensaios clínicos, na prática clínica, ao concluir que este permite encontrar mais sintomas GI nos doentes com ES do que a avaliação clínica em ambiente de consulta, sendo esta diferença estatisticamente

significativa no subgrupo que avalia o refluxo. A diferença considerável encontrada nos subgrupos que avaliam sintomas do tracto GI baixo, como a diarreia e a obstipação, embora sem significado estatístico, pode dever-se ao facto do doente não se sentir confortável ao falar sobre eles, dificuldade que pode ser contornada com a aplicação do questionário. Por outro lado, esta ferramenta também pode ser um meio de quantificar a gravidade dos sintomas, monitorizar a sua evolução e de rentabilizar o tempo de consulta. São precisos mais estudos com amostras maiores para continuar a estudar o seu papel na prática clínica.

PO 47 - DESAFIOS DA INTERPRETAÇÃO DA RESSONÂNCIA NA ESPONDILARTRITE

Beatriz Samões¹; Diogo Fonseca¹; Miguel Guerra²; Romana Vieira¹; Taciana Videira¹; Abelha Aleixo¹; Patrícia Pinto¹

1. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho
2. Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Introdução: A ressonância magnética (RM) tem adquirido uma importância crescente no diagnóstico de Espondilartrite axial (SpAax) ao detectar precocemente alterações inflamatórias das articulações sacroilíacas (SI) e da coluna. É também usada no diagnóstico de outras patologias que envolvem o sistema nervoso central (SNC) e outros tecidos moles. No entanto, a sua interpretação nem sempre é linear.

Caso clínico: Homem de 31 anos com antecedentes de exérese de tumor epidermóide intra-medular em T1-T4 em 1997 e 2005 e sob esclarbazepina 800 mg/dia por epilepsia. Recorreu à consulta de Reumatologia em 2018 por dor nadegueira com agravamento nocturno e ao início da marcha e alívio com anti-inflamatório. Tinha ainda dor disestésica desde a face lateral da coxa até ao tornozelo direitos com falta de força. Ao exame objectivo com coxalgia lateral à direita na manobra de Faber-Patrick, restantes manobras de avaliação das SI negativas, sem alterações na mobilidade e sem artrite. Reflexos vivos e simétricos, sem área alargada, alteração da força, da sensibilidade ou da marcha. Apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios (VS 47 mm/h e PCR 3.15 mg/dL) e HLA-B27 negativo, radiografia da bacia com esclerose do lado ilíaco da articulação SI direita e uma RM dorsal prévia (2012) com edema medular ósseo dos corpos vertebrais D3 e D4 com extensão aos elementos posteriores, com componente de tecidos moles a envolver os buracos de con-

jugação entre D1-D2 e D2-D3 e a região paravertebral lateral direita com extensão epidural de D3 a D6 e moldagem do cordão medular por D4, assumindo-se provável resíduo ou recidiva tumoral. Iniciou acetaminofina 90 mg/dia com melhoria sintomática e analítica (VS 29 mm/h e PCR 1.76 mg/dL). Realizou RM das SI que mostrava alterações compatíveis com sacroileíte direita e RM dorsal que descrevia estabilidade das lesões ao nível do buraco de conjugação de D3-D4, podendo corresponder a processo fibrótico/cicatricial, da região intracanal extra-dural posterior entre D3-D4 e D5, de espessura mais reduzida, e dos elementos posteriores esquerdos de D3 e D4 com associação de pequeno componente de tecidos moles, podendo reflectir infiltração tumoral. As alterações da RM dorsal foram discutidas com a Radiologia para avaliar eventual contexto inflamatório/neoplásico. Considerou como causa mais provável a seqüela cirúrgica e sugeriu reavaliação em 6 meses cujo relatório descrevia progressão discreta relativamente ao exame anterior e levantou a hipótese de etiologia inflamatória para as lesões dos corpos e elementos vertebrais posteriores. Cerca de 16 meses depois, foi internado por uma sépsis por infecção do SNC envolvendo a medula espinhal, meninges e tecidos moles perivertebrais. Iniciou antibioterapia empírica com vancomicina e meropenem e corticoterapia endovenosa. Foram isolados *Streptococcus intermedius* multissensível nas hemoculturas e *Candida albicans* no líquido cefalo-raquidiano, tendo-se adicionado fluconazol. Por agravamento neurológico ao 10º dia de internamento, necessitou de cirurgia, mas sem recuperação da consciência no pós-operatório por vasculite infecciosa. Faleceu ao 17º dia de internamento.

Discussão: Este caso destaca-se pela dificuldade da interpretação da RM, cujas alterações foram observadas por diferentes radiologistas e que dada a sua inespecificidade e estabilidade foram interpretadas como seqüela pós-cirúrgica, quando na verdade poderiam já traduzir uma infecção indolente que veio a revelar-se fatal. Os agentes isolados estão descritos como causadores de infecções pós-cirúrgicas, nomeadamente com formação de abscessos do SNC. Num indivíduo jovem com lombalgia nocturna e com elevação dos parâmetros inflamatórios os diagnósticos de infecção/neoplasia devem ser excluídos, ainda que cumpra critérios de classificação ASAS de SpAax.

Conclusões: A interpretação da RMN é dependente do operador e devemos estar atentos a outros sinais clínicos ou complementares que nos possam ajudar na sua interpretação.

PO 48 - ARTRITE REUMATÓIDE E LEUCEMIA LINFOCÍTICA DE GRANDES CÉLULAS GRANULARES – QUAL A CAUSA? QUAL A CONSEQUÊNCIA?

Diogo Esperança Almeida¹; Emanuel Costa¹;
Joana Sousa Neves¹; Ana Roxo Ribeiro¹;
Marcos Cerqueira¹

1. Serviço de Reumatologia do Hospital de Braga

Introdução: A artrite reumatóide (AR) é uma doença reumática inflamatória que, apesar de se caracterizar por envolvimento articular preponderante, tem manifestações extra-articulares importantes. A leucemia linfocítica de grandes células granulares (LGL) é uma doença hematológica cuja fisiopatologia se baseia na proliferação de um clone de linfócitos grandes granulares, com invasão do sangue periférico e da medula óssea, e cujas manifestações mais usuais são esplenomegalia, citopenias, com neutropenia em particular, e intercorrências infecciosas facilitadas pela última. Encontra-se mais frequentemente associada a doenças imunomediadas do que de forma “primária”, podendo ser uma complicação habitualmente tardia de AR. Nesses casos, o seu curso é, em regra, crónico e indolente. O metotrexato está indicado em primeira linha tanto no tratamento da AR como da LGL.

Caso Clínico: Doente de 38 anos de idade, em seguimento em consulta de hemato-oncologia desde 2017 por neutropenia, linfocitose e hipergamaglobulinemia, detectadas em análises de rotina e sem qualquer queixa associada. Do estudo por esta especialidade, destacava-se expansão clonal de células CD8+ no sangue periférico e medula óssea, que conduziu ao diagnóstico de LGL. Não foi instituída terapêutica, mantendo apenas vigilância clínica e analítica. Em 2019, desenvolveu episódios frequentes e autolimitados de sintomas e sinais inflamatórios articulares a envolver joelhos, cotovelos, punhos e articulações das mãos. Em primeira avaliação por reumatologia, destacava-se antecedente familiar de AR numa irmã e não foram reportadas queixas extra-articulares. A avaliação complementar mostrou positividade em títulos elevados de factor reumatoide (FR) e anticorpos anti-peptídeos citrulinados (antiCCP), uricemia dentro da normalidade, elevação de parâmetros inflamatórios e ausência de evolução erosiva radiográfica. Foi estabelecido um diagnóstico de AR e iniciou terapêutica com metotrexato, com boa resposta clínica sustentada e melhoria das contagens de neutrófilos.

Discussão: Até 25% dos doentes com LGL têm AR.

Ainda assim, a ocorrência de LGL em doentes com AR é incomum e encontra-se mais frequentemente descrita em doentes com longo curso de doença. Especula-se que esta entidade e a síndrome de Felty (SF) façam parte de um mesmo espectro de doença hematológica, uma vez que as manifestações são semelhantes, com a provável diferença a residir na expansão mono ou policlonal dos linfócitos granulares e na severidade do quadro articular inflamatório (maior na SF). O surgimento concomitante de AR e LGL também se encontra descrito e as possibilidades de a expansão clonal na base da LGL preceder o desenvolvimento de AR ou de fazerem parte de um mesmo processo patológico também têm vindo a ser levantadas. No caso descrito, o início de manifestações de LGL e o seu diagnóstico precedeu largamente o início de manifestações clínicas atribuíveis a uma eventual artropatia inflamatória imunomediada. Por conseguinte, o valor da sua descrição reside na dificuldade em discernir, numa primeira avaliação, a causa e a consequência: seria a LGL em 2017 já uma consequência de um quadro de AR “pré-clínica” ou será o quadro inflamatório articular neste doente uma manifestação paraneoplásica de uma entidade que ocorre com pouca frequência de uma forma primária/isolada? Ainda que atípico em qualquer um dos cenários, neste caso particular, a positividade de FR e antiCCP e a história familiar favorecem a primeira hipótese.

Conclusões: Apesar do envolvimento articular dominante, a AR tem manifestações extra-articulares importantes, nomeadamente hematológicas, que todos os reumatologistas devem conhecer. A possibilidade de queixas músculo-esqueléticas constituírem manifestação de uma doença neoplásica deve sempre ser integrada no raciocínio clínico quando a história clínica o indicia. A LGL é uma entidade rara. Contudo, quando surge, encontra-se muitas vezes associada a doenças reumáticas inflamatórias.

PO 49 - “UMA DOR NUNCA VEM SÓ”: A PROPÓSITO DE UM DIAGNÓSTICO ACIDENTAL DE DOENÇA DE FORESTIER

Andreia Morais¹; Rita Moreira¹; Ângela Cerqueira¹

¹USF Tornada

Introdução: A hiperostose esquelética idiopática difusa, também conhecida como hiperostose anquilosante ou doença de Forestier, caracteriza-se por calcificação e ossificação dos ligamentos espinhosos. A sua etiologia permanece desconhecida mas acredita-se que fato-

res mecânicos, ambientais, dieta ou fármacos possam ter um papel importante. Atinge sobretudo homens com mais de 40 anos e os principais sintomas são cervicalgia, toracalgia e/ou lombalgia, bem como dor e diminuição da mobilidade da coluna ou articulações afetadas. Menos frequentemente, pode haver disfagia, dor nas ancas, ombros, cotovelos ou joelhos. No entanto, o diagnóstico pode ser apenas radiológico, na ausência de sintomas. O tratamento consiste em fisioterapia e fármacos como paracetamol, AINES e duloxetina orais ou glicocorticóides injetáveis. Em regra, o prognóstico é favorável.

Caso Clínico: JSB, sexo masculino, 72 anos, caucasiano, praticante regular de atividade física, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 - medicado com metformina, cancro colorretal em fase de remissão e cirurgias a ambos os joelhos por lesões meniscais.

Recorre à consulta aberta da sua Unidade de Saúde Familiar em setembro de 2020 por toracalgia posterior direita com agravamento naquela noite, associando a esforço físico mais intenso realizado há 4 meses. Admitiu-se contratura muscular e foi medicado com ciclobenzaprina e naproxeno. Regressa passados 21 dias referindo melhoria sintomática nos primeiros dias mas, após esse período, voltou a ter agravamento da dor na região interescapular e nas ancas (de novo) que agrava quando se senta. Solicitam-se radiografias da coluna cervico-toraco-lombar e medica-se com diazepam e tramadol + paracetamol, por resistência à terapêutica anterior. Decorridas cerca de 2 semanas, mantém queixas algicas, com intolerância à medicação instituída. As radiografias da coluna revelaram “a nível cervical, doença de Forestier, com aguçamento das apófises unciformes, osteofitose marginal dos pratos epifisários em L1-L2 e artrose das inter-apofisárias posteriores lombares”. Tem nova consulta 3 dias depois, acrescentando às queixas anteriores omalgia esquerda, cervicalgia e dor na coxa e joelhos direitos. Solicitam-se radiografias da anca e joelho, que revelam osteoartrose marcada da articulação coxo-femural direita, e a terapêutica é alterada para tramadol + dextetoprofeno. regressa a consulta por dor intensa no membro inferior direito com edema da metade inferior e sinal de Homans positivo. Solicita-se ecodoppler venoso do membro, que confirma trombose venosa profunda. Inicia terapêutica com rivaroxabano a 30 de outubro.

Discussão: O caso descrito realça a importância da procura de uma causa etiológica para qualquer dor musculoesquelética que surge pela primeira vez e de forma progressivamente incapacitante num doente au-

tónomo, ativo e sem história de dor osteoarticular prévia. O achado imagiológico de doença de Forestier despertou-nos especial interesse, aliado ao facto de, a cada consulta, apresentar novas queixas álgicas, com uma progressão rápida – cerca de 2 meses. As características epidemiológicas da doença são compatíveis com o sexo e idade do doente. As dores osteoarticulares deste doente foram-se tornando progressivamente incapacitantes, tendo ficado neste período mais imobilizado, o que poderá ter contribuído para o desenvolvimento do evento trombótico.

Salienta-se ainda neste caso, o desafio de instituição terapêutica, quer pelos efeitos adversos, quer pela ausência de resposta.

Conclusões: Com este caso pretendemos alertar para as queixas agudas frequentes na nossa consulta, e que por vezes escondem desafios etiológicos mais complexos.

PO 50 - MÉDICO DE FAMÍLIA, UM DETETIVE EM SAÚDE

Ângela Figueiredo Costa¹; Afonso Carvalhal¹; Gabriela Veloso¹; Afonso Batista¹

1. USF Senhora de Vagos

Introdução: A Polimialgia Reumática (PMR) afeta essencialmente mulheres acima dos 60 anos. Apresenta uma etiologia ainda desconhecida, mas fatores ambientais e genéticos parecem ter alguma influência na sua gênese. Os sintomas são tipicamente dor de ritmo inflamatório e rigidez acentuada das cinturas pélvica e escapular, de início subagudo e de agravamento progressivo. Pode apresentar-se associada a arterite temporal (urgência médica) e sintomas sistémicos como febre, fadiga, anorexia e perda de peso. Como tal, uma história clínica e um exame físico detalhados, complementados com um estudo laboratorial e imagiológico permitem-nos fazer um diagnóstico e tratamento dirigido.

Caso Clínico: Mulher de 68 anos, medicada com atorvastatina 20mg id. Sem antecedentes pessoais relevantes. Em consulta não presencial, solicita receita de Naproxeno 500mg. Ao consultar o processo constata-se que é o terceiro pedido desta medicação nos últimos 2 meses – na altura introduzida por queixas músculo-esqueléticas de novo. Contacta-se telefonicamente a utente para esclarecimento. Previamente autónoma, refere início subagudo e agravamento progressivo de dor nas cinturas escapular e pélvica, mãos e joelhos; rigidez matinal superior a 30min e limitação nas AVD's (movi-

mentar-se na cama, levantar-se, vestir-se, pentear-se, lavar a loiça, higiene pessoal, ...). Convoca-se para uma consulta presencial e ao exame objetivo apresenta dor, limitação e rigidez dos movimentos das cinturas pélvica e escapular, com dor irradiada para a região cervical e dorso-lombar; edema das mãos (+ direita); squeeze test positivo bilateralmente. Negava cefaleias, alterações visuais ou perda de peso. Rastreios oncológicos negativos. Foi pedido estudo analítico e imagiológico, destacando-se discreta anemia normocítica-normocrômica, leucocitose, trombocitose, VS e PCR aumentadas, ANA's positivos, FR positivo. Colocou-se como hipóteses de diagnóstico PMR ou Artrite reumatoide do idoso de apresentação PMR-like. Contactou-se colega de Reumatologia para discussão do caso e introdução de terapêutica imediata dadas as queixas marcadas da utente. O colega confirmou suspeitas diagnósticas, optando-se por suspender medicação anti-inflamatória em curso, e iniciar prednisolona 15mg oral e Calcitab-D®. Referenciou-se a utente para a especialidade de Reumatologia para posterior avaliação e orientação. Contactada posteriormente para reavaliação, refere melhoria marcada das queixas.

Discussão: A PMR pode ser facilmente confundida com uma patologia osteoarticular degenerativa se não valorizarmos os sintomas dos utentes nestas faixas etárias e se não possuímos conhecimentos robustos na área da reumatologia. Assim sendo, é de extrema importância a colheita de uma boa história clínica e realização de um exame objetivo dirigido. Neste caso em particular, o facto de estarmos a enfrentar a pandemia pelo SARS-CoV-2 (em plena fase de desconfinamento), com redução marcada de consultas presenciais levou a um atraso no diagnóstico desta patologia, com consequências negativas para a nossa utente. De realçar a importância de associar suplementação de cálcio para prevenção de osteoporose secundária à terapêutica com corticoides.

Conclusão: A PMR é uma patologia relativamente comum nos Cuidados de Saúde Primários. Implica um diagnóstico, tratamento e acompanhamento cuidados e ao longo do tempo. Este caso clínico pretende realçar a importância de um olhar atento e crítico do médico de família (MF) em todas as situações, sejam elas presenciais ou não. Todos os contactos devem ser uma oportunidade para o MF rever o processo clínico e a medicação dos seus utentes. No entanto, a lista extensa de utentes e a grande procura de cuidados médicos dificultam essa abordagem.

PO 51 - SÍNDROME DE MCCUNE-ALBRIGHT

Margarida Faria¹; Alberto Quintal¹; Lídia Teixeira¹; Mário Rodrigues¹

I. SESARAM

Introdução: A síndrome de McCune-Albright é uma doença rara, com uma prevalência de 1 em 100,000 a 1 em 1,000,000, caracterizada por displasia fibrosa óssea, manchas *café-au-lait* e endocrinopatias hiperfuncionantes. A displasia fibrosa é uma condição óssea benigna, na qual ocorrem substituição da porção medular do osso por tecido conjuntivo fibroso e uma perturbação da diferenciação osteoblástica, que acometer um só osso – monostótica, ou vários ossos – poliostótica. Conseqüentemente, a maioria dos pacientes apresenta fraturas de baixo impacto, deformação óssea e dor óssea. A tradução radiográfica desta condição tem características específicas conforme o osso afetado. O diagnóstico de síndrome de McCune-Albright num paciente com displasia fibrosa requer a presença de, pelo menos, uma manifestação extra-esquelética.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 56 anos, caucasiano, observado na consulta de Reumatologia no contexto de antecedentes de fraturas de fragilidade do osso ilíaco, tibia e fémur direitos. Ao exame objetivo, apresentava escoliose lombar esquerda, dismetria dos membros inferiores e deformações nos ossos do crânio. Analiticamente, a destacar a hipofosfatemia (1.51 mg/dL), défice de vitamina D (20 ng/mL) e níveis ele-

vados de fosfatase alcalina (238 UI/L), de hormona paratiroideia (99.9 pg/mL) e de osteocalcina (92.3 ng/mL). Na radiografia pélvica, observa-se, no osso ilíaco e fémur direitos, um osso cortical de espessura reduzida e lesões ósseas quísticas e expansivas, com aspeto em “fundo de garrafa” que condicionam, ao nível do fémur proximal, a típica deformação em “bastão de pastor” (Fig. 1). A tomografia computadorizada crânio-encefálica revelou a presença de lesões ósseas líticas e expansivas com a típica de aparência em vidro fosco (Fig. 2). A avaliação da presença de outras endocrinopatias conduziu ao diagnóstico de hipertiroidismo. Neste sentido, o doente foi, inicialmente, medicado com hexafosfato de inositol 200 mg/dia e calcitriol 0,25 mcg/dia e, posteriormente, com 70 mg de ácido alendrónico por semana.

Discussão: Neste caso clínico, a história de fraturas de baixo impacto e deformação dos ossos do crânio motivaram uma avaliação imagiológica e do metabolismo fosfocálcio. Destes resultaram a identificação de lesões ósseas características de displasia fibrosa, neste caso poliostótica com envolvimento dos ossos do crânio e envolvimento unilateral do esqueleto apendicular, e de hiperparatiroidismo hipofosfatémico. Perante a suspeição clínica de síndrome de McCune-Albright, foram requisitados doseamentos hormonais e feito o diagnóstico de hipertiroidismo.

Conclusão: A síndrome de McCune-Albright é uma doença rara, para a qual o médico deve estar alerta



Imagem 1: Radiografia da bacia, do doente do caso clínico, onde se podem observar lesões de displasia fibrosa no osso ilíaco e fémur direitos e metade direita do osso sacrado. Note ainda, a deformação em “bastão de pastor”, característica do envolvimento do fémur proximal.

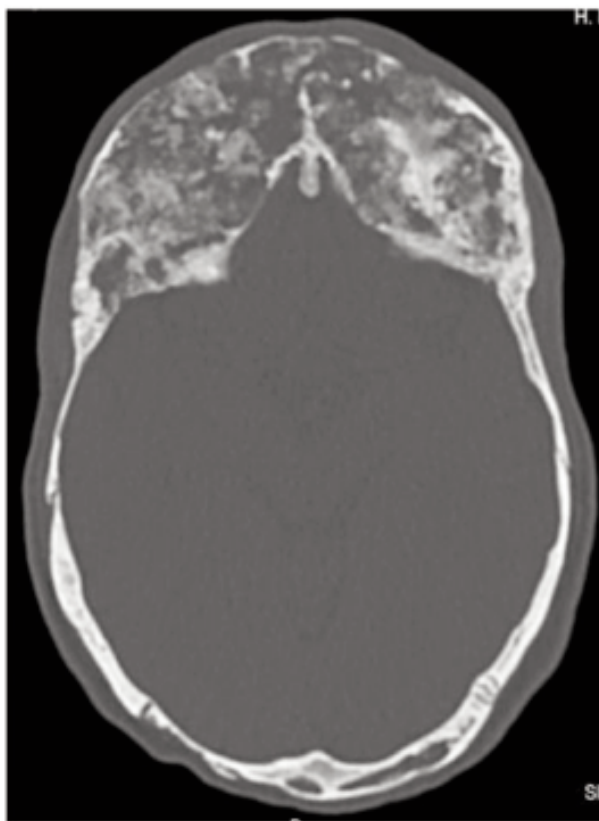


Imagem 2: A tomografia computadorizada crânio-encefálica, do doente apresentado no caso clínico, onde se podem observar lesões com aparência em vidro fosco, características do envolvimento dos ossos crânio-encefálicos.

quando um doente apresenta displasia fibrosa uma vez que, poderá coexistir uma endocrinopatia não diagnosticada. Das alterações endócrinas que deverão ser ativamente pesquisadas no doente com displasia fibrosa, destacam-se o hipertiroidismo, hiperparatiroidismo primário, osteomalácia hipofosforémica hipofosfatúrica, hipercortisolismo, acromegalia e hiperprolactinemia. Apesar de não terem efeito no curso natural da doença, os bifosfonatos são efetivos no alívio da dor óssea, sobretudo no envolvimento no esqueleto axial e apendicular, conferindo uma melhor qualidade de vida a estes pacientes. Além do tratamento da dor, importa o tratamento do hiperparatiroidismo hipofosfatémico, frequentemente presente, e de outras endocrinopatias identificadas.

PO 52 - CALÇADO ORTOPÉDICO E ORTÓTESES DE PÉ EM PATOLOGIA REUMATOLÓGICA

Rita Santos¹; José Bernardo Ferreira¹; André Canelas¹; Filipa Januário¹

1. Centro Hospitalar de Leiria, Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

Introdução: As alterações estruturais e funcionais que ocorrem ao nível do pé no doente com artropatia inflamatória afetam frequentemente a marcha e a mobilidade, constituem uma causa de dor e de limitação na realização de atividades de vida diária, levando consequentemente a um importante impacto na qualidade de vida. Na artrite reumatóide, o envolvimento dos pés atinge cerca de 90% dos doentes. Numa fase precoce, os doentes denotam o calçado apertado, devido ao edema associado à sinovite, optando muitas vezes por adquirir calçado de um tamanho superior. Numa fase já avançada e estabelecida da doença, à medida que as deformidades agravam, ocorrem importantes alterações na estrutura anatómica do pé, que podem incluir pés planovalgus (até 50%), hallux abducto-valgus, dedos em garra, estreitamento do calcanhar em relação ao antepé, proeminências na face plantar e lesões por hiperpressão. Também na artrite psoriática ocorrem deformidades no pé, nomeadamente hallux valgus, dedos em garra e em martelo, entesite, dactilite e pés planovalgus. O calçado ortopédico e ortóteses adaptados ao pé reumático têm como principais objetivos preservar a função e a mobilidade do pé, atuando também no alívio da dor. São executados segundo prescrição médica.

Caso Clínico: Foram avaliados dois doentes com artropatia inflamatória com envolvimento do pé em contexto de consulta de Medicina Física e Reabilitação. Uma doente com artrite reumatóide (AR), que apresentava alterações que incluíam hallux valgus, calcâneo valgus, pé triangular e dedos em garra. Um doente com artrite psoriática (AP) pseudo-reumatóide e mutilante, com alterações que incluíam pé planovalgus, hallux valgus e dactilite. Foi prescrito calçado e ortóteses confeccionados à medida. Realizou-se a reavaliação numa segunda consulta, tendo-se verificado a adequabilidade e adaptação ao calçado, a melhoria da capacidade de marcha e alívio da dor.

Discussão: O calçado ortopédico tem como objetivos suportar e limitar o movimento articular, acomodar deformidades, melhorar o padrão de marcha, aliviar zonas de hiperpressão e diminuir a dor. O uso de calçado ortopédico e de ortóteses de pé em doentes com AR é suportado por evidência científica, estando descrito que há melhorias significativas na funcionalidade e dor, quando comparado com os doentes que usam calçado normal. O benefício do calçado ortopédico na AP tam-

bém é evidente, embora menos descrito na literatura. O calçado ortopédico deve incluir características específicas para minimizar o impacto das deformidades na funcionalidade do pé. Estas podem incluir uma gáspea alta e larga para acomodar as deformidades do antepé; um contraforte alto e longo para limitar a mobilidade da articulação do tornozelo; uma barra de balanço para melhorar a propulsão na marcha e diminuir a pressão nas cabeças dos metatarsos. Como ortóteses de pé, poderão ser usadas palmilhas de contacto total que têm um papel importante na redistribuição uniforme da carga em toda a planta do pé, reduzindo pontos de hiperpressão e consequente risco de ulceração; e ortesiologia digital em silicone para acomodar as deformidades dos dedos. Podem ainda ser realizadas modificações no sistema de aperto se o doente apresentar deformidade da mão (por exemplo, velcro).

Conclusões: O uso de calçado ortopédico e ortóteses de pé em doentes com artropatia inflamatória com attingimento do pé são de extrema importância para a funcionalidade do doente, não devendo ser subestimado o seu valor. Estes doentes beneficiam de uma avaliação precoce em consulta de Medicina Física e Reabilitação para a prescrição individualizada destes produtos de apoio. É importante o seguimento destes doentes, pois pode ocorrer agravamento das deformidades com a evolução da doença, tornando-se necessária a readaptação do calçado/ortóteses.

PO 53 - DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL COMO APRESENTAÇÃO DE UMA SÍNDROME ANTI-SINTETASE - A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA ERA COVID-19

Susana P. Silva¹; Bárbara Paracana Oliveira²; Renata Aguiar¹; Inês Cunha¹; Pedro Ferreira³; Andreia do Carmo Lopes²; Mariana Sousa²

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Aveiro

2. Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Aveiro

3. Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Aveiro

A Síndrome Anti-Sintetase (SAS) é uma doença autoimune rara caracterizada pela presença de auto-anticorpos contra uma aminoacil-tRNA sintetase (Ac. anti-histidil-tRNA sintetase). Esta síndrome pode manifestar-se com doença pulmonar intersticial (DPI), artrite, mio-site, fenómeno de Raynaud, febre e/ou hiperqueratose cutânea, sendo considerável a heterogeneidade clínica

que pode apresentar. Faz parte das Miopatias Inflamatórias Idiopáticas (MII), sendo aquela com maior prevalência de DPI, muitas vezes severa e rapidamente progressiva, causando maior morbimortalidade nos seus doentes. Apresenta-se o caso de um doente com DPI em contexto inaugural de SAS.

Homem de 28 anos, autónomo, de nacionalidade indiana, soldador, sem antecedentes pessoais e familiares conhecidos. Recorreu ao serviço de urgência por tosse seca, posteriormente com expectoração mucóide, associada a toracalgia pleurítica, dispneia para pequenos esforços, febre e perda ponderal de 10% do peso corporal prévio, com 3 meses de evolução. Negava outra sintomatologia de órgão ou sistema relevante. À admissão, apresentava-se febril (temperatura auricular 37.8°C), hemodinamicamente bem, com saturação transcutânea de oxihemoglobina de 96% em ar ambiente e murmúrio vesicular diminuído na base esquerda do pulmão. Do estudo efetuado, destacava-se significativa elevação da CPK (41 460 U/L), citólise hepática (AST 941 U/L, ALT 413 U/L) e PCR 1.75 mg/dL, e uma radiografia de tórax com infiltrados intersticiais bilaterais de predomínio inferior. Admitido inicialmente no serviço de Medicina Interna, veio a evoluir com insuficiência respiratória aguda tipo 1 progressiva com necessidade de admissão em Cuidados Intensivos com início de oxigenoterapia de alto fluxo nasal e posterior transferência para Pneumologia. Por suspeição inicial de pneumonia a SARS-CoV-2 realizaram-se vários testes por PCR, incluindo em lavado broncoalveolar, todos negativos. Verificou-se agravamento radiológico para um padrão de Dano Alveolar Difuso em TC torácica de alta resolução. Todo o estudo microbiológico invasivo foi negativo. No estudo imunológico, identificaram-se anticorpos antinucleares positivos (1/320), com anti-Jo1 e anti-Ro52 positivos, e anti-MDA5 negativo. Curiosamente, observou-se melhoria espontânea da CPK. Tendo em conta o agravamento clínico e radiológico e o padrão de anticorpos, assumiu-se DPI em contexto inaugural de SAS. Apresentava uma FVC de 39% e uma DLCO de 51% do previsto em provas de função respiratória. Foi submetido a 3 pulsos de metilprednisolona (1g) endovenosa (EV), seguido de prednisolona oral (1mg/kg/dia), e iniciou terapêutica de indução com ciclofosfamida segundo esquema NIH (750 mg EV). Pela ausência de resposta significativa fez 5 dias de imunoglobulina EV (0.4g/kg/dia). Após melhoria clínica e radiológica parciais teve alta sob esquema regressivo de prednisolona e pulsos de ciclofosfamida mensais e ativação de con-

centrador portátil de oxigénio.

A pandemia da Covid19 tem desviado a atenção médica para a identificação de casos, sobretudo quando a clínica e imagem são altamente sugestivas da infeção. Contudo, este caso relembra-nos a importância da avaliação multidisciplinar (Medicina Interna, Reumatologia e Pneumologia) onde todas as hipóteses devem ser equacionadas. Apesar de cumprir os critérios de diagnóstico de Connors, não preenche os de Solomon. Contudo, são já vários os casos descritos na literatura que relatam DPI como manifestação única da SAS. Além disso, a inexistência de sintomas miopáticos clássicos definidores de Polimiosite não é incomum, podendo inclusive virem a surgir numa fase posterior.

Espera-se que este relato chame à atenção para a DPI como manifestação inicial de uma MII, mesmo que com características clinicamente amiopáticas. Esta hipótese diagnóstica deve ser evocada perante a presença de DPI na presença de um Ac. anti-histidil-tRNA sintetase, dado que o seu reconhecimento precoce pode associar-se à diminuição do risco de mortalidade associado.

PO 54 - AS MUITAS FACES DA SARCOIDOSE: PERSPETIVA DO REUMATOLOGISTA

Emanuel Costa¹; Diogo Esperança Almeida¹;
Margarida Correia¹; Marcos Cerqueira¹;
Ana Roxo Ribeiro¹; Joana Sousa-Neves¹
1. Hospital de Braga

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória sistémica de etiologia desconhecida, caracterizada pela formação de granulomas não caseosos, virtualmente em qualquer órgão, sendo o pulmão o mais afetado. As manifestações musculoesqueléticas da sarcoidose são relativamente comuns, estimando-se que ocorram em até 30% dos doentes.

Caso 1: Mulher de 43 anos, com antecedentes de uveíte intermédia bilateral recorrente. Iniciou quadro de artrite do punho direito e tornozelos. Ecograficamente apresentava hipertrofia sinovial da radiocárpica e tibiotársica à direita, tenossinovite em vários tendões do punho direito e ambos os tornozelos, destacando-se marcada infiltração do tecido celular subcutâneo nos tornozelos e pés. Analiticamente, apenas apresentava elevação de parâmetros inflamatórios. A Tomografia de Alta Resolução do tórax (TCAR-T) revelou várias adenomegalias hilares e mediastínicas, com distribuição simétrica e padrão nodular difuso, de distribuição perilinfática no parênquima (padrão típico).

Caso 2: Mulher de 42 anos, com diagnóstico prévio de Lúpus Eritematoso Sistémico aos 22 anos com envolvimento cutâneo, articular, hematológico e renal. Estava medicada, à data de observação, com micofenolato de mofetil e tinha suspenso, por autoiniciativa, a hidroxiquina. Apresentou-se em consulta com queixas de novo de nódulos eritematosos subcutâneos, dispersos pelas superfícies extensoras dos membros e abdómen. Analiticamente com elevação das transaminases, fosfatase alcalina, da enzima conversora de angiotensina e leucopenia com linfopenia. Realizou biópsia que revelou infiltrado granulomatoso de tipo sarcoide, formado por histiócitos epitelióides, numerosas células gigantes e multinucleadas. A TCAR-T demonstrou padrão típico de sarcoidose.

Caso 3: Homem com diagnóstico de Espondilite Anquilosante desde os 35 anos, sob tratamento com anti-inflamatórios não esteroides (AINE). Aos 52 anos, por agravamento de dorso-lombalgia inflamatória, sem resposta a dois AINE distintos, e com evidência de atividade inflamatória em Ressonância Magnética da coluna dorsal e lombar, iniciou terapêutica com adalimumab, com excelente resposta clínica. Aos 54 anos, por falência secundária, e no contexto de *switch* terapêutico para secucinumab, realizou radiografia do tórax que apresentou reforço intersticial difuso marcado não presente na radiografia prévia ao início de adalimumab. Analiticamente, apresentava elevação de parâmetros inflamatórios sem outros dados anormais. Realizou TCAR-T que demonstrou um padrão típico de sarcoidose.

Discussão: Apesar das manifestações músculo-esqueléticas da sarcoidose serem relativamente comuns, na maioria dos casos, as queixas são transitórias levando a uma baixa referência para a observação em reumatologia.

Os casos apresentados ilustram três possíveis cenários em reumatologia, onde a sarcoidose se revelou o diagnóstico inicial, concomitante a outro diagnóstico, ou secundário a terapêutica. Nenhum dos doentes apresentava sintomatologia respiratória. Em todos os casos foram excluídas outras possíveis causas.

Cada caso pretende evidenciar particularidades das manifestações sarcoides e alertar para a complexidade do quando clínico e seu diagnóstico diferencial.

Conclusão: Pela miríade de possíveis apresentações clínicas e curso imprevisível, a sarcoidose pode mimetizar outras patologias reumatológicas ou algumas das suas afeções orgânicas. O conhecimento das possíveis manifestações da doença, bem como as subtis pistas

clínicas para a sua identificação, podem colocar o reumatologista no encaixe do diagnóstico de sarcoidose.

PO 55 - LES – UM EXEMPLO DA IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS INTEGRADOS

João R. Nunes Pires¹; Violeta Florova¹;
Raquel Baptista Leite¹; Catarina Moita¹; Ana Dantas¹;
Ana Paes Vasconcellos¹

1. USF São Martinho de Alcabideche

Introdução: Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença crónica imunomediada, que afeta 0.07% da população portuguesa, tipicamente mulheres em idade fértil, sendo mais prevalente na raça africana, asiática e hispânica. A etiologia parece incluir fatores genéticos, hormonais, imunológicos e ambientais. A evolução é variável, desde constante atividade com persistência de sintomas, até evoluir por períodos de agudização (*flares*) intercalados com períodos de remissão. A exposição solar parece ter um papel crucial no despoletar da doença e *flares*. Em 90% dos casos estão presentes manifestações cutâneas ou articulares aquando do diagnóstico, mas a clínica é variada e multissistémica. É essencial uma anamnese e exame físico minuciosos, aliados a um estudo complementar dirigido, para o diagnóstico e abordagem atempados quer da patologia de base, quer das suas complicações.

Caso: Sexo feminino, 33A, diagnosticada com LES (envolvimento mucoso, cutâneo, articular, vascular e imunológico) há 3 anos e medicada com prednisolona (PDN) 5mg id, azatioprina 150mg id e hidroxiquina 400mg id. Recorre a consulta aberta no centro de saúde por quadro de cansaço para esforços progressivamente menores, episódios de dispneia, febre essencialmente vespertina que regride espontaneamente e dores generalizadas, com 1 mês de evolução e agravamento desde há 1 semana. À observação, destacavam-se apenas fervores crepitantes na base pulmonar esquerda. Trazia consigo um eletrocardiograma (ECG) recente que não revelava quaisquer alterações. Pediu-se radiografia tórax com urgência, que mostrou 2 dias depois, revelando “alteração fibrótica da pleura mediastínica inferior direita com imagem em tenda, provavelmente sequelar; acentuação do desenho broncovascular nas regiões hilo-basais; sem lesões parenquimatosas ou cardiomegalia”. Assumida infeção respiratória baixa, foi medicada com amoxicilina/ác. clavulânico e azitromicina, com pedido de avaliação analítica, ecocardiograma e novo ECG, e reavaliação ao 6º dia de antibioterapia. Um dia depois, realiza eco-

cardiograma que revelou derrame pericárdico circunferencial, sugerindo-se doseamento de enzimas cardíacas pelo risco de miopericardite, razão pela qual é enviada ao Serviço de Urgência (SU). No SU, e após esboço de padrão S1Q3T3 no ECG, pede-se angioTC que, além de confirmar derrame pericárdico com 15mm de espessura, revela “derrame pleural esquerdo com atelectasia subsegmentar basal antero-medial”. Assumida polisserosite em contexto de flare de LES, fica internada em Serviço de Observação sob PDN 1mg/kg/d (60mg/d) e colchicina, com regressão dos derrames e parâmetros inflamatórios. Tem alta 2 dias depois, mantendo a dose de PDN e colchicina 1mg até consulta de Reumatologia. Nos 5 meses subsequentes fez desmame de PDN até 7.5mg/d com remissão clínica, imagiológica e laboratorial mantidas (VS 8mm/h, anti-dsDNA 1.6UI/mL, sem consumo de complemento).

Discussão: A pericardite é uma das complicações do LES, podendo preceder as manifestações articulares e cutâneas clássicas. O envolvimento pericárdico afeta mais de 50% dos doentes, é geralmente assintomático e benigno, sendo rara a progressão para tamponamento pericárdico ou pericardite constrictiva. A sua associação com outras serosites (nomeadamente derrame pleural) é comum durante os *flares* da doença. Quando sintomática, tem uma boa resposta aos anti-inflamatórios (AINEs) ou, se refratário, à corticoterapia (CE), sendo que a associação com colchicina permite uma redução franca da recorrência.

Conclusão: É crucial o Médico de Família estar desperto para o diagnóstico das doenças auto-imunes e suas complicações, muito dificultado pela inespecificidade e variabilidade das manifestações, bem como pela sobreposição de diagnósticos. A sua referenciação ou mesmo abordagem precoce nos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente início de CE e eventual imunossupressão, permite minimizar o risco de complicações e o impacto funcional e biopsicossocial na vida do doente.

56 - GOTA E DOENÇA DE MADELUNG – UMA ARTROPATIA COMUM NO CONTEXTO DE UMA DOENÇA RARA

Hugo Parente¹; Francisca Guimarães¹;
Soraia Azevedo¹; Joana Ramos Rodrigues¹;
Diogo Almeida²; Ana Sofia Pinto³; Joana Leite Silva¹;
Carmo Afonso¹; Filipa Teixeira¹

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

2. Serviço de Reumatologia, Hospital de Braga, Braga,

Portugal

3. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda, Guarda, Portugal

Introdução: A doença de Madelung ou lipomatose simétrica múltipla é uma entidade rara, de etiologia desconhecida, caracterizada pela formação progressiva e simétrica de lipomas não capsulados¹ e indolores, sobretudo na face, pescoço, região occipital, supraclavicular e ombros, e, mais raramente, nas extremidades. Afeta cerca de 15-30 vezes mais frequentemente o sexo masculino, entre os 30 a 60 anos, havendo casos descritos de agregação familiar^{2,3}, admitindo-se uma hereditariedade autossômica dominante com penetrância variável da transmissão do genoma mitocondrial⁴. Aproximadamente 60 a 90% destes doentes têm antecedentes de alcoolismo⁵, sendo, igualmente, conhecida uma associação a patologias endócrino-metabólicas, como a hiperuricemia e gota.

Casos clínicos: Apresentam-se dois casos de artropatia gotosa no contexto de doença de Madelung.

Doente do sexo feminino, de 73 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, hábitos étlicos marcados e lipomatose simétrica múltipla com anos de evolução, observada por artralgiias de ritmo inflamatório envolvendo ombros, punhos e joelhos. Objetivamente, apresentava artrite dos punhos e joelhos. Tinha sido medicada 15 dias antes com alopurinol 300mg/dia, no contexto de hiperuricemia (11.40 mg/dL). A artrocentese do joelho demonstrou líquido sinovial com características macroscópicas de inflamação e cristais de monourato de sódio na microscopia ótica. Iniciou colchicina, mantendo o alopurinol, com melhoria acentuada das queixas algicas e regressão dos sinais inflamatórios articulares. Atualmente, o ácido úrico é de 3 mg/dL.

Doente do sexo feminino, de 57 anos, com antecedentes de lipomatose simétrica múltipla e consumo étlico excessivo, observada em consulta de reumatologia por queixas articulares inflamatórias do punho esquerdo, de início súbito e com sinais inflamatórios locais. Realizada artrocentese do punho e observação do líquido sinovial ao microscópio ótico, denotando-se a presença de cristais de monourato de sódio.

Em ambos os casos, concluiu-se por quadro de artropatia gotosa em contexto de doença de Madelung.

Discussão: A doença de Madelung, também designada lipomatose simétrica benigna ou síndrome de Lauenois-Bensaude, inicia-se com um crescimento lipomatoso rápido que, posteriormente, estabiliza numa pro-

gressão indolente. Estão descritos dois subtipos, segundo a classificação mais consensual, de Enzi⁶: tipo 1 – disposição em redor do pescoço (colar de Madelung, collar de cavalo e bossa de búfalo); tipo 2 – distribuição mais caudal em padrão ginecóide, semelhante a obesidade. Pode, também, afetar estruturas mais profundas, como o retroperitoneu ou o mediastino⁷, e envolver vasos, nervos e músculos, gerando sintomatologia por compressão do trato respiratório e/ou digestivo, sendo que a sua natureza não capsulada pode tornar a excisão cirúrgica mais complexa. Embora etiologicamente pouco esclarecida, tem sido proposto um distúrbio mitocondrial subjacente, do tecido adiposo castanho⁸, a par de alterações da membrana adipocitária ou da lipólise adrenérgica⁹. Além da já bem estabelecida associação ao consumo de álcool, agente pro-lipogénico e anti-lipolítico, estão descritas correlações a hiperuricemia (13,6%-17,5%^{10,11}), gota (4,5%¹⁰), doença hepática, diabetes mellitus e intolerância a glicose, hipertensão arterial, dislipidemia, hipotireoidismo e polineuropatia¹³. Apesar dos escassos relatos de transformação maligna¹⁴ e da recidiva frequente, o prognóstico é geralmente bom.

Os casos apresentados procuram documentar mais duas associações entre a lipomatose simétrica múltipla e a artropatia gotosa, sublinhando, assim, a importância das alterações metabólicas subjacentes à doença de Madelung e a sua possível repercussão osteoarticular.

Conclusão: Apesar de rara, a doença de Madelung é clinicamente diagnosticada com base na anamnese e exame objectivo, sendo fundamental, para o reumatologista, reconhecer, na sua presença, a associação possível com a artropatia gotosa.

PO 57 - TENOSSINOVITE SIMÉTRICA DA INSERÇÃO DISTAL DO BICÍPITE: MANIFESTAÇÃO INCOMUM DE DOENÇA REUMÁTICA INFLAMATÓRIA

Hugo Parente¹; Francisca Guimarães¹; Soraia Azevedo¹; Joana Ramos Rodrigues¹; Diogo Almeida²; Ana Sofia Pinto³; Carmo Afonso¹; Filipa Teixeira¹; José Tavares-Costa¹

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

2. Serviço de Reumatologia, Hospital de Braga, Braga, Portugal

3. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda, Guarda, Portugal

Introdução: A tendinopatia da inserção distal do bicí-

pite está frequentemente na dependência de eventos traumáticos, com rotura tendinosa parcial ou completa, sendo tipicamente associada ao sexo masculino, tabagismo e corticoterapia prolongada (1). Contudo, raramente é descrita no contexto de patologia reumatisma inflamatória

Apresenta-se, assim, o caso de uma doente com poliartrite seronegativa que cursou com tenossinovite bilateral da inserção distal do bicípite.

Caso clínico: Mulher de 72 anos de idade, não fumadora, seguida em consulta de reumatologia por polimialgia reumática, medicada com corticoide com boa resposta. Após 1 ano, inicia dor nos cotovelos, objetivando-se, ao exame físico, tumefacção mole e simétrica da região antecubital, de crescimento progressivo, dolorosa à palpação e agravada na supinação resistida, provocando limitação ligeira na flexão completa do cotovelo e, igualmente, na extensão terminal. Adicionalmente, apresentava artrite de algumas articulações metacarpofalângicas e elevação de parâmetros inflamatórios. Na avaliação ecográfica, constatou-se tenossinovite bilateral da inserção distal do bicípite e bursite bicipitoradial. Foi realizada aspiração da bolsa, com saída de líquido sinovial de características inflamatórias. Pelo quadro agravado e refractário a tratamento com corticosteróides, iniciou terapêutica imunomoduladora com metotrexato, com melhoria clínica.

Discussão: Este caso evidencia uma apresentação clínica da tendinopatia da inserção distal do bicípite, independente de trauma e dos fatores epidemiológicos tipicamente associados (sexo, idade e tabagismo), à exceção da corticoterapia, com dor e tumefacção da face ventral do cotovelo, podendo causar limitação e/ou fraqueza nos movimentos de flexão, extensão e supinação do membro superior. Estas manifestações devem levar à suspeição de lesões desta porção tendinosa, apesar de pouco comuns no contexto de patologia reumática crónica inflamatória.

A ecografia, pelos avanços na área musculoesquelética, e pela sua disponibilidade, baixo custo e sensibilidade para achados precoces, é um exame fundamental na avaliação desta tendinopatia.

Conclusão: A tenossinovite da inserção distal do bicípite, apesar de rara, é uma alteração que pode surgir como manifestação de uma doença reumática inflamatória, devendo, por isso, ser reconhecida, nos seus aspetos clínicos e imagiológicos.

PO 58 - TOFOS GOTOSOS NUMA MULHER COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE GOTA

Svitlana Kachan¹; Cátia Cristina²; Jorge Pereira³;

Catarina Silva⁴; Pedro Abreu⁵

1. UCSP S. Miguel, ULSCB,EPE

2. USF Beira Saúde, ULSCB,EPE

3. UCSP São Miguel, ULSCB,EPE

4. UCSP S. Tiago Saúde, ULSCB,EPE

5. Unidade de Reumatologia, ULSCB, EPE;

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: A Gota é uma doença metabólica caracterizada por depósito de cristais de monourato de sódio nas articulações, ossos e diferentes tecidos do corpo, incluindo pele e tecidos moles, que se pode manifestar como artrite aguda ou crónica. Raramente, os tofos gotosos surgem como manifestação inicial desta situação clínica. Tipicamente, a Gota tofácea crónica ocorre após 10 ou mais anos de gota poliarticular recorrente. Os autores apresentam o caso pela forma de apresentação rara de gota tofácea.

Caso Clínico: Mulher, de 67 anos, com antecedentes de hipertensão arterial; diabetes *mellitus*; obesidade. Referenciada a consulta de Reumatologia por aparecimento tumefacção em ambos os cotovelos e dedos da mão direita. Previamente já havia recorrido ao Centro de Saúde onde um dos nódulos volumosos da mão direita foi picado com saída de material descrito como purulento. Terá cumprido antibioterapia, mas sem qualquer melhoria clínica e posterior ressurgimento da tumefacção. Exame objectivo: tumefacção dura, sob tensão, de 2^a e 3^a interfalângica proximal da mão direita, falange distal do polegar direito e ambos os cotovelos. Sem estudo analítico de MGF tendo-se procedido a avaliação hospitalar que revelou: ac. úrico 11,22 mg/dl, VS 24 mm; PCR <0,5 mg/dl; Creatinina 1,23 mg/dl. Rx das mãos: tumefacção mole dos tecidos envolventes da 2^a e 3^a IFP proximal e de ambos os cotovelos, sugestivo de artropatia metabólica. Presumido diagnóstico de gota tofácea pelo que iniciou tratamento com metilprednisolona 4mg id e Colchicine 1mg id. Resolvida crise aguda iniciou 2 semanas depois Febuxostat 80 mg id com substancial melhoria clínica e analítica.

Discussão: A Gota afecta sobretudo homens, ocorrendo geralmente a partir dos 40 anos no sexo masculino e dos 60 no sexo feminino. Factores predisponentes são: sexo masculino, pós-menopausa, obesidade, insuficiência renal, medicamentos (diuréticos tiazídicos e de ansa, aspirina, ciclosporina), consumo excessivo de alimentos ricos em purinas e síndrome metabólica. A apresentação inicial mais comum é a monoartrite

aguda e a articulação mais frequentemente atingida é a primeira metatarso-falângica (50% dos casos). A Gota crônica tofácea manifesta-se pela presença de tofos (aglomerados de cristais de monourato) tipicamente no hélix do pavilhão auricular, ou tendão de Aquiles, ou na superfície extensora dos cotovelos e dedos. No presente caso, verificou-se uma apresentação pouco habitual numa mulher com Gota e após estudo analítico foi evidenciada uma insuficiência renal, até então desconhecida, que poderá ter espoletado esta situação (em contexto de provável nefropatia diabética). Não foi usado AINE sob pena de poder agudização de disfunção renal.

Conclusão: O tratamento da Gota deve ser iniciado o mais precocemente possível, a fim de evitar a evolução da doença para a forma tofácea crônica, responsável pelas deformidades articulares e suas consequências funcionais. O caso apresentado, além de ser pouco habitual numa mulher, ainda mais raro se tornou pela manifestação inicial de gota tofácea.

PO 59 - CERVICALGIA, RIGIDEZ DA CINTURA ESCAPULAR E ELEVAÇÃO DOS MARCADORES DE INFLAMAÇÃO: PATOLOGIA OSTEOARTICULAR DEGENERATIVA/NEUROCIRÚRGICA OU POLIMIALGIA

Svitlana Kachan¹; Jorge Pereira²; Pedro Abreu³

1. UCSP S. Miguel, ULSCB,EPE
2. UCSP São Miguel, ULSCB,EPE
3. Unidade de Reumatologia, ULSCB,EPE; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: A patologia osteoarticular degenerativa da coluna cervical é uma situação cada vez mais comum atendendo ao envelhecimento da população e é geradora de dor, por vezes até irradiada. Por seu turno, a polimialgia reumática (PMR) é uma patologia inflamatória de etiologia não estabelecida, que afeta indivíduos acima dos 50 anos de idade e que cursa com elevação de marcadores inflamatórios (VS e PCR). Estes, contudo, não se encontram aumentadas nas situações degenerativas. Os autores apresentam um caso em que a demora no estabelecimento diagnóstico (6 meses) conduziu a substancial limitação funcional.

Caso Clínico: Mulher, 71 anos, agricultora, com antecedentes de Diabetes *mellitus* tipo 2; hipertensão arterial; hipercolesterolemia, com quadro clínico, com evolução de pelo menos 6 meses, de instalação insidiosa de cervicalgia, rigidez da cintura escapular, omalgia bilateral, com progressivo agravamento e acentua-

da limitação funcional dos ombros, incapacitando a paciente para realização das suas AVDs. Negava sintomas constitucionais ou intercorrências infecciosas. Já tinha sido medicada pelo seu médico assistente com anti-inflamatório e analgésico, mas sem melhoria. Foi orientada para fisioterapia (40 sessões), mas também sem melhoria. Ao exame objetivo: dor e marcada limitação à mobilização ativa dos ombros (abdução máx 90°). Sem adenopatias cervicais ou supraclaviculares. Inicialmente, efetuou Rx dos ombros, ecografia dos ombros, Rx coluna cervical, lombar e TC coluna cervical. Foi orientada para consulta de Neurocirurgia. Só posteriormente fez análises: VS 75 mm; PCR 24 mg/l e FR negativo. Após ter chegado à consulta de Reumatologia e estabelecido o diagnóstico de PMR, iniciou esquema de prednisolona *per os*, com rápida melhoria clínica e recuperação funcional.

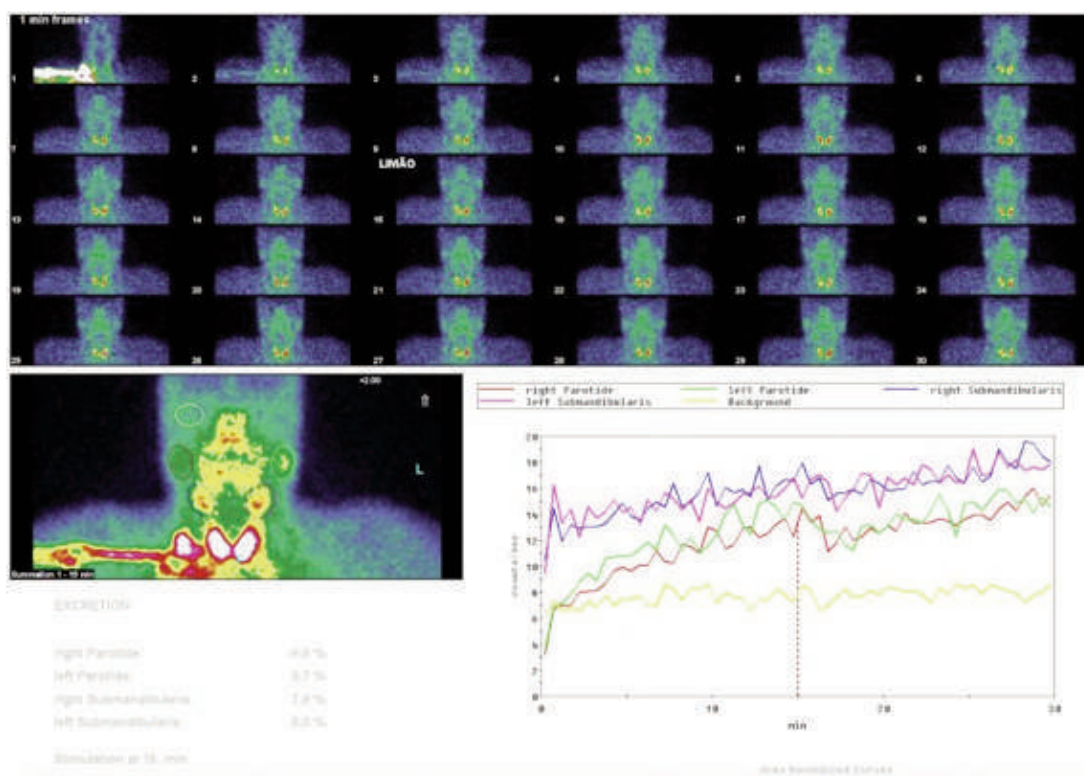
Discussão: Desde o início do quadro, a doente recorreu várias consultas no seu médico assistente. Por não se ter verificado uma melhoria significativa do quadro algico com plano terapêutico nem com fisioterapia, e dada a limitação da cintura escapular foi presumido um quadro cervical pelo que foi orientada para consulta de Neurocirurgia. Foi medicada com pregabalina 50 mg bid e etodolac 300 mg bid, mas também sem resultados. Observou-se melhoria do quadro clínico após observação e orientação terapêutica em Reumatologia. **CONCLUSÃO:** Apesar do caso cumprir os critérios diagnósticos de PMR, a hipótese de existência de patologia osteoarticular degenerativa, frequente na faixa etária em questão, e a existência de protrusões discais herniárias poderão ter atuado como fator de confusão, e ter atrasado o correto diagnóstico e tratamento, bem como a adequada referenciação com consequências menos agradáveis para a doente.

60 - A CINTIGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES NO SÍNDROME DE SJÖGREN – RELATO DE UM CASO

Andreia Baptista Marques¹; Fernando Abreu¹; Sophia Pintão¹

1. Serviço de Medicina Nuclear - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução: A cintigrafia das glândulas salivares (CGS) com pertecnetato de sódio ($\text{Na}^{99\text{m}}\text{TcO}_4^-$) é um método simples e não invasivo para a avaliação da função das glândulas salivares no Síndrome de Sjögren (SS). Reporta-se o caso clínico de uma doente com xerostomia e xerofthalmia, à qual foi pedida a realização de CGS para



confirmação da suspeita diagnóstica de SS primário.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, de 67 anos de idade, sem antecedentes pessoais e história familiar de relevo, foi enviada à consulta de Reumatologia por xerostomia e xerofthalmia com três anos de evolução. Sem outras queixas relevantes e sem alterações ao exame objetivo. Analiticamente destacavam-se anti-SSA e anti-SSB positivos. Realizou CGS com $\text{Na}^{99\text{m}}\text{TcO}_4^-$ que revelou hipocaptação acentuada do radiofármaco nas glândulas parótidas e submandibulares. Sem evidência de excreção salivar após o estímulo secretório com ácido cítrico em todas estas glândulas, sendo este estudo compatível com envolvimento funcional patológico severo (estadio IV de I-IV da classificação de Schall).

Discussão: A CGS com $\text{Na}^{99\text{m}}\text{TcO}_4^-$ é útil na avaliação da xerostomia, permitindo a avaliação simultânea do parênquima e função das glândulas parótidas e submandibulares. Esta técnica é de execução simples, não invasiva, reprodutível e bem tolerada pelos doentes. O SS é uma das indicações mais frequentes da CGS, sendo que uma CGS anormal é aceite como critério objetivo de SS pela classificação do *American-European Consensus Group*. A CGS correlaciona-se com outros métodos, nomeadamente a sialografia e a biópsia das glândulas salivares menores. No presente caso clínico, a

CGS foi importante no diagnóstico de SS através da confirmação do envolvimento patológico funcional das glândulas salivares.

Conclusão: A CGS tem um papel importante no diagnóstico de SS pela avaliação simultânea do parênquima e função das glândulas salivares maiores, como é demonstrado neste caso clínico.

61 - DERMATOMIOSITE: FLARE DA DOENÇA OU ALGO MAIS?

Maria Seabra Rato¹; Filipe Oliveira Pinheiro¹;
Alexandra Bernardo¹; Lúcia Costa¹

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar
Universitário São João

Introdução: A síndrome de Guillain-Barré é uma polineuropatia desmielinizante aguda do sistema nervoso periférico mediada imunologicamente. Caracteriza-se pelo início agudo e rapidamente progressivo de uma tetraparésia ascendente, acompanhada frequentemente por arreflexia. As miopatias inflamatórias e a síndrome de Guillain-Barré são duas entidades clínicas distintas que podem ter manifestações clínicas semelhantes, fazendo parte do diagnóstico diferencial de um doente com fraqueza muscular.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino de 58 anos seguida em consulta de Reumatologia por dermatomiosite com envolvimento pulmonar com 10 anos de evolução. Medicada com metotrexato 25mg/semana e prednisolona 7.5mg/dia em remissão nos últimos anos. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com 48h de evolução e agravamento progressivo de mialgias, parestesias e fraqueza muscular dos membros inferiores, com incapacidade para a marcha, com posterior envolvimento dos membros superiores. Ao exame objetivo apresentava uma tetraparésia flácida associada a hiporreflexia. Negava febre, história de infeção respiratória ou gastrointestinal, cirurgias ou imunização recente. Analiticamente apresentava enzimas musculares e lactato desidrogenase dentro dos valores da normalidade, velocidade de sedimentação normal e elevação discreta da proteína C reativa 11.5mg/L (N<3). Foi realizada punção lombar que relevou uma dissociação albuminocitológica (elevação de proteínas no LCR - 77mg/dL - com contagem celular normal). A eletromiografia dos membros superiores e inferiores mostrou sinais compatíveis com polirradiculoneuropatia de predomínio motor de características mistas: padrão desmielinizante e degenerescência axonal com esboço de reinervação. A pesquisa de anticorpos anti-gangliosídeos (IgM e IgG) foi negativa. Iniciou tratamento com ciclo de imunoglobulina endovenosa (IgIV), numa dose diária de 0.4g/kg durante 5 dias. Apesar disso, apresentou agravamento neurológico com disfunção bulbar com necessidade de suporte ventilatório mecânico prolongado. Realizada traqueostomia complicada com fístula traqueoesofágica e necessidade de colocação de gastrostomia percutânea endoscópica (PEG). Repetiu ciclo de IgIV 3 semanas após o primeiro, apresentando uma melhoria clínica lenta mas progressiva. Após 65 dias de internamento teve alta para um centro de reabilitação. Passados 9 meses apresenta uma evolução favorável do quadro neuromotor e da funcionalidade, mantendo ainda traqueostomia e PEG.

Discussão: Algumas das manifestações clínicas da doente, nomeadamente a instalação súbita da sintomatologia, a hiporreflexia e a ausência de elevação de enzimas musculares são compatíveis com o diagnóstico de uma neuropatia, nomeadamente síndrome de Guillain-Barré em detrimento de um *flare* da dermatomiosite.

Conclusão: A associação de miopatia inflamatória e neuropatia, ambas doenças imunomediadas, não é frequente e pode dificultar a correta interpretação da semiologia, pelo que uma avaliação cuidadosa e integral

do doente é crucial para o diagnóstico e orientação terapêutica.

PO 63 - LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: UMA ENTIDADE HETEROGÊNEA

Margarida Correia¹; Luís Dias¹; Sara Costa¹; Marta Braga¹; Bárbara Oliveira¹; Vânia Gomes¹; Céu Rodrigues¹; Guilherme Castro Gomes¹
1. Hospital de Braga

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença auto-imune crónica de causa desconhecida que pode afetar qualquer órgão, apresentando-se de forma variável, num espectro de gravidade que vai da doença ligeira à severa. Pela sua heterogeneidade de apresentação conta com múltiplos diagnósticos diferenciais, sendo o seu diagnóstico um desafio.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 65 anos, com antecedentes de HTA de difícil controlo, dislipidemia, obesidade, cardiopatia isquémica, psoríase e anemia ferropénica em estudo na CE de Medicina Interna. Recorreu ao SU por cansaço fácil, agravamento do padrão habitual de dispneia e edema marcado dos membros inferiores. À admissão no SU verificada anemia agravada, Hb 7.8 g/dL, com ferropenia e critérios de hemólise (LDH 376 e haptoglobulina < 1; sem hiperbilirrubinémia), trombocitopenia (103 000/uL) e creatinina à admissão de 2.1 mg/dL. Visualizado ainda relatório de TAC toracoabdominopélvico do ambulatório, a demonstrar múltiplas adenomegalias supra e infra-diafragmáticas, derrame pleural bilateral de moderado volume e hepatoesplenomegalia. Apresentava ainda EDA e EDB recentes sem alterações de relevo. Decidido internamento por IC descompensada, bicitopenia e adenomegalias. Realizado estudo exaustivo para esclarecimento etiológico, levantando-se hipóteses como doença linfoproliferativa, doença auto-imune ou microangiopatia, do qual se resume: reticulócitos 4,2%, teste de Coombs direto e indireto, ambos positivos, com maior reatividade a 4°C; VS 122 mm/h com PCR de 6,3 mg/L; estudo imunológico que revelou ANA s positivos de 1/1280 com padrão homogéneo difuso, anti-dsDNA 517,3 UI/mL, anti-RNP fortemente positivo (25,0) e anti-PmScl100 equívoco (12,1), consumo de C3 (53 mg/dL) com C4 normal e imunocomplexos circulantes elevados (100 U/mL). Restante estudo, nomeadamente serologias víricas e crioglobulinas, negativo. Realizou ainda esfregaço de sangue periférico com anisocitose e policromasia, imunofenotipagem de linfócitos que não revelou alterações e bió-

psia ganglionar cuja histologia demonstrou tratar-se de gânglio involutivo. Dada a lesão renal aguda e uma proteinúria nefrótica de 5,92 g/dia com hipoalbuminemia prosseguiu-se estudo com biópsia renal, que sugeriu nefrite lúpica difusa classe IV. Assim, estabelecido o diagnóstico de LES, tendo sido instituída terapêutica dirigida com pulsos de metilprednisolona, seguidos de prednisolona 60 mg/dia, imunoglobulina humana e hidroxicloroquina. Dada a presença de nefrite lúpica, associou-se ainda micofenolato de mofetil 2 g/dia.

Discussão: Atendendo à idade e à presença de anemia hemolítica com adenopatias e hepatoesplenomegalia, levantada como principal hipótese diagnóstica a doença linfoproliferativa. No entanto, é de ter em conta também as microangiopatias e as doenças auto-imunes, neste caso o LES, como diagnósticos diferenciais ou mesmo concomitantes, sendo importante dirigir o estudo nas várias vertentes. Para além disso, salienta-se a franca positividade do anticorpo anti-RNP, que apesar de poder ser positivo em cerca de 25% dos doentes com LES, também nos faz equacionar a hipótese de doença mista do tecido conjuntivo (DMTC). Atualmente a doente não manifesta clínica sugestiva de outra conectivite, mas deverá manter vigilância regular, uma vez que os altos títulos deste anticorpo são um forte preditor de uma evolução posterior para DMTC. Conclusões: Este caso alerta-nos para uma apresentação tardia de LES, com atingimento predominantemente hematológico e renal, um diagnóstico diferencial a ter sempre em consideração dada a sua diversidade de formas de apresentação e acometimento orgânico. Para além disso, alerta-nos para a hipótese de podermos estar perante não apenas de um LES, como também de uma possível evolução para a DMTC.

PO 64 - REAÇÃO URTICARIFORME LÚPUS-LIKE INDUZIDA POR ADALIMUMAB: UM EFEITO ADVERSO RARO

Maria Helena Lourenço¹; Ana Bento da Silva¹;
Inês Silva²; Jaime C. Branco³

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal; Centro de Estudos de Doenças Crónicas (CEDOC), NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal
2. Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal; NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal
3. NOVA Medical School, Faculdade de Ciências



Médicas, Lisboa, Portugal; Centro de Estudos de Doenças Crónicas (CEDOC), NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal; Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa

Introdução: O adalimumab é um anticorpo monoclonal recombinante humano (IgG1) antagonista do fator

de necrose tumoral alfa (anti-TNF α) aprovado na artrite reumatóide, espondilartrite, artrite idiopática juvenil, psoríase, hidradenite supurativa, uveíte anterior e doença inflamatória intestinal. Os efeitos adversos reportados mais frequentemente são as infecções e a reação local da punção. Outras reações cutâneas reportadas em estudos (cerca de 1%) incluem reação anafilática, rash cutâneo, erupção fixa e urticária. O lúpus induzido por fármacos é um subtipo de lúpus associado à exposição prolongada de alguns fármacos, sendo os mais frequentes hidralazina, procainamida e anti-TNF α . Neste caso clínico, apresentamos um doente com Artrite Psoriática medicado com adalimumab que desenvolveu uma reação urticariforme com elevação de anticorpos antinucleares (ANA) e anticorpos *anti-double stranded DNA* (anti-dsDNA) e que, após exclusão de outras causas, concluiu-se ser secundário à terapêutica biotecnológica.

Caso Clínico: Homem, 43 anos, seguido em consulta de Reumatologia por Artrite Psoriática, com envolvimento poliarticular assimétrico e entesopático com 6 anos de evolução e psoríase cutânea; sem outros antecedentes. Inicialmente sob corticoterapia (prednisolona 2,5 mg/dia) e metotrexato subcutâneo 25mg/semana com necessidade de *switch* para leflunomida 20mg/dia por intolerância gastrointestinal. Por manutenção de atividade inflamatória articular e entesopática, com *minimal disease activity* (MDA) <5, iniciou adalimumab (Humira®) 40mg quinzenal em julho de 2019, com remissão clínica. Em março de 2020 inicia quadro de erupções maculopapulares eritematosas, evanescentes e migratórias, pruriginosas e não dolorosas, principalmente em zonas de intertrigo, couro cabeludo e membros superiores, acompanhadas de angioedema (sem rouquidão ou estridor), com periodicidade de 2-3 vezes por semana. As lesões não apresentavam fase cicatricial após resolução. Sem sintomas de outros órgãos ou sistemas. A frequência das reações urticariformes diminuiu após suspensão do adalimumab, com toma concomitante de anti-histamínicos *on-demand*, sem necessidade de corticoterapia sistêmica. Do estudo analítico inicial salientava-se um padrão de citólise hepática sem colestase (aspartato aminotransferase 49 U/L, alanina aminotransferase 60 U/L; lactato desidrogenase 349 U/L), ANA positivo forte de padrão nuclear homogêneo com subespecificidade anti-dsDNA e restante estudo imunológico negativo (C3, C4, anticorpos contra antigénios extraíveis do núcleo – ENA, anticorpos anti-citoplasma dos neutrófilos – ANCA, anticorpos anti-histonas). O doseamento das

imunoglobulinas não revelou alterações (nomeadamente IgE total), bem como o doseamento do componente C1q do complemento e triptase. O sedimento urinário foi normal, sem alterações da função renal. Assumiu-se reação urticariforme Lúpus-like induzida por anti-TNF α e fez-se *switch* para secukinumab.

Discussão: As reações alérgicas associadas ao adalimumab, como urticária e angioedema, são efeitos raros uma vez que o fármaco é maioritariamente uma IgG1 com sequência humana. No entanto, poderá haver alguma imunogenicidade residual. Para o diagnóstico de Lúpus induzido por fármacos são necessárias, classicamente, três condições: relação causa-tempo, um critério serológico e um critério clínico. Apesar dos sintomas e sinais serem exclusivamente cutâneos e de hipersensibilidade, verificou-se uma relação de causalidade entre o início e resolução das alterações analíticas séricas e dos achados ao exame objetivo após a interrupção do adalimumab. A estratégia terapêutica consistiu no *switch* do mecanismo de ação do fármaco biotecnológico, suspensão da leflunomida e manutenção de terapêutica com anti-histamínicos *on-demand*.

Conclusões: Este caso clínico relata um efeito adverso raro, embora reconhecido, da classe dos fármacos anti-TNF α , salientando o pleomorfismo das suas formas de apresentação.

PO 65 - ORQUIALGIA REVELADORA DE TUMOR RETROPERITONEAL EM DOENTE COM ARTRITE PSORIÁTICA

Catarina Silva¹; Cátia Cristina²; Svitlana Kachan³; Jorge Pereira³; Pedro Abreu⁴

1. UCSP S. Tiago Saúde, ULSCB,EPE
2. USF Beira Saúde, ULSCB,EPE
3. UCSP S. Miguel, ULSCB,EPE
4. Unidade de Reumatologia, ULSCB,EPE

Introdução: Os sarcomas retroperitoneais são tumores malignos que se originam a partir de células mesenquimatosas, localizadas no tecido adiposo, músculo-esquelético e conjuntivo. Apresentam uma incidência de 4/100.000 na Europa. Apenas 20% dos sarcomas têm localização retroperitoneal e histologicamente apenas 28% são leiomiossarcomas. Na maioria dos casos, a apresentação clínica inicial consiste numa massa abdominal assintomática. Os doentes com psoríase têm um risco ligeiramente mais elevado de neoplasias não melanoma e linfomas T. Os autores apresentam um caso raro de neoplasia em doente com artropatia pso-

riática cuja manifestação também se verificou ser pouco habitual (orquialgia).

Caso clínico: Paciente do sexo masculino, 67 anos, acompanhado em Reumatologia por Artrite Psoriática e psoríase sob terapêutica biotecnológica com adalimumab SC e metotrexato (em remissão clínica tanto do ponto de vista articular quanto cutâneo) que em Janeiro.2019 refere orquialgia esquerda, com 1.5 meses de evolução, de intensidade ligeira, mas agravada à noite e com irradiação para o membro inferior esquerdo. Recorre inicialmente ao serviço de urgência sendo medicado com ciprofloxacina e diclofenac mas sem melhoria do quadro. Posteriormente, consulta urologista e ao exame não apresenta alterações de relevo. Solicitada ecografia: bexiga sem alterações, próstata sem alterações, pequeno hidrocele bilateral; rim esquerdo de difícil visualização devido a massa volumosa. Solicitada TC toraco-abdomino-pélvica que revelou massa sólida expansiva, retro-peritoneal, de origem sarcomatosa. Suspensa, entretanto, terapêutica biológica e encaminhado para Oncologia-IPO onde foi intervencionado cirurgicamente. Resultado anatomo-patológico revelou sarcoma retroperitoneal.

Discussão: Este tipo de situação, apresenta-se, na grande maioria dos casos, como uma massa abdominal assintomática, não dolorosa à palpação. Quando os sintomas estão presentes, estes resultam do efeito massa ou da invasão local do tumor, tais como: saciedade precoce, oclusão gastrointestinal, edemas dos membros inferiores ou dor abdominal. No presente caso não existiu nenhuma das situações anteriores mas antes uma orquialgia esquerda. O tratamento mais indicado é a remoção radical do tumor e dos órgãos adjacentes com evidência de invasão (no presente caso com nefrectomia esquerda e ressecção parcial do diafragma). A taxa de sobrevivência aos 5 anos é de 50-60%, mas no presente caso a sobrevida foi de apenas um ano. Apesar de ser um doente com artrite psoriática sob tratamento biotecnológico, na literatura não existe evidência de que este tipo de terapêutica aumente o risco de cancro, ainda que os doentes com psoríase possam ter por si um ligeiro aumento desse mesmo risco.

Conclusão: Este caso realça a importância de uma abordagem global do doente pelas diferentes especialidades implicadas no tratamento e seguimento. É um caso clínico ilustrativo de uma entidade rara quer pela sua localização, quer pela sua histologia, quer pela sua apresentação clínica mas que deverá ser equacionada no diagnóstico diferencial de dor abdominal e/ou orquialgia, neste tipo de situações.

PO 66 - APLICAÇÃO DE BANDAS NEUROMUSCULARES NO ALÍVIO ÁLGICO DA SÍNDROME MIOFASCIAL, QUAL A EVIDÊNCIA?

Mariana Fonseca Silva¹; Inês Rua¹; José Garcia¹; Pedro Ruivo¹; Teresa Amaral¹

1. USF Santa Joana

Introdução: A síndrome miofascial é definida como dor subaguda ou crónica, com sintomas autonómicos, sensoriais e motores, originados a partir de pontos-gatilho ativos com disfunções algícas associadas. É caracterizada por dor na zona muscular correspondente e por dor irradiada, e pela presença de uma banda de tensão, com aumento de consistência e dolorosa, identificável à palpação, onde no centro se encontra o ponto gatilho. Atinge mais as mulheres, com idades entre 30-50 anos. O diagnóstico passa pelo exame físico e anamnese. O tratamento é dirigido à dessensibilização das estruturas hipersensíveis, procurando inativar os pontos gatilho. Classicamente, nos estádios iniciais aconselha-se uma abordagem não invasiva como eletroterapia (TENS burst, ultra-sons), massagem, reeducação neuromuscular e alongamentos. Já nos estádios avançados, estão recomendadas punção seca do ponto gatilho ou com infiltração de substância (soro fisiológico, anestésico local/corticóide).

As bandas neuromusculares foram criadas nos anos 70 com o objetivo de melhorar o tônus muscular, melhorar a drenagem linfática e melhorar a postura pela pressão que exerce quando aplicada, garantindo assim suporte aos músculos, articulações, tendões e ligamentos, além de promover estabilidade e amplitude aos movimentos. Sendo assim, e tendo a conta a fisiopatologia da síndrome miofascial, foi colocada a hipótese das bandas neuromusculares terem impacto no seu alívio algíco.

Objetivos: Determinar se a aplicação de bandas neuromusculares tem efeito no alívio algíco da síndrome miofascial.

Material e Métodos: Pesquisa de normas de orientação clínica, revisões baseadas na evidência, metanálises (MA), revisões sistemáticas (RS) e ensaios clínicos controlados e aleatorizados (EC), utilizando os termos de pesquisa MeSH “Myofascial Pain Syndromes” e “Athletic Tape” em artigos publicados nos últimos 10 anos, em português, inglês e espanhol e aplicando uma escala Strength of Recommendation Taxonomy (SORT) da American Academy of Family Physicians para atribuição de níveis de evidência e forças de recomendação. Critérios de inclusão: População – população com sín-

drome miofascial; Intervenção – terapêutica com bandas neuromusculares; Controlo – placebo ou ausência de tratamento; Outcomes – alívio algico na síndrome miofascial.

Crítérios de exclusão: pacientes com imunossupressão, pacientes com doenças crónicas, estudos em população pediátrica.

Fontes de dados: PubMed, Medline, The Cochrane Library, DARE, Nacional Guideline Clearing House, Canadian Medical Association Infobase e Índice de Revistas Médicas Portuguesas.

Resultados: Foram identificados 12 artigos, dos quais foram selecionados 9 que cumpriam os critérios de inclusão: 2 MA e 7 EC. A evidência atual permite recomendar as bandas neuromusculares no alívio algico da síndrome miofascial em comparação ao placebo ou em ausência de tratamento. De duas meta-análises encontradas, a mais antiga não recomendava a utilização das bandas neuromusculares e a mais recente, de 2019, já recomenda a sua utilização. Todos os ensaios clínicos recomendam a utilização desta técnica no alívio algico da síndrome miofascial.

Discussão e conclusão: A maioria dos estudos encontrados foram dos últimos 4 anos, o que nos pode indicar que esta é uma área em crescimento e promissora. Os resultados menos encorajadores foram os da meta-análise mais antiga, de 2015, que apesar de um maior nível de evidência que os ensaios clínicos, pode já não demonstrar todas as técnicas atualmente atualizadas nos ensaios clínicos dos últimos anos. Sendo assim, e tendo em conta o baixo custo e risco praticamente inexistente na utilização das bandas neuromusculares, esta revisão recomenda a sua aplicação com força de recomendação SORT A para o alívio algico da síndrome neuromuscular, em estadios iniciais, em comparação com o placebo ou ausência de tratamento.

PO 67 - OSTEOPOROSE MASCULINA – O HOMEM TAMBÉM MERECE ATENÇÃO!

Jorge Bruno Pereira¹; Svitlana Kachan¹; Román Márquez¹; Pedro Abreu²

1. UCSP S. Miguel, ULS Castelo Branco, EPE
2. Unidade de Reumatologia, ULS Castelo Branco, EPE; Faculdade Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: Apesar do reconhecimento da osteoporose (OP) e das fraturas osteoporóticas serem mais comuns na mulher, os homens também podem apresentar um risco aumentado. A OP continua subdiagnosti-

cada nos homens e permanece não tratada na maioria daqueles com fraturas. 1/3 de todas as fraturas da anca no mundo, ocorre no homem e mais homens morrem no 1º ano do que as mulheres, no 1º ano pós-fratura. Podem surgir sintomas/fatores de risco que indicam presença de OP, no homem: hipogonadismo, tabagismo e alcoolismo, défice de cálcio e vitamina D, pouca atividade física, défice de hormona de crescimento, hipercaleiúria; excesso de glucocorticóides.

Caso clínico: Homem de 70 anos, totalmente independente para as AVD's, com antecedentes pessoais de fibrilhação auricular, hipertensão arterial, enfisema pulmonar, fratura do ramo ilio púbico, ex-fumador e hábitos alcoólicos marcados que recorreu ao serviço de urgência do Hospital Amato Lusitano em Agosto.2019 por queda e da qual resultou fratura da anca direita tendo sido submetido a tratamento cirúrgico. Em consulta de MFR foi solicitada osteodensitometria óssea (Coluna lombar T-Score: -3,5; colo do fémur T-Score: -1,8) e RX da coluna dorsal e lombar onde se observava rarefação óssea generalizada. Em Abril.2020 regressou ao Serviço de Urgência por novo traumatismo da anca direita, tendo apresentado no RX coluna lombar fraturas em L1, L2 e da apófise espinhosa D12. Foi posteriormente orientado e avaliado em consulta de Reumatologia, sendo proposto para terapêutica com Teriparatida.

Discussão/Conclusão: As fraturas vertebrais e da anca em contexto de OP acarretam morbilidade de mortalidade significativa. Os autores apresentam o caso, pela ocorrência e sua gravidade num homem, a existência de vários fatores de risco que foram descurados e, como tal, acabou por se verificar um prejuízo claro para o doente. Apesar da menor prevalência desta patologia junto do sexo masculino, é importante tê-la sempre presente devido aos fatores de risco já identificados e pelo envelhecimento da população portuguesa.

PO 68 - AVALIAÇÃO DA LITERACIA NUTRICIONAL EM FUNCIONÁRIOS E UTENTES DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA ALUSIVO AO DIA MUNDIAL DA ALIMENTAÇÃO

Tânia Fernandes¹; Alexandra Cardoso¹; Rita Fernandes¹; Ana Ribeiral¹; Flávia Neca¹; Ricardo Teixeira¹; José Vaz Patto¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A cada ano, a 16 de outubro, é celebrado o Dia Mundial da Alimentação [1]. Para a população portuguesa, as recomendações recaem sobre a Dieta

Saber comer - Quiz

1. Qual a gordura de eleição na dieta Mediterrânica?

- Óleo de girassol
- Azeite

2. As ervas aromáticas podem ser usadas como alternativa ao uso do sal?

- Sim
- Não

3. Qual dos seguintes alimentos contém lactose?

- Leite
- Bebida de soja
- Todos

4. Quais dos seguintes são importantes no fortalecimento dos ossos?

- Cálcio
- Vitamina D
- Todos

5. Na gastronomia tradicional Portuguesa, o pão é o ingrediente principal de que prato?

- Açorda
- Carne de porco à Alentejana
- Todos

6. Qual o padrão alimentar recomendado para a população Portuguesa?

- Dieta mediterrânica
- Dieta macrobiótica

7. As pessoas com doença celíaca não podem consumir que tipo de alimentos?

- Alimentos que contenham glúten
- Alimentos que contenham lactose

8. Qual das seguintes opções é considerada uma leguminosa?

- Amendoim
- Ervilha
- Trapaça
- Todas

9. Quais dos seguintes alimentos devem ser consumidos menos de uma vez por semana e em pequenas quantidades?

- Vegetais e fruta
- Enchidos

10. Qual dos seguintes alimentos pode ser benéfico na prevenção da osteoporose?

- Leite
- Sumo de frutas naturais

RESPOSTAS

1. Azeite. O Azeite é considerado a gordura de eleição na dieta mediterrânica devido ao seu elevado teor de gordura monoinsaturada, vitamina K e minerais, para além de não interferir com o rácio de Omega-3/Omega-6, ao contrário do óleo de girassol.
2. Sim. As ervas aromáticas são uma alternativa viável ao sal nos pratos.
3. Leite. A lactose é um açúcar naturalmente presente apenas no leite e dos seus derivados.
4. Todos. Enquanto que o cálcio contribui para a remineralização óssea, a vitamina D contribui para que o cálcio seja depositado no tecido ósseo.
5. Açorda.
6. Dieta mediterrânica. Apesar da dieta macrobiótica poder ser benéfica para certos indivíduos, é uma dieta radicalmente diferente das outras e não abrange os benefícios que a dieta mediterrânica apresenta para a maioria da população geral.
7. Glúten. Os alimentos com lactose não estão indicados para indivíduos com intolerância à lactose.

8. Todas.

9. Enchidos. Os enchidos são considerados alimentos processados e contêm um teor elevado de sal e gordura saturada, que apesar de benéfica em pequenas quantidades, não deve ser ingerida na mesma quantidade que os outros tipos de gorduras. Para além disso, é frequente usarem compostos N-nitrosos de forma a conservar as carnes, compostos esses potencialmente carcinogénicos.

10. Leite. O leite continua a ser um dos alimentos mais ricos que pode ser consumido e não é exceção na prevenção da osteoporose, devido ao seu elevado teor em cálcio e outros minerais sinérgicos na remodelação óssea.

REFERÊNCIAS

Questão 1

Rosa Casas, Emilio Sacanella, Ramon Estruch. The Immune Protective Effect of the Mediterranean Diet against Chronic Low-grade Inflammatory Diseases. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. 2016.

Questão 2

Aneís Douglas, Marlie Vainereux, Agnès Giboreau. The Impact of Herbs and Spices on Increasing the Appreciation and Intake of Low-Salt Legume-Based Meals. *Nutrients*. 2019.

Questão 4

Thomas R. Hill, Terry J. Appay. The role of vitamin D in maintaining bone health in older people. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2017.

Questão 5

Wu K, Giovannucci E, Byrne C, et al. Meat Mutagens and Risk of Distal Colon Adenoma in a Cohort of U.S. Men. *Cancer Epidemiol Biomark pp*. 1123-1125. 2005.

Questão 10

Hidayat, K., Du, X., Shi, B., et al. Systematic review and meta-analysis of the association between dairy consumption and the risk of hip fracture: critical interpretation of the currently available evidence. *Osteoporos*. 2020.

Mediterrânica que se traduz num estilo de vida, recorrendo à simplicidade e à variedade dos alimentos que privilegiam os produtos frescos, locais e da época [2]. Apesar da conexão bem conhecida entre hábitos alimentares e saúde, grande parte da população não se alimenta de forma saudável contribuindo para a etiologia de diversas doenças, nomeadamente a diabetes Mellitus tipo II, obesidade, doenças cardiovasculares e certos tipos de cancro [3].

Objetivos: Contribuir para o aumento da literacia alimentar junto desta população.

Materiais e Métodos: Estudo de natureza observacional, realizado nas instalações do IPR, que englobou pacientes e funcionários ($n=60$) que frequentam esta unidade de saúde. Integrou um questionário não validado constituído por 10 perguntas, que engloba temas gerais sobre alimentação saudável, com duas ou mais opções de resposta. A implementação do questionário foi realizada oralmente, com facultação de um folheto de cariz informativo, com as perguntas e respostas corretas e com informação detalhada sobre estas. Foram recolhidas informações relativas à idade e ao género dos participantes no presente estudo.

Resultados: O género mais observado na participação desta atividade foi o género feminino, com uma percentagem de 77% ($n=46$), enquanto que a percentagem do género masculino foi de 23% ($n=14$). Verifi-

cou-se que na questão “na gastronomia tradicional Portuguesa, o pão é o ingrediente principal de que prato” e na questão “quais dos seguintes alimentos devem ser consumidos menos de uma vez por semana e em pequenas quantidades” houve uma percentagem de respostas certas de 100% ($n=60$). Verificou-se uma maior percentagem de respostas erradas nas questões “quais dos seguintes são importantes no fortalecimento dos ossos” e “qual das seguintes opções é considerada uma leguminosa” com valores de 57% ($n=34$) e 63% ($n=38$), respetivamente. Relativamente às percentagens de cada opção escolhida na questão “qual dos seguintes alimentos contém lactose”, verificou-se 65% ($n=39$) de respostas certas. Relativamente à questão “qual das seguintes opções é considerada uma leguminosa” foi possível observar que apenas 30% ($n=18$) acertou na resposta.

Discussão e Conclusão: A maioria da população estudada reconhece o azeite como a gordura de eleição na dieta mediterrânica e refere o uso de ervas aromáticas como alternativa para o uso do sal. No entanto, é de salientar que uma larga percentagem não reconhece determinados fatores como a associação do cálcio e da vitamina D no fortalecimento ósseo. Revela-se uma taxa de sucesso positiva relativamente ao conhecimento da dieta Mediterrânica como a preferencial, bem como o consumo de azeite como gordura de eleição. O conhe-

cimento relativo à boa saúde óssea através da vertente nutricional ficou aquém do esperado. Considera-se que a distinção entre a lactose e glúten e a sua associação às respetivas intolerâncias deveria ser mais clara. Retira-se que a população idosa beneficiaria de panfletos informativos e/ou de palestras relativamente às boas práticas nutricionais nas vertentes de maior foco na faixa etária inserida, nomeadamente no fortalecimento ósseo.

REFERÊNCIAS

- 1 Serviço Nacional de Saúde. Dia Mundial da Alimentação: Data alerta para a problemática da fome, pobreza e desnutrição no mundo. 2020. Acedido a: 31 de outubro de 2020. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/10/16/dia-mundial-da-alimentacao-3>
- 2 Instituto Nacional de Estatística. Balança Alimentar Portuguesa: 2012-2016. INE. 2017. Acedido a: 31 de outubro de 2020. Disponível em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=290085640&att_display=n&att_download=y
- 3 Marques, Águeda; Luzio, Fátima; Martins, José; Vaquinhas, Marina. Eating habits: scale validation for the portuguese population. Escola Anna Nery. 2011.

PO 69 - ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA EM SITUAÇÃO DE CONTENÇÃO SOCIAL EM CRIANÇAS DO PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR

Patrícia Paiva¹; Bruno Sousa²

1. Agrupamento de Escolas Cónego Dr. Manuel Lopes Perdigão; Associação de Bem-Estar de Urqueira
2. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira; CBIOS - Centro de Investigação em Biociências e Tecnologias da Saúde

Introdução: A alimentação saudável é essencial para o crescimento e desenvolvimento adequado das crianças.

Em tempos de pandemia do COVID-19, mais propriamente com a interrupção de toda a rotina diária com o propósito de prevenir a propagação do vírus, a realização de atividade física e de uma alimentação saudável são comprometidas, colocando as crianças na presença de um risco constante.

Segundo o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016 (IAN-AF 2015-2016), cerca de 25% das crianças portuguesas com idades inferiores a 10 anos possuem excesso de peso. Em circunstâncias de isolamento social, a má alimentação e o sedentarismo são fatores frequentes que podem promover o ganho de peso e poderão originar outras comorbilidades associadas, sendo de extrema importância detê-los.

Objetivos: Identificar alterações no comportamento alimentar e na atividade física em crianças do pré-es-

colar e escolar durante o período de confinamento.

Metodologia: Questionaram-se os encarregados de educação dos alunos do pré-escolar e 1º ciclo do ensino básico do Agrupamento de Escolas Cónego Dr. Manuel Lopes Perdigão através de um questionário online sobre os seus educandos de idades compreendidas entre os 3 e os 10 anos de ambos os sexos, no ano letivo de 2019/2020.

Resultados: A amostra foi constituída por 99 questionários numa população de 305 alunos pertencentes ao agrupamento, sendo que 42.4% dos que retrucaram eram encarregados de educação de crianças do pré-escolar. Segundo os resultados, as crianças estavam há cerca de 7.3 semanas (± 1.9) em isolamento social a maior parte com 4 pessoas (34.3%), e na generalidade com a mãe presente (96%).

A idade média encontrada nestas crianças foi de 6.4 anos (± 1.9) sendo que a maioria pertencia ao sexo feminino (52.5%).

Relativamente à alimentação, foi verificado que o pequeno-almoço, almoço e jantar são as refeições mais importantes para os encarregados de educação (97%). Contudo, o número de refeições não se alteraram (59.6%), alterou-se sim, o número de vezes que a criança comia entre as refeições principais (50.5%), para mais do que o habitual (72%). Ainda assim, foi possível observar que o consumo de fruta (51.5%), água (43.4%) e iogurte (31.3%) foram aumentados e que o consumo de take-away (51.5%), refeições pré-preparadas (44.4%) e leite gordo (44.4%) diminuídos, visto que consideram que os hábitos alimentares não foram alterados (58.6%) e a qualidade da alimentação também não (57.6%).

Sobre a atividade física, a maioria dos pais considera que a criança tem feito atividade física (94.9%), em média 4.6 (± 1.9) dias por semana, 46.5 (± 34.5) minutos por dia, sendo que estão em média 4.2 (± 2.5) horas por dia em sedentarismo, principalmente em atividades como ver televisão (97.0%) ou estudar/atividades pedagógicas (88.9%). Conforme os relatos, afirmam que quer o sedentarismo (36.4%), quer a atividade física (40.4%) se mantêm os mesmos de uma rotina diária normal.

Conclusão: Apreende-se dos resultados que a qualidade da alimentação melhorou aquando da presença do isolamento social, contudo a atividade física mantém-se a mesma de uma rotina diária normal. Assim, é necessário um maior acompanhamento da comunidade para que estes hábitos se possam manter e melhorar no dia a dia futuro.

PO 70 - "TENHO PINTAS DISPERSAS NO MEU CORPO": UM CASO CLÍNICO

Catarina Silva¹; Cátia Cristina²; Joana Baptista²; Svitlana Kachan³; Renato Brillhante²; Pedro Abreu⁴

1. UCSP S. Tiago Saúde, ULSCB,EPE
2. USF Beira Saúde, ULSCB,EPE
3. UCSP S. Miguel, ULSCB,EPE
4. Unidade de Reumatologia, ULSCB,EPE; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: A Vasculite Leucocitoclástica (VLC) é uma vasculite de pequenos vasos que se caracteriza pelo aparecimento de púrpura palpável ou petéquias, mais frequentemente nos membros inferiores. Pode ser desencadeada por infeções agudas, novas medicações, doenças auto-imunes, do tecido conjuntivo ou neoplasias, embora na maioria dos casos não seja possível identificar a causa. Surge igualmente em ambos os sexos, tendo uma incidência estimada de 30 casos por milhão, por ano. O tratamento é geralmente dirigido, sendo realizada terapêutica imunossupressora em casos idiopáticos, refratários ou severos.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 27 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, sem alergias medicamentosas conhecidas, sem medicação habitual, recorre a consulta de MGF por quadro de erupção cutânea nos membros inferiores e superiores, com cerca de 4 dias de evolução. Ao exame objetivo, apresentava petéquias e máculas eritemato-violáceas nos membros inferiores, até ao nível do joelho, e em ambas as mãos, até ao nível do antebraço. Sem febre, queixas urinárias, gastrointestinais, sintomas respiratórios ou toma de nova medicação. Analiticamente apresentava hemograma, coagulação, função renal, hepática e tiroideia normais, IgA, ANCA e ac anti-dsDNA negativos mas ANA positivos; sem outras alterações. Encaminhada a consulta de Reumatologia para orientação e seguimento. Por recusa da doente, não foi realizada biópsia cutânea. Optou-se por iniciar tratamento com lepicortinolo 7,5mg id durante 2 semanas, com desmame progressivo. Melhorou após 2 semanas, com resolução total do quadro após 7 semanas. Mantém estudo e seguimento em consulta de Reumatologia.

Discussão: Apesar de ser aconselhável a procura de uma causa para a VLC, a maioria dos casos é idiopático. Quando a suspeita é forte, e se torna possível excluir certas patologias através da história clínica e estudos complementares, também tem de pesar a decisão do doente em relação à realização de exames invasivos,

como a biópsia cutânea que, apesar de sugerir fortemente o diagnóstico de vasculite, acaba por não ser específica de uma entidade única, não alterando o rumo terapêutico no presente caso.

Conclusões: Existem vários fatores que podem desencadear uma VLC, tornando-se importante estarmos atentos à existência desta entidade para um diagnóstico e tratamento precoce das possíveis causas, intervindo de forma a respeitar a vontade de cada doente.

PO 71 - ADESÃO AO PADRÃO ALIMENTAR MEDITERRÂNICO NUMA POPULAÇÃO DE CRIANÇAS DO 1º CICLO

Patrícia Paiva¹; Bruno Sousa²

1. Agrupamento de Escolas Cónego Dr. Manuel Lopes Perdigão; Associação de Bem-Estar de Urqueira
2. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira; CBIOS - Centro de Investigação em Biociências e Tecnologias da Saúde

Introdução: Nas crianças é de extrema importância uma alimentação saudável para o seu crescimento e desenvolvimento.

A adesão ao padrão alimentar mediterrânico tem sido associada à saúde através da prevenção de diversas patologias e aumento da longevidade, quer nos adultos e idosos, quer nas crianças.

Contudo, Portugal como outros países do mediterrânico tem vindo a demonstrar um afastamento deste padrão alimentar devido a alterações do estilo de vida social e cultural. Esta modificação do dia a dia da nossa população tem mudado os hábitos alimentares para um maior número de refeições diárias constituídas principalmente por alimentos processados com elevada densidade energética e reduzida qualidade nutricional verificando-se juntamente um aumento do consumo de alimentos de origem animal e a diminuição do consumo de hortofrutícolas, que evidenciam efeitos negativos não só na saúde da nossa população, mas também na saúde do ambiente.

Assim, é de extrema importância a necessidade de intensificar a promoção desta herança cultural e alimentar, baseada no consumo de alimentos de origem vegetal, para o futuro da saúde pública.

Objetivos: Identificar e classificar a adesão ao padrão alimentar mediterrânico em crianças do 1º ciclo.

Metodologia: Questionaram-se 43 alunos do 1º ciclo de ambos os sexos, no ano letivo 2020/2021, através do questionário *Mediterranean Diet Quality Index for children and adolescents* (KIDMED). Posteriormente foram

analisadas todas as respostas e classificadas como: alta adesão (≥ 8), adesão intermédia (4-7) e baixa adesão (≤ 3).

Resultados: Na amostra de 43 alunos do 1º ciclo a idade média foi de 7.0 (± 1.1) anos e 72.1% eram do sexo masculino.

Ao avaliar a adesão ao padrão alimentar mediterrânico, verificou-se que 67.4% apresentava uma alta adesão, 27.9% mostrava uma adesão intermédia e 4.7% uma baixa adesão.

Também se observou que 100% destas crianças tomavam o pequeno-almoço diariamente, mas 18.6% ainda tinham produtos de pastelaria e confeitaria nesta refeição e apenas 81.4% apresentava laticínios e 72.1% cereais ou derivados. Reparou-se também que 16.7% consumia doces e guloseimas diariamente, tal como 9.3% vão a restaurantes de “fast food” mais de uma vez por semana.

Contudo, cerca de 90.7% come uma fruta ou sumo de fruta diariamente, mas somente 58.1% consome duas, tal como 93% ingerem uma vez hortícolas frescos ou cozinhados, mas só 62.8% ingere duas vezes por dia. Além disso, 90.7% comem massa ou arroz mais de cinco vezes por semana e 88.4% utilizam azeite em casa, mas apenas 41.9% consome frequentemente frutos oleaginosos.

Conclusão: Assim urge a necessidade de promover mais este padrão alimentar não só com as crianças, mas também com os pais e a escola. É de extrema importância a valorização do tempo dedicado à confeção dos alimentos, da partilha familiar das refeições e dos produtos de origem vegetal. Sendo que, apesar de uma alta adesão desta amostra de crianças do 1º ciclo, ainda existem erros nos hábitos alimentares.

PO 72 - CARACTERIZAÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL DE IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO SÉNIOR

Patrícia Paiva¹; Bruno Sousa²

1. Agrupamento de Escolas Cónego Dr. Manuel Lopes Perdígão; Associação de Bem-Estar de Urqueira

2. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira; CBIOS - Centro de Investigação em Biociências e Tecnologias da Saúde

Introdução: O estado nutricional no idoso tem sido reconhecido como um importante fator modificável determinante da saúde e bem-estar que pode influenciar o processo de envelhecimento. Em Portugal, cerca de 21% da população é idosa e estima-se que nos próxi-

mos anos aumente.

A malnutrição é bastante comum nesta faixa etária devido às alterações do metabolismo consequentes desta fase da vida que podem acarretar desequilíbrios nutricionais, e, por conseguinte, a possibilidade de um maior número de complicações e/ou uma maior dificuldade de recuperação durante um (re)internamento.

Assim é crucial que os idosos apresentem uma alimentação completa, variada e equilibrada de modo a assegurar um estado nutricional adequado a um envelhecimento saudável.

Objetivos: Caracterizar o risco nutricional dos idosos pertencentes a uma instituição sénior.

Metodologia: Avaliaram-se 51 utentes, através da ferramenta de risco nutricional *Mini Nutritional Assessment* (MNA), com idades iguais ou superiores a 65 anos de ambos os sexos pertencentes ao lar, centro de dia e serviço de apoio domiciliário da entidade. Conjuntamente a esta avaliação realizaram-se as avaliações antropométricas do peso, estatura, perímetro braquial, perímetro geminal e perímetro da cintura. Para a classificação do estado nutricional foram considerados os critérios de Lipschitz.

Resultados: Na amostra avaliada (n=51) a idade média foi de 86.1 anos (± 6.1), uma estatura de 155.4 cm (± 7.2), um peso de 66.6 kg (± 13.9) e um índice de massa corporal (IMC) de 27.7 kg/m² (± 6.1), sendo que 76.5% dos idosos eram do sexo feminino. Verificaram-se também valores médios de 29.3 cm (± 3.7) de perímetro braquial e de 32.2 cm (± 3.8) de perímetro geminal.

De acordo com a pontuação de triagem encontrada pela ferramenta MNA, 15.7% dos seniores apresentavam-se desnutridos, 49.2% demonstravam-se sob o risco de desnutrição e 35.3% em estado nutricional adequado. No entanto, apuraram-se também valores de excesso de peso a 49% dos idosos.

Conclusão: Concluimos assim que nesta população sénior é de extrema importância uma nutrição adequada a esta faixa etária para a diminuição da mortalidade, hospitalização, institucionalização e agravamento do prognóstico evidenciando uma qualidade de vida apropriada ao envelhecimento.

PO 73 - DOUTORA A MINHA BEBÉ COXEIA!

Ana Cristina Vitorino¹; Maria Lurdes Ferreira¹

1. USF Sobreda, ACeS Almada-Seixal

Enquadramento: A Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) engloba um grupo heterogéneo de doenças raras que têm

em comum a inflamação das articulações (artrite), terem causa desconhecida (idiopática) e surgirem na infância ou adolescência (juvenil).

A AIJ oligoarticular é o subgrupo mais frequente, dividindo-se em persistente e estendida (menos de 4 e 4 ou mais articulações atingidas após 6 meses de doença, respectivamente).

O joelho é a articulação mais frequentemente envolvida e a claudicação da marcha é geralmente a primeira manifestação. A uveíte é a complicação mais frequente (afecta ¼ das crianças).

O diagnóstico é efetuado perante um quadro de artrite com mais de 6 semanas de duração, após serem excluídas outras causas como infeções ou tumores.

Em relação ao tratamento, o controlo da dor, da inflamação e das manifestações extra-articulares são o centro da terapêutica.

Descrição de caso: 8 anos, caucasiana. A.P.: varicela e escarlatina recentes, antes do aparecimento dos primeiros sintomas. A.F.: prima com Lúpus Eritematoso Sistémico.

Recorreu à urgência do CS, aos 20 meses, por dor e tumefação do tornozelo esquerdo, desde há 1 mês, sem fator desencadeante aparente. Os pais notaram claudicação da marcha e despertares noturnos. À observação apresentava bom estado geral, apirética, tumefação do tornozelo esquerdo e tumefação do joelho direito. Enviou-se à urgência hospitalar onde realizou radiografias (sem alterações), análises (Hb 11,5 g/dL; G.B. $14\ 900 \times 10^3/\text{mm}^3$ (N42,6%; L48,5%); plaquetas $499\ 000 \times 10^3/\text{mm}^3$; VS 44 mm/H; PCR 2,4 mg/L) e foi pedida consulta de Reumatologia.

Na consulta de Reumatologia, apresentava tumefação do joelho direito, tumefação do tornozelo esquerdo e palpação dolorosa das metatarsofalângicas bilaterais. Foi pedida ecografia, análises e avaliação por Oftalmologia. Prescreveu-se AINE e agendou-se consulta em 1 mês.

Ao fim de 12 dias, os pais recorreram à urgência hospitalar por persistência da dor articular e impotência funcional. À observação, estava queixosa, apirética, mantendo as tumefações prévias. Em termos analíticos, ANA 1/230; FR IgM 22,4 UI/mL. IgG 1099 mg/dL; IgA 79 mg/dL; IgM 126 mg/dL; Albumina 3,8 g/dL; Creatinina 0,2 mg/dL. Ecografia: ligeiro aumento volumétrico e densificação do tecido celular subcutâneo do tornozelo esquerdo e joelho direito, sem líquido intra-articular. Avaliação oftalmológica sem alterações. Iniciou metotrexato 5 mg/sem., ácido fólico 5 mg/sem., manutenção de AINE e programou-se consulta em 15

dias.

A doente teve melhoria clínica e laboratorial progressiva, tendo tolerado bem a terapêutica instituída e mantendo o seguimento pela Reumatologia e Oftalmologia.

Discussão: Tal como o nome indica a etiologia e patogénese não são conhecidas. Uma hipótese é que a artrite possa ser desencadeada em crianças geneticamente predispostas após infeção viral ou bacteriana.

Não existe cura, mas o tratamento possibilita, na maioria dos casos, um controlo adequado da doença e manutenção de vida normal. Os AINE são os fármacos de eleição para o controlo da dor. O Metotrexato é um medicamento modificador da doença devendo ser introduzido o mais precocemente possível (controla a inflamação e pode conduzir à remissão). O ácido fólico é utilizado para reduzir os efeitos indesejáveis do metotrexato. Os medicamentos biológicos estão reservados para doentes com uveíte ou com AIJ oligoarticular estendida.

As recorrências da doença ocorrem em 1/5 destas crianças e, portanto, o acompanhamento da doença deve ser periódico.

Conclusões: Pretendeu-se com este caso clínico alertar para o diagnóstico e tratamento desta patologia, devendo este iniciar-se o mais precocemente possível. Além disso, nestes casos, uma boa relação entre o médico, a criança e os familiares é fundamental pois tratando-se de uma doença crónica esta vai ter impacto na dinâmica familiar, sendo importante a ajuda na adaptação e reorganização da família, para que não ocorram relações disfuncionais entre os seus membros.

PO 74 - SÍNDROME DE SAPHO OU DOENÇA ÓSSEA DE PAGET? OS DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO INICIAL

Ana Bento da Silva¹; Maria Helena Lourenço¹; Tiago Saldanha²; Maria João Gonçalves¹; Manuela Costa³; Jaime C. Branco⁴

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal ; Centro de Estudos de Doenças Crónicas (CEDOC), NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal
2. Serviço de Radiologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal
3. Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

4. NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal ; Centro de Estudos de Doenças Crónicas (CEDOC), NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal ; Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar

Introdução: A síndrome de SAPHO é uma entidade heterogênea caracterizada pela presença de sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte. Apesar de maioritariamente identificada em adultos jovens, pode manifestar-se em todas as faixas etárias.

Caso Clínico: Mulher, 55 anos de idade, administrativa, com antecedentes de obesidade, dislipidemia, tabagismo (40 UMA), perturbação de ansiedade, alopecia areata e psoríase palmo-plantar sob Metotrexato (MTX). Enviada à consulta de Reumatologia por episódios intermitentes de dor torácica anterior constante, tipo pressão, sem irradiação, agravada em períodos de maior ansiedade e com resposta parcial a anti-inflamatórios não esteroides (AINEs). Tinha sido previamente excluída causa cardiopulmonar. Adicionalmente, apurou-se dor generalizada, fadiga e perturbação do sono; objetivamente, destacava-se obesidade, dor intensa à palpação das articulações condroesternais e lesões pustulosas e descamativas, coalescentes entre si, na face plantar e medial de ambos os pés. O estudo analítico revelou ligeiro aumento de parâmetros inflamatórios (VS 44mm/h e PCR 1.26mg/dL), elevação isolada da Fosfatase Alcalina (FA 119 U/L), Ca²⁺ 10.3mg/dL, PTHi 13.8pg/mL e Vitamina D 40.5nmol/L. Perante elevação da FA e parâmetros inflamatórios, foi solicitada Cintigrafia Óssea, que revelou: “aumento intenso da atividade osteoblástica no esterno, possivelmente traduzindo envolvimento por Doença Óssea de Paget (DOP).” Contudo, tendo em consideração a baixa prevalência do envolvimento esternal pela DOP e os antecedentes de pustulose palmo-plantar da doente, foram revistas as imagens cintigráficas. Para além do descrito, era evidente o envolvimento simétrico das primeiras articulações condroesternais. A TC de tórax prévia demonstrava igualmente um aumento da densidade circunscrita ao manúbrio esternal e primeiras articulações condroesternais, com envolvimento da cartilagem e irregularidades da cortical óssea interna e externa. Perante estes achados, colocou-se como hipótese diagnóstica mais provável a síndrome de SAPHO. A doente realizou perfusão única de ácido zoledrónico e iniciou reforço de vitamina D, com boa resposta clínica e laboratorial.

Discussão: A Síndrome de SAPHO pode ser considerada um subgrupo de artrite psoriática; é uma entidade rara, encontrada em menos de 3% destes doentes, mas cerca de 67% dos doentes com SAPHO, apresenta psoríase vulgar ou pustulose palmo-plantar. A parede torácica anterior é a região mais frequentemente afetada. De salientar, o envolvimento das clavículas, esterno e articulações esternoclaviculares, que se apresenta cintigraficamente como um aumento da captação de radionucleótidos numa distribuição típica conhecida como “bull’s head sign”, muito sugestiva desta síndrome, não verificada, contudo, neste caso, dada a ausência de envolvimento das articulações esternoclaviculares. A TC, por sua vez, demonstra frequentemente erosões das articulações adjacentes, como aqui observado. O tratamento de primeira linha consiste em AINEs, que a doente cumpria com alguma resposta. Outras opções incluem corticoides sistémicos, metotrexato ou, em casos refratários, antagonistas do fator de necrose tumoral. Alguns estudos, demonstraram também eficácia terapêutica com bifosfonatos como o ácido zoledrónico, justificando deste modo o benefício clínico observado nesta doente. Pondera-se ainda o aumento da dose de MTX.

Conclusões: Este caso clínico alerta o profissional para a necessidade de uma suspeita clínica apurada para deteção precoce desta doença, tendo em consideração a sua raridade e clínica inespecífica. Salienta-se ainda a reduzida especificidade da cintigrafia óssea para o diagnóstico diferencial, como se verificou neste caso ao se assumir o diagnóstico inicial de DOP. O tratamento atempado é crucial, de modo a evitar a progressão da doença e eventuais complicações, como a síndrome do desfiladeiro torácico, secundária a inflamação dos tecidos moles adjacentes.

PO 75 - FEBRE DE ORIGEM DESCONHECIDA COMO SINTOMA DE APRESENTAÇÃO EM DOENÇAS REUMÁTICAS

Ana Isabel Maduro¹; André Saraiva¹; Mariana Luís¹; Liliana Saraiva¹; Armando Malcata¹; Margarida Coutinho¹; Sara Serra¹
1. CHUC

Introdução: As doenças auto-inflamatórias sistémicas (DAIS) fazem parte do diagnóstico diferencial de febre de origem desconhecida, encontrando-se associadas a disfunção de células do sistema imune inato. Caracterizam-se por episódios de febre e sinais/sintomas inflamatórios sistémicos, desde manifestações cutâneas

e musculoesqueléticas a alterações neurológicas, gastrointestinais e hematológicas variáveis. As DAIS compreendem não só as síndromes febris hereditárias recorrentes monogénicas (como a febre familiar do Mediterrâneo, síndrome de febre periódica associada ao TNF e a síndrome periódica associada à criopirina), mas também doenças poligénicas/etiologia genética incerta, onde se inclui a Doença de Still do Adulto. O conhecimento sobre estas patologias é limitado e o atraso no diagnóstico é comum. A ausência de controlo adequado da atividade inflamatória subjacente, pode levar a falência de órgão-alvo e morte por amiloidose secundária.

Os autores comparam dois casos de febre de origem desconhecida. O primeiro caso refere-se a uma doente de 25 anos, com história de febre recorrente dos 12 até aos 20 anos de idade (duração média de 15 dias; cerca de 2-3 episódios por ano). Estes episódios eram ainda acompanhados de vômitos, cervicalgia e mialgias (assintomática entre crises). O estudo realizado na infância tinha sido inconclusivo. Foi internada ao cuidado da Reumatologia aos 25 anos, por recorrência do quadro. Ao exame objetivo, apresentava-se febril, sem outras alterações de relevo. O estudo analítico revelou anemia microcítica hipocrômica (já presente e estudada desde a infância), padrão de citocolestase e elevação marcada dos reagentes de fase aguda. Imagiologicamente, apresentava hepatoesplenomegalia e serosite. Realizou tratamento com AINES e colquicina, tendo apresentado apenas resposta favorável à corticoterapia na dose de 1mg/kg/dia. Após terem sido descartadas doenças infecciosas, auto-imunes e neoplásicas, dada a clínica de febre recorrente sem outra etiologia, foi colocada a hipótese de Síndrome Auto-Inflamatório e pedido estudo genético, que foi negativo. Aguarda autorização para início de tratamento biológico com inibidor da IL-1. O segundo caso, retrata uma doente de 33 anos transferida para o Serviço de Reumatologia ao 25º dia de internamento, a partir do Serviço de Doenças Infecciosas, por febre de origem desconhecida. À admissão, teria apresentado odinofagia, tendo sido colocada a hipótese inicial de amigdalite e iniciada antibioterapia empírica, sem resposta. Analiticamente, de destacar o padrão citocolestático e a elevação dos reagentes de fase aguda. À nossa observação, apresentava-se febril, com artralguas, adenopatias cervicais e exantema maculopapular evanescente, envolvendo o tronco e os membros proximais. A febre evoluiu para picos diários superiores a 39°C, de predomínio vespertino e sem resposta aos AINEs. Apresentava hiperferritinemia

marcada (68916 ng/mL) e os exames imagiológicos revelaram hepatoesplenomegalia e serosite. Face à presença de febre prolongada de padrão vespertino, rash característico, artralguas, adenopatias, hepatoesplenomegalia, após exclusão de etiologia infecciosa e neoplásica, foi considerado o diagnóstico de Doença de Still do Adulto, cumprindo os critérios de Yamaguchi. Iniciou prednisolona 1mg/kg/dia, sem resposta clínica ou analítica. Por resposta insuficiente à corticoterapia, foi iniciado o anakinra, com resolução completa do quadro.

Discussão: os autores pretendem ilustrar dois diagnósticos pouco frequentes de febre de origem desconhecida, em idade adulta, que têm em comum o facto de se incluírem no grupo das DAIS.

Conclusão: As DAIS constituem diagnósticos de exclusão que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial da febre de origem desconhecida. Os reumatologistas podem desempenhar um papel importante no reconhecimento precoce e tratamento adequado destas doenças, de forma a controlar a inflamação sistémica e prevenir a lesão de órgão e amiloidose secundária.

PO 76 - DERRAME PLEURAL COMO SINAL DE APRESENTAÇÃO DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

André Pinto Saraiva¹; Ana Isabel Maduro¹; Sara Serra¹; Margarida Coutinho¹; Armando Malcata¹; Marlene Sousa¹; Liliana Saraiva¹; Cátia Duarte¹

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

Introdução: As doenças do tecido conjuntivo (DTC) têm fisiopatologia complexa e, por vezes, mal compreendida. O diagnóstico é feito com base num conjunto de sinais, sintomas e alterações analíticas, nomeadamente o perfil de auto-imunidade. A sua apresentação é muito variável, podendo apresentar uma multiplicidade de sinais e sintomas que envolvem praticamente todos os sistemas. Em alguns doentes apresentam-se de forma clara, noutros pode levar anos até que a doença assuma um perfil esclarecedor.

Caso Clínico: Os autores relatam o caso de uma doente, de 26 anos, com o diagnóstico de Síndrome de Sjogren primário (SS) com nove anos de evolução e antecedentes de dermatomiosite juvenil, em remissão. Na consulta de reumatologia foi objetivado derrame pleural esquerdo de pequeno volume, sem compromisso respiratório. Decorridos três dias, a doente recorreu ao

serviço de urgência por agravamento do estado geral, com quadro de tosse, dispneia, febre e dor torácica de características pleuríticas. Apresentava radiografia torácica com agravamento do derrame pleural. Ao exame objetivo apresentava múltiplas adenopatias e artrite periférica. Foram excluídos tromboembolismo pulmonar e infecção por SARS COV2

Analicamente salienta-se a presença de anemia microcítica hipocrômica (Hb:7,1 g/dl, VCM:78,8ft/L), sem evidência de hemólise intravascular, elevação dos reagentes de fase aguda (VS 72 mm/1^oh mm e PCR:4,53 mg/dl), hipocomplementemia (C3 0,37 g/L, C4 <0,03 g/l) e o seguinte padrão de auto-imunidade: anticorpos antinucleares (ANAs):1/1280 padrão mosqueado, Anti- dsDNA>1000, Anti-SSA e Anti-SSB positivos fortes e Anti-Sm positivo moderado, e culturas e serologias negativas. Por agravamento progressivo do derrame pleural foi realizada toracocentese evacuadora e diagnóstica com líquido pleural com características de exsudado, com baixa celularidade e com título de ANAs sobreponíveis aos níveis séricos, sem presença de células neoplásicas. A ecografia revelou adenopatias cervicais e axilares, a maior das quais com 4,5cm de maior eixo, sem captação sugestiva de doença linfoproliferativa de alto grau em tomografia por emissão de positrões.

Perante o quadro de serosite, febre, anemia, artrite e o perfil de auto-imunidade, e tendo sido excluídas causas infecciosas e neoplásicas, foi assumido o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico em *flare*. Realizou bólus de metilprednisolona (125mg) e iniciou toma diária de hidroxiquina 400mg e prednisolona 30 mg, com melhoria clínica, laboratorial e imagiológica.

Discussão: O diagnóstico diferencial das doenças do tecido conjuntivo ao longo da sua evolução é desafiante. A associação entre linfoma de Hodgkin e SS está bem descrita, representando, possivelmente, a associação mais reconhecida entre doença auto-imune e neoplasias malignas. Os portadores de SS apresentam um risco 44 vezes superior à população saudável, por este motivo, a principal prioridade foi a exclusão de linfoma.

Feita esta exclusão, perante a clínica e alteração do padrão de auto-imunidade, relativamente ao basal da doente, agora com Anti-dsDNA e Anti-Sm positivos, foi estabelecido o diagnóstico de LES em *flare* o que motivou início de corticoterapia, com excelente resposta. A pleurite é a manifestação pulmonar mais comum do LES, contudo, segundo a literatura, o derrame pleural associado é mais comumente bilateral ou

direito.

Conclusão: Este caso demonstra a importância de se manter uma vigilância adequada dos doentes portadores de DTC, não só pelas possíveis complicações a que estão associadas, mas também pela sua alteração fenotípica salientando-se a necessidade de uma vigilância contínua e por vezes uma atitude expectante perante um diagnóstico inicial.

PO 77 - RADIOSSINOVIORTESE NO TRATAMENTO DA SINOVITE VILONODULAR PIGMENTADA

Ana Isabel Maduro¹; André Saraiva¹; João Freitas¹; Flávio Costa¹; Armando Malcata¹; Margarida Coutinho¹; Sara Serra¹
1. CHUC

Introdução: A sinovite vilonodular pigmentada (SVP) é uma doença proliferativa do tecido sinovial, benigna, rara, que afeta com mais frequência a articulação do joelho. A base do tratamento é a ressecção cirúrgica (sinovectomia total). Contudo, devido à elevada taxa de recorrência local pós-cirurgia, em muitos casos, é usada a radiosinoviotese (RSO), que tem demonstrado uma boa eficácia nas formas recorrentes da doença. A RSO consiste na injeção intra-articular de um radiofármaco, permitindo que este entre em contato com a membrana sinovial e que seja fagocitado. A radiação destrói a sinovial e interrompe a atividade inflamatória, o que resulta num alívio da dor e do derrame.

Casos Clínicos e revisão: Apresenta-se o caso de dois jovens com formas recorrentes de SVP e aos quais foi aplicada a técnica de RSO. É, ainda, descrito sumariamente o procedimento, indicações, contraindicações e principais complicações associadas. O primeiro caso retrata um doente de 36 anos, com antecedentes de psoríase e monoartrite do joelho esquerdo, associada a derrame articular exuberante e incapacidade para a marcha. Teria sido inicialmente assumido o diagnóstico de artrite psoriática e medicado com AINE e tratamento imunossupressor, sem melhoria. Neste contexto, foi pedida RMN do joelho, que revelou alterações compatíveis com sinovite vilonodular pigmentada, posteriormente confirmadas por biópsia sinovial. Perante estes achados, foi submetido a sinovectomia aberta, mantendo, contudo, dor e derrame articular. Por apresentar recidiva pós sinovectomia, foi proposto a tratamento com RSO. Atualmente, mantém-se sem queixas de dor e de tumefação do joelho. O segundo caso refere-se a uma doente de 28 anos, seguida em

consulta de Reumatologia por sinovite crónica do joelho esquerdo com derrames articulares de repetição, apesar de vários tratamentos e infiltrações locais. A radiografia simples do joelho nas incidências anteroposterior e perfil não apresentava alterações. Optou-se por realizar RMN e biópsia sinovial, que foram fortemente sugestivas de sinovite vilonodular pigmentada, tendo sido submetida a sinovectomia artroscópica. Contudo, manteve queixas, com incapacidade funcional, tendo-se programado tratamento com RSO. Durante o procedimento, houve alguma dificuldade na injeção do radiofármaco na bolsa subquadrípital, por provável septação da sinovial. O cintigrama de controlo mostrou captação difusa na bolsa quadrípital e pouca dispersão do produto aos restantes recessos do joelho. Apesar disso, no global, referia melhoria da dor no joelho e capacidade funcional, já não necessitando de auxiliares de marcha. Dada a inflamação residual (confirmada por ecografia) irá repetir o procedimento, desta vez, sob controlo fluoroscópico. A RSO é uma técnica ainda utilizada em poucos centros no tratamento da patologia articular inflamatória crónica dolorosa, após claro insucesso da terapêutica médica e cirúrgica, e com eficácia demonstrada. As principais indicações são a sinovite crónica persistente em doenças articulares inflamatórias (como a artrite reumatóide), artrose, hemartrose em hemofílicos, derrame articular recorrente e SVP. As contra-indicações absolutas incluem gravidez e amamentação, infeção cutânea ou articular, fratura óssea e quisto de Baker. As complicações são raras, podendo ocorrer dor local, sinovite aguda, artrite séptica, radiodermite e necrose dos tecidos.

Discussão: com estes dois casos, os autores pretendem demonstrar que a RSO pode ser uma alternativa para casos de SVP recidivantes, após cirurgia. No primeiro caso, o doente ficou totalmente assintomático e recuperou a capacidade funcional. No segundo caso, apesar de haver dificuldade no procedimento (por septação sinovial), a doente apresentou melhoria das queixas.

Conclusão: A técnica de RSO pode ser um método local, simples e relativamente não invasivo, a considerar nas formas recorrentes da doença, permitindo a diminuição significativa da dor e edema das articulações envolvidas.

PO 78 - REAÇÃO CUTÂNEA SECUNDÁRIA À ADMINISTRAÇÃO DE ANAKINRA, UM EFEITO A TER EM MENTE

André Pinto Saraiva¹; Ana Isabel Maduro¹; Mariana Luís¹; Luísa Brites¹; Armando Malcata¹;

Sara Serra¹; Margarida Coutinho¹

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

Introdução: A doença de Still do Adulto é uma doença inflamatória sistémica caracterizada por febre diária, artrite e eritema evanescente. A sua etiologia é desconhecida e o seu tratamento tem por objetivo principal atingir a remissão, evitando o desenvolvimento de complicações, como a síndrome de ativação macrofágica ou a amiloidose secundária. A terapêutica instituída irá depender da gravidade do quadro. Casos severos, com atingimento de órgão nobre ou refratários à terapêutica de primeira linha poderão beneficiar da introdução de fármacos biológicos, nomeadamente com ação inibidora sobre a interleucina-1 (IL-1), como o Anakinra. Este fármaco é administrado de forma subcutânea, diária. Os efeitos adversos mais frequentes são as reações cutâneas no local da injeção, ocorrendo em algumas séries em até 64% dos doentes.

Caso Clínico: Os autores relatam o caso de uma doente do sexo feminino, de 33 anos, com o diagnóstico de Doença de Still do Adulto (febre diária, artrite, rash evanescente, leucocitose, serosite, linfadenopatias e esplenomegalia) medicada inicialmente com anti-inflamatórios não esteroides e prednisolona 1mg/kg/dia, sem qualquer resposta. Posteriormente iniciou terapêutica biológica com Anakinra 100mg/dia, com resolução rápida e completa do quadro. Decorridas três semanas de terapêutica, inicia quadro de lesões eritematosas, maculares, pruriginosas e bem delimitadas nos locais de administração do fármaco, com parca resposta à aplicação de corticoide tópico e anti-histamínico oral, o que motivou a suspensão do fármaco. Apenas 24h após a suspensão da terapêutica com Anakinra, e apesar da manutenção de prednisolona em alta dose, reinicia quadro de febre, odinofagia e mal-estar geral com leucocitose e elevação dos reagentes de fase aguda, sugestivo de reagramento da doença de base.

Foi iniciada terapêutica com Tocilizumab, com boa resposta. Inicialmente, optou-se pela administração endovenosa (por receio de nova reação local) que acabou por ser substituída pela subcutânea, para maior comodidade da doente.

Nas consultas de seguimento foi possível objetivar a boa tolerância a esta terapêutica, sem evidência de novos efeitos adversos cutâneos locais, e manutenção de bom controlo da doença

O caso foi discutido com Imunoalergologia no sentido de tentar determinar se a reação alérgica foi devi-



da ao princípio ativo ou a um excipiente presente na formulação, encontrando-se a doente a aguardar estudo. Esta questão poderá ser relevante no caso de nova reação local ou falência secundária de resposta com o Tocilizumab, atendendo à forma de apresentação exuberante da doença ao diagnóstico, à ausência de resposta à corticoterapia mesmo em alta dose e à escassez de outras alternativas terapêuticas restantes.

Discussão: O efeito adverso mais comumente reportado ao Anakinra são as reações no local da injeção, sendo o principal motivo de descontinuação da terapêutica. A maioria dos doentes apresenta placas quentes, eritematosas, com edema, com 3 a 5 centímetros de diâmetro no local da injeção e as lesões surgem geralmente ao fim de oito a 16 dias de utilização do fármaco, tal como reportado neste caso. A reativação da doença num curto espaço é justificada pela curta semi-vida do Anakinra (cerca de 6h). A utilização de fármacos inibidores da IL-6, enzima chave na cascata inflamatória, representa uma excelente alternativa.

Estão bem descritos na literatura, casos em que foi realizada dessensibilização ao Anakinra, sobretudo em doentes com reações de hipersensibilidade tardia, pela ausência de alternativa terapêutica. Neste caso tal poderá vir a ser necessário se existir intolerância/falência ao Tocilizumab

Conclusão: Este caso denota a importância de ter sempre um plano terapêutico alternativo em caso de falência das terapêuticas de primeira linha. Realça, ainda, a necessidade de uma abordagem multidisciplinar por várias especialidades médicas, neste caso por parte da reumatologia e imunoalergologia.

PO 79 - QUANDO A PSORÍASE SURGE DEPOIS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ana Isabel Maduro¹; André Saraiva¹; Marlene Sousa¹; Luísa Brites¹; Armando Malcata¹; Margarida Coutinho¹; Sara Serra¹
1. CHUC

Introdução: A artrite psoriática (AP) é uma doença inflamatória sistémica crónica que apresenta heterogeneidade na apresentação clínica e na gravidade dos sintomas cutâneos e articulares. A evidência é contraditória em relação à existência ou não de uma correlação entre a gravidade da doença cutânea e articular. Alguns estudos mostram que existe associação entre psoríase ungueal e o envolvimento das interfalângicas distais (IFD) na AP. O padrão de atingimento pode ser muito variado, desde uma mono-oligoartrite ligeira até uma

poliartrite, erosiva e destrutiva (indistinguível de artrite reumatoide) ou espondilartropatia com envolvimento axial ou entesite. Nas formas mais graves (como é o caso da forma mutilante), a AP pode levar a deformação e dano articular irreversível, associado a comprometimento da qualidade de vida e função. A confirmação de psoríase pode alertar para um diagnóstico precoce de AP. No entanto, alterações menos extensas como psoríase ungueal e/ou lesões psoriáticas na fenda glútea e no couro cabeludo podem ser as únicas alterações cutâneas e não serem detetadas ao exame objetivo.

Casos clínico: Os autores relatam o caso de um homem de 38 anos, mediador de seguros, com história de poliartrite deformante das mãos e pés, com 15 anos de evolução, que sempre foi desvalorizada. Há cerca de 8 anos, o doente procurou Reumatologista, tendo sido assumido o diagnóstico de Artrite Reumatóide, face a quadro de poliartrite e fator reumatóide positivo. Neste contexto, foi medicado com AINEs e metotrexato, que suspendeu por intolerância gastrointestinal, tendo abandonado as consultas de Reumatologia. Mais recentemente, foi referenciado à nossa consulta por quadro progressivo de deformação articular, que o doente continuava a não valorizar. Na consulta de Reumatologia foi confirmado o diagnóstico de poliartrite com atingimento preferencial das mãos e pés. Apresentava ainda uma cervicalgia de ritmo inflamatório de evolução recente. Não existia história de psoríase cutânea, mas desde há dois anos apresentava alterações distróficas unguais interpretadas como micose ungueal e tratadas como tal, sem sucesso. A nossa suspeita foi de psoríase ungueal (confirmada pela Dermatologia). Este achado, associado a alterações radiográficas típicas (fenómenos de reabsorção óssea, deformação em “bico de lápis e taça” e a existência de sindesmófitos cervicais), assim como envolvimento de algumas IFD, permitiu assumir o diagnóstico de AP Deformante/Mutilante. Atualmente encontra-se medicado com metotrexato 20mg/semana, com bom controlo da artrite. Contudo, apresenta já um dano articular considerável, com limitação da mobilidade dos punhos, anquilose e luxações das pequenas articulações de mãos e pés e encurtamento de falanges, com fenómeno de telescopagem (imagem).
Discussão: Este caso clínico ilustra um diagnóstico de AP Deformante/Mutilante num adulto jovem, diagnosticada numa fase tardia, apresentando já alterações articulares irreversíveis. Estas alterações não foram valorizadas durante anos, com repercussão na qualidade de vida e atividade profissional. Retrata, ainda, uma situação menos típica de AP, na qual a psoríase surge após

o quadro articular. De facto, neste doente, a única alteração cutânea era a psoríase ungueal, de evolução recente, confundida com micose. Também neste doente, se verificou a associação entre psoríase ungueal e atinamento das IFD.

Conclusão: A AP pode levar a deformação e dano articular grave, associado a comprometimento da qualidade de vida e função, constituindo-se assim, uma doença potencialmente deformante e incapacitante. A deteção e o tratamento precoces podem prevenir a destruição, deformidade e incapacidade funcional nas articulações envolvidas.

PO 80 - MELANONÍQUIA, EFEITO ADVERSO DE FÁRMACOS DE USO COMUM EM REUMATOLOGIA

André Pinto Saraiva¹; Ana Isabel Maduro¹;
Ana Rita Prata¹; Helena Assunção¹;
Armando Malcata¹; Sara Serra¹; Margarida Coutinho¹
¹Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra

Introdução: A melanoníquia é caracterizada pela descoloração castanha escura do leito ungueal por deposição de melanina. A forma longitudinal é o padrão morfológico mais comum e a sua prevalência apresenta grande variação geográfica, atingindo os 19,46% em algumas populações. Os mecanismos que levam ao seu surgimento não são completamente conhecidos, pode dever-se a ativação e hiperplasia melanocítica ou a invasão patogénica da matriz ungueal. Pode ter etiologia benigna, como exposição a fármacos ou doenças endócrinas, ou maligna, como melanoma ungueal. As características da lesão variam com a etiologia

Caso Clínico: Os autores relatam o caso de uma doente do sexo Feminino, de 49 anos de idade, com o diagnóstico de Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte (Síndrome Churg-Strauss), diagnosticada há cerca de 9 meses. A doente apresentava envolvimento do trato respiratório superior e inferior, envolvimento cardíaco e do sistema nervoso central, pelo que iniciou, como terapêutica de indução da remissão prednisolona 60/mg dia, em esquema decrescente, e ciclos de ciclofosfamida na dose de 15mg/kg. À data da realização do 10º, e último ciclo, de ciclofosfamida foram objetivadas alterações ungueais com hiperpigmentação difusa, envolvendo praticamente todo o leito das unhas dos dedos das mãos e algumas dos pés. Apresentava, ainda, no 1º dedo da mão direita, uma estria hiperpigmentada bem delimitada, longitudinal que percorria

todo o leito ungueal. Sem alteração da coloração cutânea ou das mucosas. Perante esta alteração, e por não ser possível a exclusão de melanoma, foi realizada dermatoscopia do leito ungueal que revelou características benignas. A lesão estriada apresentava linhas acastanhadas unicolores, longitudinais, paralelas, uniformemente espaçadas ao longo de todo o comprimento do leito ungueal, sem outras alterações. Perante os achados de benignidade e por existir um fator etiológico provável para estas alterações não foi realizada biópsia de lesão, tendo-se optado por uma atitude vigilante. A doente terminou a terapêutica de indução, tendo iniciado posteriormente terapêutica de manutenção com azatioprina na dose de 100mg dia e manteve seguimento em reumatologia. Objetivou-se resolução completa das alterações ungueais ao fim de 7 semanas.

Discussão: Os achados à dermatoscopia, o envolvimento de múltiplas unhas, a ausência de distrofia ungueal ou alterações peri-ungueais e a evolução clínica confirmaram a benignidade do quadro. Neste caso as alterações foram atribuídas à utilização de ciclofosfamida. Este fármaco, está associado ao desenvolvimento de alterações ungueais que surgem, habitualmente, 1 a 2 meses após o início da terapêutica e podem apresentar-se como alterações difusas da pigmentação do leito, estrias hiperpigmentadas longitudinais ou apenas como hiperpigmentação da região proximal. Envolvem mais frequentemente as unhas das mãos, e desaparecem, após 6-8 semanas da descontinuação do fármaco. Devido ao seu mais rápido crescimento, as unhas do 1º e 2º dedos são mais frequentemente afetados. Por outro lado, é fundamental que o clínico esteja atento a alterações sugestivas de malignidade, nomeadamente o envolvimento de uma única unha com linhas melanocíticas, de cor não uniforme, sem paralelismo, em pirâmide de base proximal, com alterações peri-ungueais associadas.

Conclusão: A melanoníquia constitui um achado que pode ser fonte de grande preocupação para o clínico e para o doente, uma vez que pode estar associado a patologia de natureza maligna cujo prognóstico é reservado. Na maioria das situações constituirá uma situação benigna que carece apenas de diagnóstico clínico e vigilância, uma vez que será auto-limitada. Está bem documentada a sua associação à utilização de quimioterápicos e imunossuppressores frequentemente utilizados em reumatologia, não constituindo uma indicação para interrupção terapêutica. O doente deverá ser tranquilizado sobre o bom prognóstico, mantendo, contudo, vigilância clínica regular

PO 81 - OSTEONDRMATOSE MÚLTIPLA HEREDITÁRIA: UM CASO FAMILIAR DE UMA PATOLOGIA INCOMUM

Ana Isabel Maduro¹; André Saraiva¹;
Helena Assunção¹; Ana Rita Prata¹;
Maria João Salvador¹; Armando Malcata¹; Sara Serra¹;
Margarida Coutinho¹
1. CHUC

Introdução: Os osteocondromas são protuberâncias ósseas revestidas por cartilagem e que se projetam tipicamente nas extremidades dos ossos longos, predominantemente junto à articulação do joelho, embora possam envolver praticamente todo o esqueleto (à exceção dos ossos faciais). A forma de apresentação mais comum é a lesão única (osteocondroma solitário). O desenvolvimento de múltiplos osteocondromas é menos frequente e está associado à osteocondromatose múltipla hereditária (OMH). A OMH ou Exostose Múltipla é uma entidade autossómica dominante rara (1:50.000), causada por mutações com perda de função nos genes EXT1 ou EXT2. Os sintomas de apresentação mais frequentemente relatados são a dor, tumefação, deformidade e diminuição da amplitude articular. Os osteocondromas podem, ainda, estar associados a outras complicações, incluindo compressão de estruturas neurovasculares e transformação maligna. O diagnóstico é clínico e baseado nas imagens radiográficas, podendo ser complementado por histologia. A excisão cirúrgica dos osteocondromas tem indicação na doença sintomática ou por razões estéticas.

Caso clínico: Relata-se o caso de uma doente de 63 anos, com queixas de dor e tumefação nos joelhos desde os 16 anos, que foi referenciada a consulta de Reumatologia aos 42 anos por poliartalgias com vários anos de evolução, localizadas aos ombros, punhos, pequenas articulações das mãos, joelhos e tibiotársicas, de ritmo mecânico. Ao exame objetivo eram visíveis deformações nos joelhos compatíveis com exostoses, com limitação na mobilização desta articulação. As radiografias articulares mostraram múltiplas exostoses junto às articulações dos joelhos, tibiotársica direita, anca direita, punho direito e ombro esquerdo (imagens). A doente referia antecedentes familiares (mãe, irmã e filha) compatíveis com OMH, pelo que foi feito este diagnóstico. Mais recentemente, informou-nos que um dos netos apresentava um quadro idêntico.

Discussão: Os autores descrevem um caso de osteocondromatose envolvendo vários ossos longos e história familiar positiva, compatível com OMH. O diag-

nóstico de OMH é realizado quando radiologicamente estão presentes pelo menos dois osteocondromas em ossos longos e na, maioria das situações, existe história familiar positiva, tal como se verifica com esta doente. Neste caso, a doente apresentava dor e alguma limitação funcional, mas sem outras complicações. Embora seja uma condição benigna, a OMH pode ter um impacto negativo na qualidade de vida. De facto, dependendo da localização, tamanho e número, as exostoses podem levar a limitação da mobilidade articular, neuropatia e síndromes de dor crónica (por compressão neurovascular e de tendões), bem como estarem associadas a alterações estéticas, que podem afetar a auto-estima e saúde mental dos doentes.

Conclusão: A OMH é uma doença rara e benigna para a qual não existe tratamento médico. Requer, contudo, uma avaliação médica frequente para avaliação de possíveis complicações, vigilância de eventual transformação maligna e correção cirúrgica quando a função é afetada.

PO 82 - ANTICORPO ANTIGOLGI NUM DOENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE – CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

Raquel Freitas¹; Fátima Godinho¹
1. Hospital Garcia de Orta

Introdução: A maioria dos auto-anticorpos contra componentes citoplasmáticos ou nucleares (ANA) estão devidamente caracterizados e são usados extensivamente como marcadores de doenças. Por contraste, é raro detetar auto-anticorpos contra o complexo Golgi, um organelo envolvido no processamento e transporte de proteínas¹.

Os anticorpos anti-Golgi (AGA) são detetados por imunofluorescência indireta (IIF) e foram pela primeira vez descritos em 1982 numa doente com Síndrome de Sjogren (SS) e linfoma². Desde então, os AGA tem sido reportados mais frequentemente no soro de doentes com doenças auto-imunes (DAI), nomeadamente SS e lúpus eritematoso sistémico (LES)²⁻⁴. Todavia, este auto-anticorpo pode ser encontrado noutras doenças não auto-imunes, como a ataxia cerebelar idiopática (ACI) e infeções virais⁴.

Baixos títulos de AGA têm sido reportados em doentes com infeções virais, contudo, a sua presença em altos títulos na ausência de um quadro clínico típico pode constituir um sinal precoce de uma DAI sistémica⁵.

Os AGA são raros e apresentam-se com uma padrão característico na IIF constituindo grânulos adjacentes

a um lado do núcleo⁶.

Caso clínico: Reportamos o caso de uma mulher de 31 anos, caucasiana, natural do Brasil, com antecedentes pessoais de hipotireoidismo e ex-fumadora. Referenciada há 1 ano à consulta de reumatologia por poliartralgias simétricas de ritmo inflamatório com 6 meses de evolução. À observação inicial, a doente apresentava poliartrite dos punhos, metacarpofalanges e interfalângicas proximais. Não apresentava outras queixas clínicas nem outras alterações ao exame objetivo. O estudo analítico revelou um aumento dos parâmetros inflamatórios (velocidade de sedimentação de 60mm na 1^ah), serologias virais negativas, fator reumatoide positivo (32UI/mL) e anticorpo anti-peptídeo citrulinado positivo (3193 UA/mL). Além disso, a salientar um surpreendente alto título de ANA (1/1280) com padrão citoplasmático polar/Golgi-like (AC-22, classificação ICAP). O rastreio ENA foi negativo.

Foi realizado o diagnóstico de artrite reumatóide (AR) e a doente iniciou terapêutica com metotrexato e baixa dose de prednisolona, atingindo baixa atividade da doença. Uma revisão da literatura foi realizada de forma a melhor esclarecer o possível significado patológico da presença dos AGA.

Discussão: Este padrão de IIF tem sido reportado num pequeno número de doentes com SS, LES, AR, doença mista do tecido conectivo, ACI e infeções virais, incluindo vírus imunodeficiência humana e Epstein-Barr (3,7). Apesar de alguns estudos descreverem os AGA em doenças não-autoimunes, a possível correlação clínica destes anticorpos foi mais frequentemente associada a DAI.

Contudo, a correlação clínica e patológica dos AGA permanece pouco compreendida e necessita de futuras investigações.

Conclusão: Este caso salienta um anticorpo raro (anti-Golgi) numa doente com AR. Uma revisão da literatura revelou que a associação clínica e papel patológico dos AGA permanecem pouco estudados, contudo estes anticorpos são mais frequentemente encontrados em doentes com DAI.

REFERÊNCIAS:

1. Chan EKL et al. Autoantibodies to Golgi apparatus antigens. Pabst Science Publishers, 1998
2. J.L. Rodriguez, et al. Anti-golgi complex autoantibodies in a patient with Sjogren syndrome and lymphoma. Clin Exp Immunol 1982
3. Fritzler MJ et al. Antibodies from patients with autoimmune disease react with a cytoplasmic antigen in the Golgi apparatus. J Immunol 1984
4. H.S. Hong et al. Clinical Association of Anti-Golgi Autoantibo-

5. Bizzaro, N et al. High Anti-Golgi Autoantibody Levels: An Early Sign of Autoimmune Disease? Clin Rheumatol 1999
6. Stinton LM et al. Autoantibodies to protein transport and messenger RNA processing pathways: endosomes, lysosomes, Golgi complex, proteasomes, assemblyosomes, exosomes and GW bodies. Clin Immunol 2004
7. Vermeersch P et al. Anti-Golgi autoantibodies are not clinically associated with systemic autoimmune diseases. Ann Rheum Dis 2011

PO 83 - ESCLEROSE SISTÊMICA – UM DIAGNÓSTICO FORA DE HORAS

Mariana Fonseca Silva¹; Inês Rua¹; José Garcia¹; Pedro Ruivo¹; Teresa Amaral¹

1. USF Santa Joana

Introdução: A esclerose sistêmica é uma sistêmica inflamatória crônica, rara, de etiologia desconhecida e que se caracteriza por inflamação e fibrose dos tecidos e alterações dos vasos sanguíneos, afetando vários órgãos, sobretudo a pele. É mais frequente entre os 25-55 anos e no sexo feminino. O diagnóstico faz-se pela história clínica e exame objetivo, caracterizados pela presença de fenómeno de Raynaud, e com o auxílio de análises clínicas (com parâmetros inflamatórios e auto-anticorpos, por exemplo, anti-nucleares) e exames radiológicos. Podemos dividir a esclerose sistêmica em 3 grupos: a localizada, geralmente com atingimento das mãos, antebraços, pernas e pés, com evolução mais lenta; a difusa, com progressão geralmente mais rápida, que também pode afetar a pele proximal e com mais frequente atingimento orgânico; e a *sine scleroderma*, forma rara que atinge os órgãos e não a pele. O seu tratamento passa por alívio sintomático, anti-hipertensores e imunomoduladores/imunossuppressores.

Descrição do caso: mulher de 67 anos com antecedentes de HTA, Dislipidemia, TVP em contexto pós-cirúrgico, cirurgia a quistos renais e ao menisco esquerdo e histerectomia e ooforectomia bilateral aos 49 anos, medicada com imidapril 20mg, atorvastatina 20mg e pantoprazol 20mg, recorre em dezembro de 2019 a consulta de doença aguda por noção desde o dia anterior de “olhos inchados” e “pontas dos dedos pretas e a doer”. Referia agravamento da dor em água fria e melhoria com água quente, mas mantendo cianose, dizendo ser o primeiro episódio. Negava outros sintomas. Apresentava um exame objetivo normal com exceção de cianose na falange distal dos dedos da mão esquerda, associada a “puffy fingers” e edema periobitárico, pelo que foi enviada ao SU. O estudo analítico e ecografia renal mostraram-se sem alterações, colocan-

do-se a hipótese de doença do tecido conjuntivo, orientada para consultas de Reumatologia e Dermatologia e medicada com prednisolona 5mg, cálcio+vitamina D e pentoxifilina. Segundo orientações de Dermatologia iniciou nifedipina 30mg. Voltou a consulta de doença aguda cerca de 2 meses depois por agravamento da astenia, do edema facial e das lesões cutâneas: mostrava lesões eritematosas/violáceas peripalpebrais, axilares e na face interna das coxas e agravamento das lesões digitais, com “puffy fingers” e ulceração das extremidades dos 2º e 3º dedos esquerdos (imagem 1) e fragilidade cutânea dos 3º e 4º dedos direitos, pelo que foi novamente enviada ao SU, tendo ficado internada para estudo e tratamento. Ficou internada durante 12 dias onde realizou vários EAD e tratamento com vasoprost, com melhoria. O estudo manteve-se durante vários meses, estando atualmente diagnosticada com esclerose sistémica limitada. Iniciou metotrexato 10mg/sem há menos de um mês e mantém a restante medicação, utilizando anti-histamínicos e corticoides tópicos em SOS.

Discussão: Este caso clínico mostra uma utente fora da idade de aparecimento típico da doença, no entanto, com várias das suas manifestações, fenómeno de Raynaud e “puffy fingers”, pelo que a hipótese de se tratar de uma doença inflamatória sistémica teria de ser colocada. Tendo em conta também os antecedentes de TVP da utente, a etiologia trombótica seria outra hipótese e, dado o edema da face, era importante descartar a hipótese de lesão renal aguda.

Conclusões: O papel do médico de família (MF) neste caso foi fundamental para a suspeita clínica e encaminhamento da utente, representando a porta de entrada nos serviços de saúde. Após estabilização clínica, fará também parte da nossa função como MF, tendo em conta uma relação médico-paciente mais estreita que existe, o seguimento da utente de modo holístico: ajudá-la aceitar a doença, encorajar a prática de exercício físico e exercícios dirigidos, garantir um bom descanso e alimentação, reforçar a adesão terapêutica e ouvir as suas preocupações.

PO 84 - SARCOIDOSE SUBCUTÂNEA NUM DOENTE COM DOENÇA PSORIÁTICA – UM CASO CLÍNICO

Pedro Bernardo Figueiredo dos Santos¹;

Maria Manuela Loureiro²;

Maria Inês Candal Ribeiro da Cunha¹;

Anabela Tavares Valadão Barcelos¹

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

2. Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: A Sarcoidose é uma doença inflamatória multissistémica crónica de etiologia desconhecida caracterizada pela presença de granulomas não-caseosos. Podendo estar presente em praticamente qualquer órgão, afeta sobretudo o parênquima pulmonar, nódulos linfáticos, tecido cutâneo e região ocular. Excluindo os casos com atingimento intratorácico, a incidência de casos restrito a um órgão é rara. De entre estas formas isoladas, a pele é o órgão mais envolvido, podendo ocorrer como apresentação inicial da doença. A histologia do tecido biopsado mostrando granulomas não-caseosos é o *gold standart* como método diagnóstico, no entanto, recentemente a ecografia e a tomografia de emissões de protões (PET) estão a ser cada vez mais usadas como diagnóstico

Caso Clínico: Doente do sexo feminino de 53 anos, raça caucasiana, acompanhada no serviço de Reumatologia por Artrite Psoriática com envolvimento axial e periférico, com 16 anos de evolução e em remissão clínica sob metotrexato 20mg/sem. Em consulta de seguimento referiu sintomas caracterizados por anorexia, fadiga e perda ponderal (20% do peso corporal) e períodos de sudorese noturna com 5 meses de evolução. Descrevia ainda poliartalgias de ritmo inflamatório nas pequenas articulações das mãos e surgimento de nódulos eritematosos dolorosos dispersos pela face e região proximal de ambos os membros superiores. Ao exame objetivo a doente apresentava artrite das 4º e 5º IFP direita e 4 nódulos subcutâneos palpáveis: 2 na região frontal e submandibular; um na hemiface direita e outro na região proximal extensora do cotovelo direito. Analiticamente apresentava: anemia normocítica normocrómica, leucopenia com linfopenia, calcemia e calciúria normais, hidroxiprolina urinária aumentado, SACE normal, discreta elevação da PCR e VS. Serologias víricas, VDRL e teste de Mantoux negativos. A tellerradiografia torácica e a TC do tórax não mostraram adenopatias mediastínicas ou hilares. Foi suspenso o metotrexato e após discussão multidisciplinar, foi feito medulograma (excluído processo neoplásico/infeccioso) e foi feita biópsia excisional de nódulo da região frontal (infiltrados granulomatosos na região hipodérmica, representados por histiócitos e células multinucleadas). Realizou 18 FDG-PET que revelou espessamentos subcutâneos exibindo discreto aumento de captação, dispersos por todo o corpo, em maior número nos membros superiores correlacionando-se com

a hipótese de sarcoidose hipodérmica; sem outras alterações. Foi assumido o diagnóstico de Sarcoidose Hipodérmica e iniciada corticoterapia (prednisolona 1 mg/kg/dia) com desmame lento e hidroxicloroquina 6 mg/kg/dia. Após 3 meses, a doente apresentava completa regressão da clínica sistémica e dos nódulos subcutâneos. Repetiu a 18 FDG-PET que revelou ausência/desaparecimento da atividade sarcoide hipodérmica. Às 24 semanas de tratamento a doente manteve-se assintomática com perfil analítico normal.

Discussão: Dada a sua heterogênea apresentação, não há até ao momento nenhum exame subsidiário definitivo de diagnóstico sérico ou imagiológico para os casos cutâneos isolados de sarcoidose, refletindo por um lado, a importância de uma anamnese e exame objetivo cuidados, por outro lado o valor inquestionável do exame histológico revelando granulomas não-caseosos, excluindo outras causas granulomatosas de doença. Assim, nos últimos anos a ressonância magnética ou PET são cada vez mais solicitadas nos casos de suspeita de formas de sarcoidose sistémica.

Conclusão: Dada a ausência de estudos robustos longitudinais prospetivos, permanece incerto o valor prognóstico das formas cutâneas de apresentação da doença. Até ao momento, não há evidência da conduta de tratamento a adotar nos casos isolados de sarcoidose, permanecendo na maioria dos casos a utilização de glicocorticóides tópicos e intra-lesionais. Este caso demonstra o valor de terapêutica oral imunossupressora nas formas mais extensas de apresentação.

PO 85 - TERAPÊUTICA NÃO FARMACOLÓGICA DA FIBROMIALGIA

José Oliveira Pratas¹; Fernando Fonseca¹;
Filipa Narra Pisa¹; Madalena Rangel¹
1. Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: A Fibromialgia (FM) é uma doença com uma prevalência mundial de, aproximadamente, 5% nos países desenvolvidos. Apesar de ser tão prevalente, a sua fisiopatologia ainda não é totalmente compreendida. A sintomatologia típica dominante é a dor, caracteristicamente crónica, generalizada, predominantemente somática, mas com indicadores de amplificação central, como alodínia e hiperalgisia. Associa-se a sintomas gerais como fadiga, alterações do sono, alterações cognitivas e distúrbios funcionais. Afeta sobretudo a população feminina (~2:1), em idade laboral, apresentando consequentemente um impacto socioeconómico importante devido ao elevado absentismo.

Para além do seu tratamento não ser consensual, torna-se também um desafio clínico, visto que muitos doentes não respondem às estratégias terapêuticas disponíveis.

Objetivos: Revisão sobre as terapêuticas não farmacológicas da Fibromialgia.

Materiais e métodos: Pesquisa nas plataformas de dados médicos Medline e Pubmed utilizando os termos: “fibromyalgia”, “rehabilitation” e “non-pharmacological” “treatment” para estudos publicados até outubro de 2020. Foram privilegiados estudos randomizados controlados, meta-análises e revisões publicadas nos últimos 3 anos.

Resultados: A evidência e recomendações disponíveis destacam o papel da educação do doente sobre a sua condição e o seu envolvimento ativo no processo da sua doença, como meio fundamental para o controlo sintomático. Embora a evidência ainda seja limitada, as medidas não farmacológicas devem ser incluídas nesta abordagem terapêutica holística da Fibromialgia.

A prescrição de exercício físico individualizado é a terapêutica mais impactante e com maior evidência para controlo sintomático, sendo que diversos estudos recomendam primordialmente o exercício aeróbio que propicia melhoria da qualidade de vida e diminuição da intensidade da dor. As guidelines recomendam exercícios com aumento gradual de frequência, tempo e intensidade (1 a 3 dias por semana, 10 a 60 minutos por dia, de intensidade ligeira a moderada) tendo em conta a tolerância, sendo o benefício frequentemente diretamente proporcional a esta gradação. É também sugerida, se necessário e de forma complementar, a acupuntura e a hidroterapia com alguns resultados interessantes, assim como o yoga e o tai chi.

Existe alguma evidência que as terapias cognitivo-comportamentais possam ter algum efeito no controlo da dor e na diminuição da incapacidade, embora careça de estudos mais robustos. A massoterapia, particularmente a libertação miofascial, parece ter impacto na redução da dor, fadiga e ansiedade, no entanto apenas com efeitos a curto e médio prazo. O TENS tem sido bastante sugerido mas a evidência é ainda bastante escassa, não existindo consenso sobre a sua recomendação, assim como no que diz respeito à eletroacupuntura. Outras opções com um caráter mais invasivo como o Dryneedling e a injeção de trigger points, ambos com alguma eficácia na redução das queixas algicas, particularmente em doentes com síndrome de dor miofascial associada, devendo no entanto ficar reservadas para doentes refratários às abordagens mais conservadoras.

No que diz respeito a terapias alternativas que foram propostas como o Mindfulness, Biofeedback ou Hipnose, não há evidência clara de benefício, sendo que a Quiropraxia é desaconselhada, segundo alguns estudos, por razões de segurança.

Conclusão: O tratamento da fibromialgia deve ser baseado numa abordagem multidisciplinar dirigida ao perfil de cada doente. É necessário, antes de mais, que o doente seja envolvido no processo da doença e que saiba reconhecer e gerir os seus próprios sintomas. A abordagem não farmacológica tem, nesta patologia, um peso especialmente importante, com enfoque na prática de atividade física regular. Outros tratamentos não farmacológicos são promissores para o controlo de sintomas, embora sejam necessários mais estudos para que haja maior evidência e segurança para a sua recomendação.

PO 86 - REABILITAÇÃO DOMICILIÁRIA APÓS ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO

José Oliveira Pratas¹; Fernando Fonseca¹;
Madalena Rangel¹; Filipa Narra Pisa¹
1. Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: A Osteoartrose é uma doença de carácter inflamatório e degenerativo que provoca a destruição da cartilagem articular e leva a uma deformidade da articulação, estimando-se que afecte cerca de 10 a 15% da população acima dos 60 anos, sendo a doença reumática mais prevalente. Representa a causa mais comum de doença articular no mundo desenvolvido e a principal causa de incapacidade crónica, principalmente à custa da osteoartrose do joelho e anca. Estima-se que represente cerca de 30 a 40% das consultas de Reumatologia, o que a torna um problema major de saúde pública e com tendência a aumentar devido ao envelhecimento da população.

A base do tratamento desta patologia assenta em medidas conservadoras (farmacológicas e não farmacológicas), no entanto quando existe falência desta abordagem, o tratamento cirúrgico acaba por ser opção.

Objetivos: Elaboração de um folheto de exercícios domiciliários para o pós operatório de artroplastia total do joelho

Métodos e Análise: Pesquisa nas plataformas de dados médicos Pubmed e Medline, utilizando os termos: “osteoarthritis”, “Total knee replacement rehabilitation”, “tkr physiotherapy home based exercises”. Foram privilegiados estudos randomizados controlados, meta-análises e revisões publicadas nos últimos 5 anos.

Resultados: A evidência existente aponta para um benefício da reabilitação pós operatória, com maior impacto se introduzida precocemente, com tradução clínica ao nível da funcionalidade, melhoria da dor, redução da rigidez articular e menor tempo de recuperação.

Os principais componentes da reabilitação incluem técnicas de cinesiterapia (mobilização articular, fortalecimento muscular e treino da flexibilidade), reeducação proprioceptiva, e treino do equilíbrio e da marcha. No folheto elaborado, é descrito um conjunto sistematizado de exercícios que contemplam as componentes referidas anteriormente.

Infelizmente, até à data, não existem normas de orientação consensuais no que diz respeito às modalidades de reabilitação, ao nível da frequência, duração e intensidade e por conseguinte, a prescrição é realizada de forma individualizada. Sublinham-se os cuidados a ter e os sintomas e sinais de alarme que devem fazer o doente contactar os serviços de saúde.

Conclusão: A reabilitação precoce após uma artroplastia total do joelho assume um papel preponderante na melhoria funcional, autonomia nas AVD e capacidade de marcha, permitindo aumentar a qualidade de vida destes doentes.

No nosso ponto de vista revela-se importante maximizar o potencial de reabilitação com a implementação de um programa coadjuvante de exercícios domiciliários. Na fase atual de pandemia, marcada pela limitação no acesso a cuidados de saúde, a realização de um programa domiciliário representa uma mais valia na recuperação destes doentes.

Com os dados recolhidos pretende-se fazer um estudo para analisar este potencial impacto.

PO 87 - SÍNDROME ANTI-SINTETASE OU GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Marlene Sousa¹; Liliana Saraiva¹; Ana Cunha²;
Ana Maduro¹; André Saraiva¹; João Rovisco¹

1. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
2. Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: As doenças reumáticas autoimunes têm uma fisiopatologia complexa e uma apresentação variável, podendo envolver múltiplos sistemas. Isto torna complexo o diagnóstico, que frequentemente é estabelecido com base num conjunto de manifestações clínicas e analíticas, nomeadamente a presença de auto-anticorpos (Anticorpos Antinucleares) específicos.

Caso clínico: Homem, 70 anos, admitido no serviço de

Reumatologia para estudo de quadro com 8 meses de evolução, caracterizado por fraqueza muscular proximal, fadiga, perda ponderal (> 10Kg), desequilíbrio no ortostatismo e cefaleia. Apresentava história prévia de colite eosinofílica confirmada por biópsia, atualmente em remissão, e de hipoacusia súbita à esquerda após hemorragia labiríntica e lesão do nervo vestibular.

Apresentava estudo prévio que revelou: creatinina quinase (CK) 1500U/L, velocidade de sedimentação (VS) 64mm/h, Proteína C Reativa (PCR) 2mg/dL, anticorpos antinucleares (ANAs) positivos 1/2560, anti citoplasma de neutrófilo (c-ANCA) positivos, tomografia computadorizada de tórax (TC de tórax) com padrão em favo-de-mel.

À admissão apresentava dismetria na prova dedonariz, prova de Romberg positiva, desequilíbrio da marcha e diminuição da força muscular nos membros, com predomínio proximal, sem outras alterações.

O doente apresentou agravamento clínico a partir do sexto dia de internamento.

Realizou novo estudo que revelou: CK 764U/L, aldolase 9.5U/L, desidrogenase láctica 374U/L, PCR 0.76mg/dL, VS 82mm/h; hemoglobina 11.1g/dL (com microcitose e hipocromia); ANAs positivos 1/640 com anti-PL7 positivo forte. Os anticorpos anti *Extractable Nuclear Antigen*(ENAs), ANCA e restantes ANAs foram negativos. Foi excluída infecção por vírus de hepatites B, C e VIH (vírus da imunodeficiência humana adquirida). A TC de tórax revelou padrão intersticial usual (PIU); as provas de função respiratória apresentaram padrão restritivo e diminuição da DLCO; a ressonância magnética cerebral identificou lesões vasculares da microcirculação subcorticais frontoparietais; a eletromiografia dos membros inferiores mostrou lesão da fibra muscular. A biópsia muscular revelou miosite necrotizante.



O quadro inicial fez-nos suspeitar de granulomatose eosinofílica com poliangite (GEP) mas os desenhos subsequentes apontaram para síndrome anti-sintetase. Após exclusão de intercorrências infecciosas iniciou metilprednisolona 1000mg/dia durante 3 dias, seguido do 1º ciclo de ciclofosfamida 10mg/Kg, com melhoria.

O doente manteve tratamento com prednisolona 60mg/dia em esquema de redução até 7,5 mg/dia e ciclofosfamida 10 mg/kg/mês durante 10 meses.

Atualmente encontra-se medicado com prednisolona 7,5mg/dia e MMF 1000mg/dia. Mantém seguimento em consultas de Reumatologia, Pneumologia e Neurologia, mantendo apenas queixas de desequilíbrio, sob programa de reabilitação vestibular.

Discussão: A SAS é uma doença rara incluída no subgrupo das doenças musculares inflamatórias, sendo caracterizada pela presença de anticorpos específicos que reconhecem a aminoacyl-tRNA synthetases (ARS), nomeadamente o anti-Jo-1, PL7, PL12, EJ, OJ, Zo, HA e KS, entre outros. Clinicamente é caracterizada por miosite, doença pulmonar intersticial (DPI), artrite, febre, fenómeno de Raynaud e mãos de mecânico.

A GEP é uma vasculite sistémica que afeta vasos de pequeno e médio calibre frequentemente associada a ANCA. As manifestações clínicas surgem geralmente em 3 fases. A primeira caracteriza-se por asma e rinite, a segunda, eosinofílica por infiltração tecidual de eosinófilos em vários órgãos, incluindo trato gastrointestinal e a terceira, vasculítica, por vasculite sistémica.

Conclusão: Este caso revela a complexidade diagnóstica das doenças reumáticas autoimunes, assim como a necessidade de acompanhamento multidisciplinar destes doentes. Por vezes não é possível estabelecer um diagnóstico definitivo, sendo necessário a monitorização periódica, sendo o tratamento determinado pelo tipo de acometimento.

PO 88 - POLIARTRALGIAS DENUNCIAM “LARGADA DE BALÕES”: IMPORTÂNCIA DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Tomás Fontes¹; Carolina Furtado¹; Teresa Nóvoa¹

1. Serviço de Reumatologia, Hospital do Divino Espírito Santo, EPER de Ponta Delgada, Portugal

Introdução: As poliartralgias constituem motivo fre-

quente de referência à consulta de Reumatologia. Apesar de as doenças reumáticas serem responsáveis por uma percentagem importante deste sintoma, deverão ser lembradas causas mais dissimuladas. Certas neoplasias podem ser sede de sintomas articulares, nomeadamente artralguas. A anamnese e o exame físico minucioso são as ferramentas mais importantes na suspeita diagnóstica.

Caso clínico: Mulher de 53 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, é referenciada à consulta de Reumatologia por poliartralguas de início recente, com fraca resposta aos anti-inflamatórios. Ao inquérito, as poliartralguas difusas constituíam a queixa principal. Afectavam predominantemente os punhos, cotovelos, joelhos e tornozelos. A doente referia um início súbito, após um esforço a carregar um objeto pesado, dois meses antes. O ritmo não era característico, sendo as queixas constantes ao longo do dia, embora com tendência a um agravamento noturno em determinados dias, com tumefação matinal. Sentia melhoria após toma de ibuprofeno 600mg, embora pouco satisfatória. Negava alterações mucocutâneas, gastrointestinais ou mesmo geniturinárias. Duas semanas após o início dos sintomas, inicia quadro de calafrios, febre e astenia, os quais motivaram uma ida ao serviço de urgência. Por PCR de 13,5mg/dL (<0.5) e leucocitúria, foi assumida uma infeção do trato urinário como causa dos sintomas. A doente foi medicada com ciprofloxacina 500mg 12/12h durante 8 dias e orientada para consulta externa de Reumatologia. Houve melhoria parca do quadro constitucional, com início de tosse não produtiva esporádica desde então. Ao exame físico na consulta, apresentava sinais vitais normais, pele e mucosas pouco coradas, sem outras alterações, auscultação cardíaca e pulmonar normais, exame do abdómen normal e ausência de edemas periféricos. Não foi objetivada tumefação articular ou pressão dolorosa das articulações afetadas. Não havia alteração das mobilidades ativa e passiva do esqueleto axial e periférico. O exame das mãos não deixava dúvidas quanto à presença de hipocratismo digital. O IMC calculado foi de 23,3Kg/m², embora a doente tivesse referido que o peso medido se distanciava 5kg do seu habitual. No ato desta primeira consulta, a doente foi encaminhada para realização urgente de radiografia de tórax, a qual revelou uma hipotransparência com 5cm de maior diâmetro no lobo superior do pulmão esquerdo, associada ao padrão clássico em “largada de balões”, com dezenas de hipotransparências pericentimétricas, dispersas por toda a área pulmonar. Foi feito contacto imediato com as es-

pecialidades de Pneumologia e Medicina Interna, tendo a doente ficado internada. O estudo confirmou tratar-se de um adenocarcinoma do pulmão esquerdo, de estadio IV, com metastização pulmonar bilateral e ganglionar. A doente tinha realizado uma radiografia de tórax 14 meses antes, sem qualquer alteração evidente.

Discussão: Descreve-se o caso de um adenocarcinoma do pulmão localmente disseminado, cuja manifestação inicial e predominante foi a de poliartralguas, que motivaram referência à consulta de Reumatologia. Os sintomas constitucionais, a palidez cutânea, o hipocratismo digital e o início de tosse são pistas suficientes para a necessidade de exclusão pronta de neoplasia pulmonar.

Conclusão: A integração dos achados da anamnese e exame físico é essencial na prática diária e é a principal arma na hora de desmascarar etiologias inicialmente dissimuladas.

PO 89 - NEUROPATIA PERIFERICA GRAVE DE INSTALAÇÃO SÚBITA EM DOENTE COM CRIOGLOBULINEMIA

Tomás Fontes¹, Carolina Furtado¹, Teresa Nóvoa¹

1. Serviço de Reumatologia, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal

Introdução: A crioglobulinemia mista essencial é uma vasculite de pequenos vasos de causa desconhecida. Uma parte importante dos doentes apresenta neuropatia periférica (20 a 80%), mas só uma minoria desenvolve doença sensitivo-motora grave. Púrpura e artralguas são as duas outras manifestações mais comuns. Apresenta-se o caso de uma doente cuja neuropatia teve início súbito e grave e cuja renitência à corticoterapia motivou o início de rituximab.

Caso Clínico: Mulher de 68 anos, iniciou em abril de 2019 um quadro de poliartralguas dos ombros, punhos e articulações temporo-mandibulares, de ritmo inflamatório, atingimento simétrico e associadas a febre intermitente. Por valores concomitantes de PCR de 12,3mg/dL (<0,5mg/dL) e fator reumatoide (FR) 34,8 UI/mL (<14UI/mL), foi assumido o diagnóstico de artrite reumatoide, em consulta exterior. Foi medicada com prednisolona (PDN) 30mg/dia em desmame e hidroxicloroquina 400mg/dia (suspendeu 3 dias após, por epistaxe). Dois meses após, já na dose de 15mg/dia de PDN, recorreu ao serviço de urgência por pé esquerdo pendente e perda súbita de sensibilidade do mesmo. Ao exame objetivo apresentava hipostesia na metade inferior da face lateral de ambas as pernas e

toda a área dos pés, com exceção da face medial. A flexão plantar estava preservada, mas a dorsiflexão apresentava-se praticamente abolida à esquerda (força muscular grau 1 em 5) e diminuída à direita (3 em 5). Não foram objetivadas lesões mucocutâneas, adenopatias ou artrite nesta fase. A doente ficou internada com a suspeita de neuropatia, tendo sido aumentada a dose de PDN para 50mg/dia (1mg/Kg/dia). Do estudo realizado, destaca-se um valor máximo de PCR de 16,7mg/dl, VS 72mm/h, creatinina normal, serologias virais de hepatite B e C, VIH, CMV e EBV negativas, sem consumo de C3 ou C4, e ANAs e ANCAs ausentes. A eletroforese de proteínas, determinação de cadeias leves séricas, proteína de Bence-Jones, VDRL e reação de Paul-Bunnell foram normais. TC torácico-abdomino-pélvica sem alterações relevantes (incluindo adenopatias) e RMN da coluna lombar sem compromisso da cauda equina ou raízes nervosas. A eletromiografia dos membros inferiores caracterizou uma polineuropatia axonal sensitivo-motora bilateral, crônica e grave, mais acentuada à esquerda. Não houve reversão do quadro, apesar da terapêutica, tendo a doente sido orientada para seguimento em consulta externa de Reumatologia e MFR. Foi feita a pesquisa de crioglobulinas, cujo resultado mostrou positividade para IgA, IgM e IgG, com presença de FR (sem análise quantitativa). Neste intervalo, a doente referiu aparecimento de máculas eritematosas nas pernas, aquando de uma viagem para um destino frio, tendo havido reversão após aumento da dose de PDN, por iniciativa própria. Estas lesões não foram objetivadas. Manteve disestesia e dor nas pernas e pés, com agravamento após tentativa de redução da corticoterapia, queixando-se adicionalmente de hipoestesia do polegar direito e recorrência das artralguas. Dada a persistência do quadro, optou-se por iniciar tratamento com rituximab, uma opção cada vez mais consolidada nestes casos. Introduziu-se também, posteriormente, metotrexato 15mg/semanal, com intuito poupador de corticoide. A doente mostrou melhoria dos sintomas e capacidade funcional, embora sem reversão total, assim como normalização absoluta dos parâmetros analíticos inflamatórios.

Discussão: O diagnóstico de crioglobulinemia deve ser tido em conta em doentes que se apresentam com artralguas e FR positivo, associadas a neuropatia precoce, de forma a assegurar-se a introdução atempada da terapêutica adequada, com vista à redução de sequelas e a um melhor prognóstico.

Conclusão: O caso exposto alerta-nos para a gravida-

de que a neuropatia da crioglobulinemia pode assumir.

PO 90 - DOENÇA DE BEHÇET E SACROILÍTE: UMA SOBREPOSIÇÃO RARA

Tomás Fontes¹, Carolina Furtado¹, Teresa Nóvoa¹
1. Serviço de Reumatologia, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal

Introdução: A Doença de Behçet (DB) é uma patologia crónica do grupo das vasculites, caracterizada por ulceração oral e genital recorrente, lesões cutâneas, uveíte e artrite. A artrite é comum, podendo afetar 40-50% dos doentes¹, sendo caracteristicamente mono ou oligoarticular periférica. A prevalência de sacroilíte (SI) relatada na DB é altamente variável, 0-63%², existindo ainda debate quanto à relação da DB com as doenças do grupo das espondilartrites (SpA).

Caso Clínico: Mulher de 38 anos, sem antecedentes pessoais relevantes ou medicação habitual, iniciou queixas de ulceração oral recorrente e dolorosa, com surtos de periodicidade mensal, assim como um episódio de aftose genital, em 2015, tendo sido feito o diagnóstico de DB. Nunca manifestou alterações cutâneas, oculares ou patergia. A tipagem do HLA revelou presença do alelo HLA-B51, ausência de HLA-B27. Os sintomas responderam positivamente ao tratamento com colchicina 1mg/dia. Paralelamente, a doente vinha sendo investigada por glutalgia bilateral desde a adolescência, com ritmo maioritariamente mecânico, mas com agravamento após períodos de repouso seguidos a esforços maiores, sem nunca conferirem incapacidade. Por manutenção das queixas, assim como por posterior intolerância gastrointestinal à colchicina, iniciou-se terapêutica com anti-inflamatório não esteroide e foi pedida RMN das articulações sacroilíacas, no final do mesmo ano. O exame revelou alterações do sinal medular ósseo em topografia peri-articular, bilateralmente, com hipossinal das vertentes sagrada e ilíaca em todas as sequências, e hipersinal medular adjacente ligeiro nas sequências STIR, particularmente na vertente ilíaca direita. Foi assumida provável osteíte condensante, com processo inflamatório ativo de pequena expressão. A aftose oral manteve-se controlada e os sintomas de glutalgia melhoraram ligeiramente, embora nunca debelados. As manobras das sacroilíacas ao exame físico foram sempre negativas e nunca houve limitação da flexão lombar no teste de Schober. Nos anos seguintes, a doente desenvolveu intolerância à acetaminofina 90mg com que estava medicada (por tonturas e mal-estar), assim como à alternativa escolhida,

naproxeno 500mg (por agravamento da ulceração oral), acabando por tolerar etoricoxib 60mg, embora com eficácia parcial. Por agudização da glotalgia, e desta vez com rigidez matinal prolongada, foi pedida nova RMN em 2019. Relativamente ao exame prévio, foram relatadas irregularidades corticais da articulação sacroilíaca direita, com ligeiro edema medular ósseo das vertentes sagrada e ilíaca em sequências STIR, sugestivas de SI ativa. A doente foi proposta para tratamento com anti-TNF (adalimumab 40mg SC quinzenal), em março de 2020. Houve notória melhoria dos sintomas, sendo que de momento a doente encontra-se totalmente assintomática. Os parâmetros inflamatórios foram sempre normais.

Discussão: Descreveu-se um caso de DB com SI (e critérios ASAS para classificação de SpA axial). Não existe uma relação causal segura entre a DB e a SI, mas a prevalência desta sobreposição é elevada nalgumas séries de casos³. Algumas manifestações extra-articulares da DB sobrepõem-se com as das SpA, prevalecendo a dúvida quanto à possibilidade de a DB poder ser de facto um tipo de SpA.

Conclusão: Ainda existem dúvidas quanto ao papel da DB na SI, quando estas surgem em simultâneo.

REFERÊNCIAS:

1. Sterling G. West (2019). *Rheumatology Secrets*. 4th edition, Elsevier. Philadelphia, USA.
2. Bicer, A: *Musculoskeletal Findings in Behçet's Disease*. Pathology Research International, Volume 2012, Article ID 653806.
3. Chang, HK, et al: A case of coexisting Behçet's Disease and Ankylosing Spondylitis. *The Korean Journal of Internal Medicine* Vol. 15, No.1, January, 2000.

PO 91 - DA SUÍÇA COM AMOR: UM CASO DE POLIARTERITE NODOSA

Filipe Cunha Santos¹; Ana Sofia Pinto¹;

Sara Paiva Dinis¹; Fátima Cabral²;

Joana Fonseca Ferreira¹; Claudia Vaz¹

1. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda

2. Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda

Introdução: As vasculites são um grupo heterogéneo de doenças do tecido conjuntivo, que se caracterizam pela inflamação dos vasos sanguíneos. As manifestações clínicas oscilam entre sintomas constitucionais inespecíficos, como a febre, fadiga ou perda ponderal, até fenómenos vasculíticos específicos de atingimento orgânico, como por exemplo o renal. Por esta razão, e

por serem raras, representam um desafio importante para o clínico, por nem sempre serem consideradas no diagnóstico diferencial.

Caso Clínico: Descreve-se o caso de uma mulher de 32 anos encaminhada à consulta de Reumatologia em Outubro de 2019 por quadro, com início 5 meses antes, de tumefacção cervical esquerda, dolorosa e móvel, febre e artralgias generalizadas enquanto residia na Suíça. Terá iniciado antibioterapia, que a doente não sabe especificar, durante 14 dias, mas manteve a febre 5/6 dias após terminar a terapêutica, bem como artralgias de ritmo inflamatório e noção de tumefacção. Não referia outras queixas ao inquérito sistemático.

Posteriormente descreve aparecimento súbito de lesões de coloração escura, não descamativas, pruriginosas e não palpáveis, sobretudo nos membros, que cederam após início de corticoterapia oral (20mg/dia de prednisolona - PDN) e tópica. Iniciou esquema de desmame da terapêutica, com recidiva das lesões cutâneas e mal-estar geral, pelo que manteve os 20mg/dia de PDN até à primeira observação na Reumatologia.

Ao exame objectivo apresentava-se com fácies cushingóide, artrite franca de ambas as articulações tibio-társicas, impotência funcional marcada e lesões violáceas, maculares, pápulas e pequenos nódulos eritematovioláceos no dorso dos pés e terço inferior das pernas, em aparente resolução. Não apresentava úlceras ou outros sinais de isquemia digitais ou dos membros. Iniciou novo esquema de redução da corticoterapia e introdução de metotrexato, com melhoria acentuada da tumefacção articular após um mês. Analiticamente apresentava apenas parâmetros inflamatórios aumentados, com perfil de autoimunidade e serológico negativo e sem atingimento renal. Realizou biópsia cutânea, que revelou alterações compatíveis com o diagnóstico de Poliarterite Nodosa (PAN).

Discussão: A PAN trata-se de uma vasculite de médios vasos. No caso da doente descrita existe um atingimento cutâneo e articular, sem atingimento renal, o que a classificaria como doença ligeira. Assim, a terapêutica adequada seria a instituição de corticoterapia oral na dose de 1mg/kg/dia durante 4 semanas, com consequente redução lenta da dose. Contudo, esta revelou-se uma doença corticorresistente, com necessidade de iniciar terapêutica com metotrexato para atingir o controlo da mesma. Estes doentes devem manter monitorização a longo prazo, com especial atenção aos órgãos inicialmente envolvidos. Contudo, sabe-se que doentes com PAN poderão ter recidivas da doença, com manifestações clínicas não presentes no momento do

diagnóstico.

Conclusão: Apesar de raras, num doente com sintomas constitucionais e sem outros sinais sugestivos de doença maligna, as vasculites devem ser consideradas no diagnóstico diferencial. A sua identificação correcta e instituição precoce da terapêutica permite melhorar consideravelmente o prognóstico a longo prazo.

PO 92 - DISCORDÂNCIA NO RESULTADO DOS TESTES IGRA E TST EM DOENTES CANDIDATOS A TERAPÊUTICA BIOTECNOLÓGICA COM DOENÇA ARTICULAR INFLAMATÓRIA

Miguel Barbosa¹; Ana Luísa Ramos²; Joana Carvalho³; Susana Carreira³; Teresa Mourato³; António Gomes Miguel³; Filomena Nogueira³; Maria da Conceição Gomes³

1. Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar

Barreiro-Montijo

2. Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz

3. Centro de Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches

Introdução: A utilização crescente de fármacos biotecnológicos no tratamento de doenças articulares inflamatórias (DAI) tem condicionado uma maior referência destes doentes aos Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP) para rastreio de Tuberculose previamente à introdução destas terapêuticas.

Objetivo: Avaliar a possível interação entre o tipo de DAI, a dose de Prednisolona e a utilização de fármacos antirreumáticos modificadores da doença (DMARDs) à data do diagnóstico de ITBL e a discordância dos resultados verificada entre o teste IGRA e o teste de sensibilidade à tuberculina (TST).

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com DAI referenciados a um CDP para rastreio de ITBL entre 2011-2019, que foram submetidos a tratamento preventivo e que realizaram, simultaneamente, IGRA e TST (positivo se ≥ 5 mm). Os dados foram colhidos por consulta dos processos clínicos. Efetuou-se análise descritiva e comparativa dos doentes de acordo com a concordância ou discordância dos testes diagnósticos.

Resultados: De um total de 606 doentes com DAI que efetuaram tratamento de ITBL após rastreio positivo entre 2011-2019, 252 (41,6%) doentes apresentavam TST e/ou IGRA positivo (excluídos doentes apenas com 1 teste realizado ou 2 testes negativos com outro critério para tratamento).

Destes 252 doentes, 119 (47,2%) apresentavam IGRA e TST concordantemente positivos (IGRA+/

/TST+) e 133 (52,8%) apresentaram resultados discordantes [32 com IGRA positivo e TST negativo (IGRA+/TST-) e 101 com IGRA negativo e TST positivo (IGRA-/TST+)].

O subgrupo de doentes com IGRA e TST discordantes apresentava, comparativamente com o grupo IGRA+/TST+, menor idade ao diagnóstico de ITBL (50 vs 54 anos; $p < 0.05$), menor percentagem de doentes com tratamento prévio de ITBL (6% vs 10%; $p = 0.27$) e maior percentagem de vacinação BCG/cicatriz vacinal (12% vs 6%; $p = 0.12$). A maioria dos doentes em ambos os grupos era do sexo feminino (54% e 61% respetivamente), sendo as patologias mais frequentemente observadas a Artrite Reumatoide (41% vs 37%), a Artrite Psoriática (29% vs 33%) e a Espondilite Anquilosante (26% vs 17%) ($p > 0.05$).

Relativamente à influência do tipo de terapêutica nos resultados dos testes diagnósticos de ITBL, ao comparar à data de diagnóstico o grupo de doentes com resultado discordante (IGRA+/TST- ou IGRA-/TST+) com os doentes com IGRA+/TST+, verificou-se que o primeiro grupo apresentava:

- semelhante percentagem de doentes sob Prednisolona < 7.5 mg/d e 0 a 1 DMARD (60% vs 62%, $p = 0.82$)
- semelhante percentagem de doentes sob Prednisolona ≥ 7.5 mg/d e 0 a 1 DMARD (11% vs 10%; $p = 0.77$)
- maior percentagem de doentes sob Prednisolona < 7.5 mg/dia e ≥ 2 DMARDs (22% vs 17%; $p = 0.38$)
- menor percentagem de doentes sob terapêutica imunomoduladora mais intensa, definida como Prednisolona ≥ 7.5 mg/dia e ≥ 2 DMARDs ou Biológico (7% vs 11%; $p = 0.24$).

Discussão: Este estudo salienta o número significativo de doentes com DAI que, no rastreio de ITBL pré-início de terapêutica biotecnológica revelam resultados discordantes nos exames disponíveis, reforçando a importância da realização dos dois testes de rastreio neste grupo de risco. A medicação imunomoduladora à data do rastreio de ITBL não pareceu influenciar os resultados dos testes de diagnóstico na amostra estudada. Isto poderá estar, em parte, relacionado com a reduzida dimensão dos doentes nos vários grupos de tratamento definidos.

PO 93 - O PAPEL DOS AUTOANTICORPOS NO DIAGNÓSTICO DA DERMATOMIOSITE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Loureiro¹; Graça Sequeira¹

1. Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: As miopatias inflamatórias idiopáticas (MII) são doenças raras e sistêmicas (incidência anual estimada de 5-10 casos por milhão em adultos), e incluem a dermatomiosite (DM), poliomiosite, miopatia necrotizante imunomediada, miosite por corpos de inclusão esporádica e miosite amiofática. A DM representa entre 35-50% das miosites em adultos.

O seu diagnóstico é feito utilizando os Critérios de Classificação para as MII, atualizados em 2017 pela *European League Against Rheumatism* (EULAR) e o *American College of Rheumatology* (ACR). Estes critérios utilizam como variáveis: idade de aparecimento dos sintomas, fraqueza muscular, manifestações cutâneas, disfagia ou dismotilidade esofágica, parâmetros analíticos (anti-Jo-1, creatinaquinase (CK), desidrogenase láctica (LDH), aspartato aminotransferase (AST) e alanina aminotransferase (ALT)), e presença de alterações específicas na biópsia muscular. A cada uma destas variáveis é atribuída uma pontuação, e o total da soma dar-nos-á um diagnóstico possível, provável ou definitivo de MII.

A presença de autoanticorpos específicos nas MII está reportada em 50-60% dos pacientes, o que ajuda a definir o tipo de miopatia, envolvimento de outros órgãos e resposta ao tratamento.

Caso Clínico: Mulher de 53 anos enviada à consulta de Reumatologia por quadro de limitação de mobilidade do tronco e membros superiores, após cirurgia para exérese de carcinoma da mama bilateral. Aos 45 dias de pós-operatório inicia quadro de edema da face, periorbitário e no hemicorpo esquerdo, miastenia e disfagia para sólidos. Analiticamente apresenta CK 6991UI/L, anticorpos anti-nucleares (ANA) positivos, LDH 905U/L. Ao exame objetivo na consulta: lesões eritematosas no dorso das articulações metacarpofalângicas (sugestivas de pápulas de Gottron) e dedos, com pele fina e friável; rash periorbitário heliotropo com descamação cutânea intermitente; limitação da abdução e flexão dos ombros < 90°. Analiticamente: CK 1200UI/L, AST 84UI/L e ALT 79UI/L. 2 anos após a primeira consulta, apresenta ANA positivos, num padrão mosqueado fino, com anti-SSA 60kDA e anti-Mi-2 positivos.

Discussão: Com idade superior a 40 anos, lesões sugestivas de pápulas de Gottron, rash periorbitário heliotropo, disfagia para sólidos, e valores elevados de CK, AST e ALT, podemos afirmar que definitivamente existe uma MII.

Nesta paciente, as manifestações cutâneas de DM são típicas: lesões sugestivas de pápulas de Gottron e rash heliotropo. Portanto, a biópsia muscular conside-

ra-se dispensável, uma vez que o laboratório tem um papel essencial na obtenção de resultados dos vários parâmetros analíticos, dando ainda mais solidez ao diagnóstico.

Em estudos analíticos anteriores, apesar de ANA positivo, anti-ENA eram negativos, nunca tendo sido realizado um painel analítico de miosites até a paciente ser seguida na Reumatologia. A presença de anti-Mi-2 na DM é rara (<10%), mas quando presente é muito específico da doença, está relacionado com bom prognóstico e baixo risco de desenvolver cancro (apenas em 25% dos doentes). Neste caso, a paciente teve o diagnóstico de neoplasia mamária antes do diagnóstico de DM.

Conclusões: Embora o diagnóstico de DM (e de outras MII) seja essencialmente clínico e histopatológico, não se deve descurar o papel essencial do laboratório, principalmente na medição de autoanticorpos específicos que ajudam à solidez do diagnóstico.

PO 94 - BURSITE EXUBERANTE SECUNDÁRIA À TERAPIA COM INIBIDORES DE “CHECKPOINT” EM DOENTE COM NEOPLASIA DO PULMÃO

Rita Santos¹; Simão Serrano¹; Marília Rodrigues²

1. Centro Hospitalar de Leiria, Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

2. Centro Hospitalar de Leiria, Serviço de Reumatologia

Introdução: Os inibidores de “checkpoint” são um dos grupos de fármacos mais utilizados na imunoterapia oncológica. O seu mecanismo de ação consiste no bloqueio de moléculas inibitórias que regulam a ativação das células T. Esta resposta amplificada pode culminar na ativação de células T, com consequente lesão de tecido não tumoral e síndromes inflamatórias imuno-mediadas. Neste espectro estão descritas manifestações reumatológicas exuberantes, sendo a polimialgia reumática e a miosite as mais frequentes.

Caso clínico: Doente de 61 anos, género masculino, sem patologia reumatológica prévia, com adenocarcinoma do pulmão de estadió IV e sob imunoterapia com pembrolizumab (anti-PD-1/PDL1) desde outubro de 2019. É observado em consulta de Reumatologia em junho de 2020 por apresentar dor localizada aos ombros, de ritmo misto, intensidade 9/10, início insidioso em janeiro de 2020, com incapacidade e rigidez da cintura escapular. Ao exame objetivo dos ombros apresentava défice de AA ativas na elevação anterior (100°) e abdução (70°) com AA passivas completas; Ao exa-

me neurológico apresentava ROTs simétricos e força mantida nos MS. Analiticamente apresentava FR e ACPA negativos e elevação da VS e PCR. Foram consideradas as hipóteses diagnósticas: complicação reumática no contexto de imunoterapia, tendinopatia/rotura da coifa dos rotadores, síndrome de Parsonage-Turner, síndrome de Pancoast e capsulite adesiva do ombro. Foi solicitada avaliação conjunta com a Medicina Física e Reabilitação. A avaliação ecográfica demonstrou ausência de tenossinovite/derrame da LPB, roturas/tendinopatia da coifa, derrame no recesso glenoumeral posterior ou ativação PWD no intervalo da coifa. Contudo, verificou-se a presença de derrame exuberante em forma de gota, bilateral, na face lateral do ombro, de conteúdo heterogêneo e áreas hiperecogênicas de grandes dimensões (6 cm), em continuidade com a bursa SASD. Realizou-se RMN pela possibilidade de lesão tumoral secundária e, posteriormente, aspiração ecoguiada com análise do líquido sinovial, incluindo citometria de fluxo para exclusão de células neoplásicas. Pela ausência de achados imagiológicos e laboratoriais compatíveis com metastização/outras síndromes assumiu-se o diagnóstico de bursite secundária aos inibidores de “checkpoint”. Foi medicado com glucocorticoide (prednisolona 10mg/dia) com melhoria clínica após 1 semana. Atualmente, apresenta-se assintomático, sem ser necessária a suspensão de pembrolizumab. A melhoria sintomática acompanhou-se de marcada redução das dimensões da bursite, em reavaliação ecográfica em outubro de 2020.

Discussão: Os eventos imuno-mediados ocorrem em 70% dos doentes sob tratamento com fármacos anti-PD-1/PDL1. Considerou-se a hipótese da bursite SASD secundária a imunoterapia por pembrolizumab pela apresentação clínica e alterações ecográficas descritas. A favor deste diagnóstico está a associação temporal, já que o quadro se iniciou 3 meses após o início da imunoterapia, a ausência de positividade de outros marcadores específicos e a resposta adequada à corticoterapia. Quanto ao diagnóstico diferencial, foi excluída a possibilidade de lesão da coifa pela ecografia articular; de S. Parsonage-Turner dado manter dor intensa e constante durante várias semanas, não associada a défices neurológicos motores nos MS; de capsulite adesiva pela ausência de sinais imagiológicos sugestivos ou défices de mobilidade passiva; de hipótese de lesão secundária de neoplasia após RM e análise do líquido.

Conclusões: Os autores pretendem demonstrar a importância da suspeição diagnóstica de eventos imuno-mediados em doentes com manifestações clínicas de

novo, articulares/peri-articulares, iniciadas no decurso da imunoterapia. De acordo com a literatura, a associação de maior risco destes eventos em doentes com patologia reumatológica prévia permanece controversa. A corticoterapia é suficiente na maioria dos casos, mas pode ser necessária a suspensão da imunoterapia nos casos mais graves.

PO 95 - A IATROGENIA DE UM DIAGNÓSTICO INCERTO

Margarida Faria¹; Sofia Rei²; Lídia Teixeira¹; Bela Machado³; Mário Rodrigues¹

1. Serviço de Reumatologia - SESARAM, EPE
2. Centro de Saúde do Caniço - SESARAM, EPE
3. Serviço de Medicina Interna - SESARAM, EPE

A febre no jovem adulto pode ser de causa infecciosa, inflamatória, farmacológica ou neoplásica. A doença de Still (DS) do adulto, uma doença auto-inflamatória sistêmica, pode ser uma dessas causas, caracterizando-se não só pela febre, mas outros sinais ou sintomas de poliartralgias de ritmo inflamatório, exantema cor de salmão, odinofagia, adenomegalias e hepatoesplenomegália.

Homem, 20 anos, estudante, com história de episódios recorrentes de odinofagia, sudorese noturna, artralgias de ritmo inflamatório envolvendo as articulações tibiotársicas, joelhos e punhos. Referia ainda febre de predomínio vespertino acompanhada de exantema cutâneo evanescente. O primeiro episódio surgiu em março de 2018, com cerca de 1 mês de duração, medicado com prednisolona e com resolução completa do quadro. Posteriormente, apresentou episódios semelhantes, com cerca de 1 mês de intervalo livre de doença, que motivaram internamento no serviço de Medicina Interna em agosto de 2018, durante o qual foi identificada adenomegália cervical, cuja biopsia revelou linfadenite necrotizante. Foi transferido para o serviço de Hematologia e, por suspeita de Linfoma T hepatoesplênico, fez um ciclo de quimioterapia, porém o exame histológico revelou linfadenite necrotizante. Desde então, estava sob corticoterapia, com recorrência da sintomatologia aquando do esquema de descontinuação. Após 2 anos de evolução, perante nova recorrência da sintomatologia e maior resistência à corticoterapia, foi internado no serviço de Hematologia e, após semanas de internamento é transferido para o serviço de Medicina Interna. Perante manutenção da febre e aumento dos parâmetros inflamatórios, após exames culturais negativos e antibioterapia de largo es-

pectro, foi contactado o serviço de Reumatologia. Ao exame objetivo, destaca-se face em “lua cheia” com pleura facial, ginecomastia, artrite do punho e tibiotársica esquerdos e dos joelhos. Analiticamente, leucocitose com neutrofilia, ferritina de 21834ng/mL, VS de 44mm e PCR de 141mg/L. Perante história clínica típica e tendo sido excluída patologia autoimune, infecciosa e linfoproliferativa, admitiu-se DS do adulto policíclica. A avaliação analítica seguinte mostrava uma anemia *de novo*, redução das contagens leucocitárias, hiperfibrinogénemia, triglicéridos 214mg/dL, elevação da LDH e da ferritina para 52451ng/mL. Perante o tempo de evolução da doença e o agravamento recente optou-se por realizar 3 pulsos de 1000mg/dia metilprednisolona, seguidos de prednisolona 1mg/Kg/dia e Anakinra 100mg/dia com desaparecimento da febre, das queixas articulares e melhoria das alterações analíticas. Contudo, 1 mês após o início de Anakinra apresentou trombocitopenia, resolvida com esquema de redução do número de administrações do fármaco, durante 2 semanas. Atualmente encontra-se assintomático e com parâmetros de inflamação negativos estando sob Anakinra 100mg/dia e Metotrexato 15mg/semana (iniciado por recidiva de queixas articulares) e ácido fólico 10mg/semana.

Frequentemente, o diagnóstico de DS é feito após um período prolongado de sinais e sintomas. Neste caso clínico, é retratada a iatrogenia resultante do diagnóstico tardio de DS, tendo o doente sido submetido a quimioterapia, a cursos de antibioterapia de largo espectro e a um longo período de corticoterapia e consequente instalação de sinais de síndrome de Cushing e um controlo insatisfatório do processo inflamatório subjacente.

A DS do adulto manifesta-se tipicamente por febre, exantema eritematoso que ocorre durante os picos febris e desaparece nos períodos de apirexia e artrite. Os dados clínicos e analíticos verificados neste doente, são congruentes com esta patologia, além do achado de linfadenite necrotizante, cumprindo os critérios de Yamaguchi de 1992. De salientar que o desconhecimento da doença pode levar a um atraso significativo no diagnóstico, com evolução da mesma para formas muito graves e efeitos secundários de terapêuticas inadequadas.

PO 96 - ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES APÓS INFEÇÃO POR EHRlichIA

Jorge Pestana Lopes¹; Raquel Roque¹
1. Hospital Garcia de Orta

Introdução: A arterite de células gigantes (ACG) é a vasculite mais frequente, que envolve médios e grandes vasos. O fenótipo de arterite temporal caracteriza-se frequentemente por cefaleia temporal, claudicação temporal e sintomas visuais. A ACG não atinge exclusivamente a artéria temporal podendo atingir, numa percentagem significativa dos casos, apenas vasos extracranianos.

Vários estudos demonstraram um aumento da incidência de ACG de acordo com padrões sazonais, verificando-se um aumento do número de casos durante os meses de Outono e Inverno. Vários agentes infecciosos têm sido associados à etiopatogenia da ACG, nomeadamente o *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, Parvovirus B19.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 64 anos, leucodérmica, reformada, com antecedentes pessoais de osteoporose. Aparentemente saudável até à primeira semana de Abril de 2020, altura em que refere início de queixas de cansaço, anorexia e febre, com picos de 38,5°C associado a sudorese de predomínio vespertino. Referia ainda, com início na mesma altura, mialgias generalizadas e cansaço para médios esforços. Recorreu ao seu médico de família que levantou hipótese diagnóstica de infecção por vírus SARS-CoV-2, tendo a doente ficado com indicação para manter isolamento social. Por persistência das queixas a doente foi encaminhada à consulta hospitalar de Infecciologia.

A doente foi avaliada pela primeira vez na consulta de Infecciologia no dia 7 de Maio de 2020. Dos exames complementares de diagnóstico pedidos nesta data destaca-se apenas um aumento dos parâmetros inflamatórios (VS 120 mm/h, PCR 19,72 mg/dL), radiografia de tórax e punção lombar sem alterações e IGRA negativo. A doente iniciou antibioterapia empírica de largo espectro (10 dias de ceftriaxona 2g/dia) com melhoria das queixas.

Após 2 semanas por identificação de serologias positivas para *Ehrlichia* (IgM), com confirmação no INSA, iniciou terapêutica com doxiciclina, que manteve durante 5 semanas, com resolução quase total das queixas de cefaleia e febre e normalização dos parâmetros inflamatórios.

A doente manteve-se paucisintomática, mantendo apenas queixas de cansaço, até cerca de 2 semanas após o fim da terapêutica com doxiciclina, altura em que inicia novamente quadro de febre de predomínio vespertino com sudorese, anorexia com perda de peso de 6 kg em cerca de 1 mês, sensação de mal estar geral e cefa-

leia holocraniana. Nesta altura, verificou-se um aumento dos parâmetros inflamatórios (VS 120 mm/h, PCR 7,64 mg/dL) e anemia normocítica e normocrómica de novo (Hb 10,7 g/dL).

A doente realizou vários exames complementares de diagnóstico, exames culturais e serologias infecciosas negativos e tomografia computadorizada tóraco-abdomino-pélvica sem alterações.

Realizou, ainda, PET-FDG que evidenciou vasculite activa de grandes vasos com envolvimento da aorta ascendente e artérias axilares. Por este motivo foi encaminhada à consulta de Reumatologia e realizada ecografia das artérias temporais e axilares, que demonstrou espessamento patológico do complexo intima-média das artérias axilares bilateralmente, compatível com diagnóstico de ACG.

A doente iniciou corticoterapia em alta dose (prednisolona 1 mg/kg/dia), com resolução completa do quadro de cansaço, febre e anorexia. Analiticamente, após 1 mês de terapêutica destacava-se uma normalização dos parâmetros inflamatórios e do hemograma.

Discussão: A infecção humana por Ehrlichiae é uma zoonose, com sintomas por vezes inespecíficos como febre, mialgias, anorexia, podendo cursar com cefaleia. O reaparecimento de sintomas muito semelhantes ao quadro inicial mas com uma etiologia diferente representou um grande desafio diagnóstico, tendo a PET-FDG desempenhado um papel fundamental no diagnóstico.

Conclusões: A etiologia da ACG não se encontra esclarecida, mas vários estudos populacionais e casos clínicos implicam um eventual envolvimento de agentes infecciosos como possíveis desencadeantes.

PO 97 - LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO – UMA DOENTE, DUAS MANIFESTAÇÕES GRAVES E RARAS

Maria Margarida Cunha¹; Gonçalo Cruz²;
Filipe Vinagre¹; Ana Catarina Duarte¹

1. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta
2. Serviço de Nefrologia, Hospital Garcia de Orta

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença heterogénea que se pode apresentar sob uma extensa miríade de manifestações desde ligeiras a graves e potencialmente fatais.

Caso clínico: Descrevemos o caso de uma mulher de 26 anos, leucodérmica, sem antecedentes médicos relevantes, que iniciou quadro de febre diária (máximo 39°C axilar), astenia, artralguas de ritmo misto dos joelhos, punhos e mãos, por vezes com tumefacção dos

joelhos, punhos e mãos, por vezes com tumefacção dos joelhos, duas semanas antes de recorrer ao serviço de urgência (SU). À admissão no SU a destacar febre e hipotensão, sem outras alterações ao exame objetivo; analiticamente com anemia (7.6g/dL), leucopénia ($2.9 \times 10^9/L$), linfopénia ($500 \times 10^9/L$), creatinina 1.1mg/dL e lactato desidrogenase (LDH) 634U/L, sem outras alterações. Após transfusão de 1 unidade de concentrado eritrocitário, teve alta contra parecer médico. Cerca de duas semanas depois foi avaliada nos Cuidados de Saúde Primários, com manutenção da anemia (7.8g/dL) e leucopénia ($2.8 \times 10^9/L$), elevação da velocidade de sedimentação (VS) (90mm/1^ah) e da ferritina (>1000 ng/mL). Um mês depois foi levada ao SU por alteração do estado de consciência, encontrando-se à admissão com 9 pontos na escala de coma de Glasgow, normotensa, taquicárdica (150bpm), pálida, ictérica, com hematomas dispersos. Por agravamento do estado de consciência a doente foi entubada e ventilada.

Da investigação complementar destacava-se, gasometria com acidose metabólica e hiperlactacidémia (pH 7.27, paCO₂ 17.8, HCO₃⁻ 8.1mmol/L, lactato 9.6mmol/L); análises com anemia (6.1g/dL) normocítica, normocrómica, trombocitopénia ($36 \times 10^9/L$), linfopénia ($0.46 \times 10^9/L$), VS 54mm/1^ah, haptoglobina <10mg/dL, ferritina 11719ng/mL, taxa de protrombina 54%, aPTT 39.3 segundos, d-dímeros 4.79ug/mL, fibrinogénio 56mg/dL, triglicéridos 346mg/dL, elevação das transaminases (AST 2207U/L e ALT 234U/L), LDH 1569U/L, hiperbilirrubinémia directa (bilirrubina total 9.3mg/dL, directa 6.84mg/dL), consumo das fracções do complemento (C3 24mg/dL, C4 8.1mg/dL), ANA 1/2560, anticorpo anti dsDNA 263UI/mL, anticorpos anti-Smith, anti-RNP, anti-histonas e anti-nucleosomas positivos, anticorpo anti-cardiolipina IgG positivo e avaliação sumária de urina sem alterações. Realizou tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica sem alterações e TC toraco-abdomino-pélvica com opacidades nodulariformes dispersas por ambos os pulmões, de provável etiologia infecciosa, embora não sendo possível excluir hemorragia alveolar; hepatomegália e múltiplas adenomegalias em várias localizações. Foi submetida a broncofibroscopia, com lavado broncoalveolar compatível com hemorragia alveolar (HA), e no qual foi isolada Pseudomonas aeruginosa multirresistente. Foi ainda realizada biópsia excisional de adenopatia axilar compatível com linfadenite necrotizante.

Discussão: Admitiu-se o diagnóstico de LES com síndrome de activação macrofágica (SAM) e HA nesse con-

texto, tendo a doente iniciado corticoterapia (metilprednisolona 1g/dia durante 3 dias, seguido de prednisolona 1mg/Kg/dia) e hidroxicloroquina (5mg/kg/dia), associada a antibioterapia dirigida para *Pseudomonas aeruginosa*. O caso foi discutido com os colegas de Nefrologia, e perante a gravidade do quadro clínico optou-se por realizar plasmaferese (5 sessões em dias consecutivos), com progressiva melhoria clínica e radiográfica, e consequente extubação. Ao 10º dia de antibioterapia e 6 dias após término de plasmaferese, a doente reiniciou febre, sem qualquer outra clínica focalizadora. Assumiu-se atividade da doença, pelo que iniciou terapêutica com ciclofosfamida 500mg (protocolo EuroLES), com apirexia sustida desde então e estabilidade clínica.

Conclusões: A SAM e a HA difusa são duas manifestações raras e graves de LES, e por vezes difíceis de reconhecer e distinguir de outras entidades; em ambas as situações, é essencial o seu rápido reconhecimento com vista a um diagnóstico célere e rápida instituição da terapêutica adequada, por forma a melhorar o seu prognóstico.



CONCURSO DE IMAGENS

NORDIC
PHARMA 

Concurso de imagens

CI 01 - AORTITE COMO CONSEQUÊNCIA DE ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES EXTRACRANEAL

Cristiana Isabel Sieiro Santos¹

1. Complejo Asistencial Universitario de León (España)

Homem de 85 anos diagnosticado de PMR com perda de peso, debilidade em membros inferiores, incapacidade para levantar-se da cadeira e febre de 38 graus. Nega cefaleia, claudicação mandibular, amaurosis fugax, artralgias ou aumento de sensibilidade em coro cabeludo. Destacamos aumento de reagentes de fase aguda (PCR 140, VSG 70). Ecografia e biopsia de artérias temporais são negativass. Realiza-se angio-RM torácica compatível com aortite, diagnosticando-se de ACG extracranial.



CI 02 - HEMORRAGIA ALVEOLAR COMO COMPLICAÇÃO DE POLIANGÉITE MICROSCÓPICA E BURSITE CRÓNICA COM FOCOS DE CALCIFICAÇÃO DISTRÓFICA COMO ACHADO CAUSAL

Cristiana Isabel Sieiro Santos¹

1. Complejo Asistencial Universitario de León (España)

Mulher de 81 anos diagnosticada de poliangeíte microscópica (p-ANCA) com envolvimento cutâneo e articular internada por hemorragia alveolar com abscesso em braço direito tratado com antibioterapia de amplo espectro e posteriormente, intervenção cirúrgica, com extração de material de aspeto hemático e em grãos de arroz compatível com bursite crónica e focos de calcificação distrófica.



CI 03 - GOTA TOFÁCEA CRÓNICA

Cristiana Isabel Sieiro Santos¹

1. Complejo Asistencial Universitario de León (España)

Homem de 63 anos, indigente, com antecedentes de gota e insuficiência renal, consumidor de álcool, trazido pelos bombeiros ao serviço de urgências por artrite deformante e tofos em mãos, joelhos e ambos pés. Procedeu-se à realização de várias radiografias, observando-se erosões periarticulares em articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais.



CI 04 - ESCLEROSE SISTÉMICA LIMITADA: ULCERAS NECRÓTICAS Y CALCINOSE

Cristiana Isabel Sieiro Santos¹

1. Complejo Asistencial Universitario de León (España)

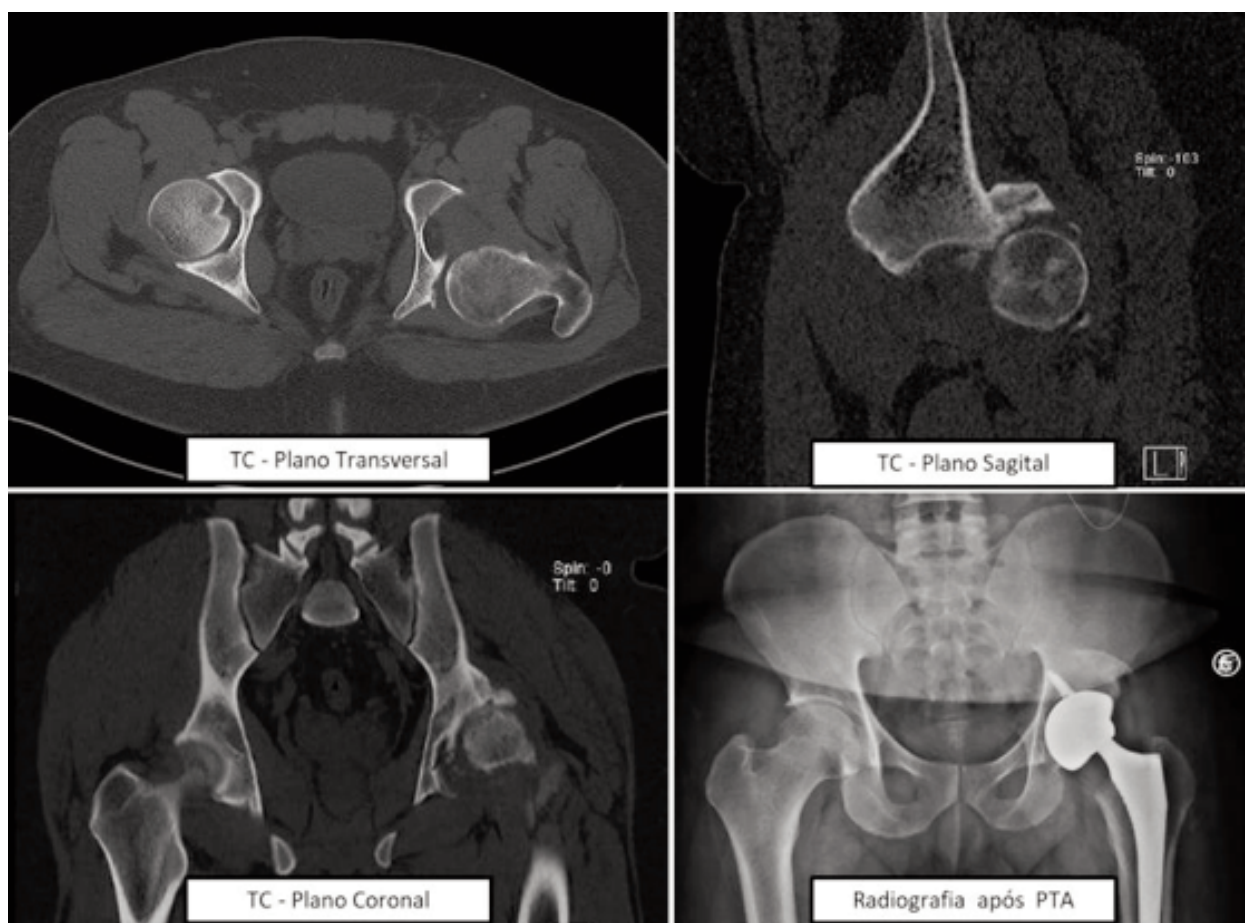
Homem de 58 anos remitido a Reumatologia por úlceras necróticas em pontas dos dedos. O paciente refere fenómeno de Raynaud de vários anos de evolução. À exploração, várias amputações digitais prévias por Cirurgia Vasculard, esclerodermia até cotovelos, microstomia e calcinose em zonas periungueais. Inicia-se estudo complementar com autoimunidade, TAC torácico, ecocardiograma, capilaroscopia e transito esófago-gastro-intestinal, confirmando diagnóstico de esclerose sistémica limitada (ANA+, anti-centrómero) com envolvimento esofágico. Revendo radiografias antigas, encontramos depósito de cálcio em cotovelo direito.



CI 05 - SEQUELA DE FRATURA ACETABULAR COM FORMAÇÃO DE NEOACETABULO

Eduardo Freitas Ferreira¹; Diogo Portugal¹; Nuno Silva¹; Catarina Peixoto¹; Carla Vera-Cruz¹; Leonor Prates¹
1. Serviço de MFR, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Sexo masculino, 25 anos, residente na Guiné-Bissau. Acidente de mota há um ano do qual resultou fratura acetabular tratada conservadoramente. Por queixas álgicas com limitação da marcha foi transferido para Portugal. A TC evidenciou luxação posterior da cabeça femoral sequelar à fratura do acetábulo formando na vertente póste-ro-superior um neoacetábulo. O doente foi submetido a artroplastia total da anca esquerda e cumpriu programa de reabilitação com bons resultados funcionais.

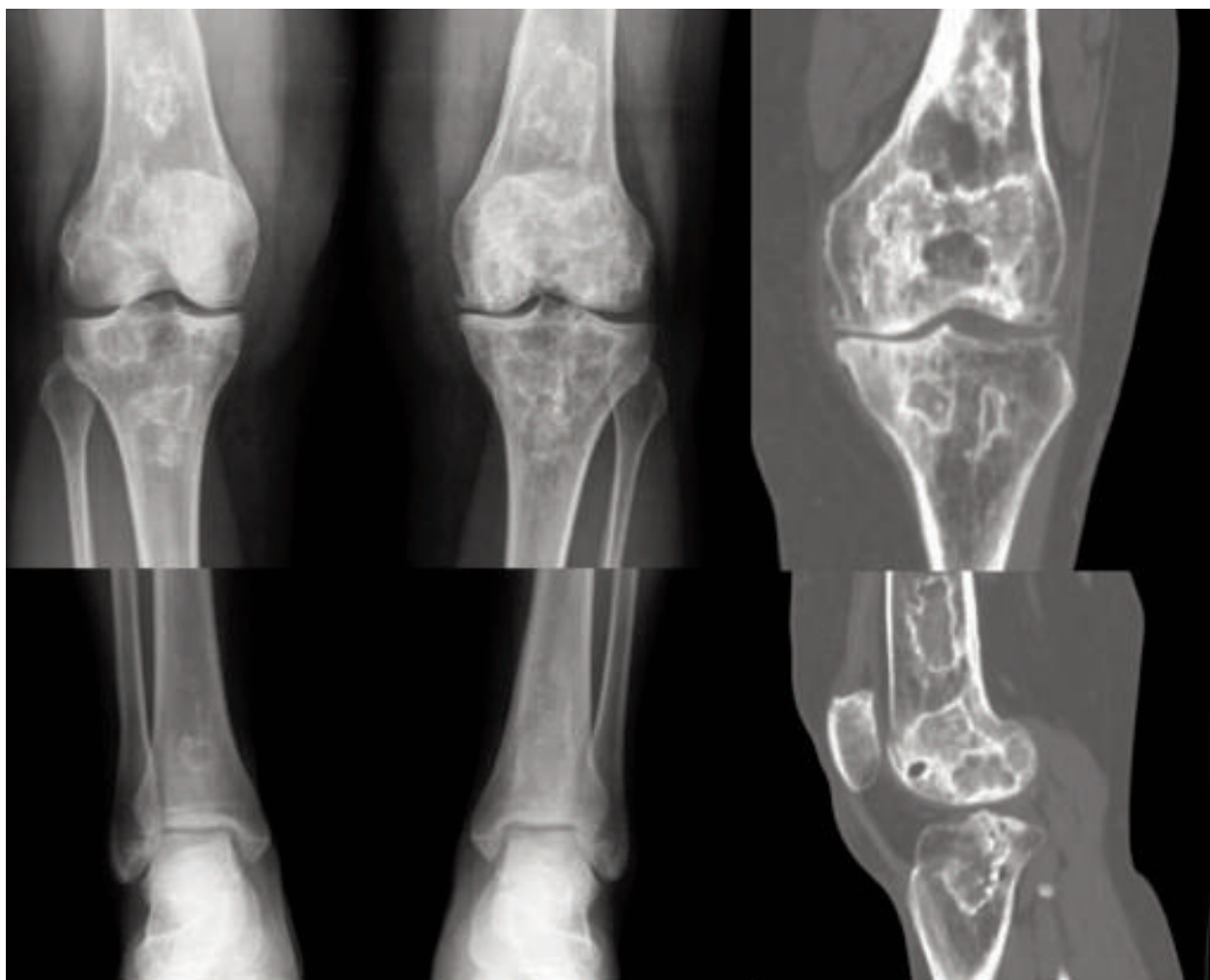


CI 06 - ENFARTES ÓSSEOS MULTIFOCAIS EM DOENTE COM HISTÓRIA DE CORTICOTERAPIA PROLONGADA

Beatriz Samões¹; Diogo Fonseca¹; Miguel Guerra²; Romana Vieira¹; Taciana Videira¹; Abelha Aleixo¹; Patrícia Pinto¹

1. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho; 2Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Doente do sexo feminino, de 49 anos, com antecedentes de asma corticodependente e diabetes mellitus tipo 1, apresenta lesões ósseas de bordo esclerótico e serpiginoso nas regiões distal do fêmur e proximal e distal da tíbia na radiografia (à esquerda, incidência frontal), bem como na tomografia computadorizada do joelho (à direita, cortes coronal em cima e sagital em baixo) sugestivas de enfartes ósseos. Na ausência de outros factores predisponentes foram interpretados no contexto dos antecedentes patológicos, nomeadamente de corticoterapia prolongada durante a infância pela patologia respiratória.

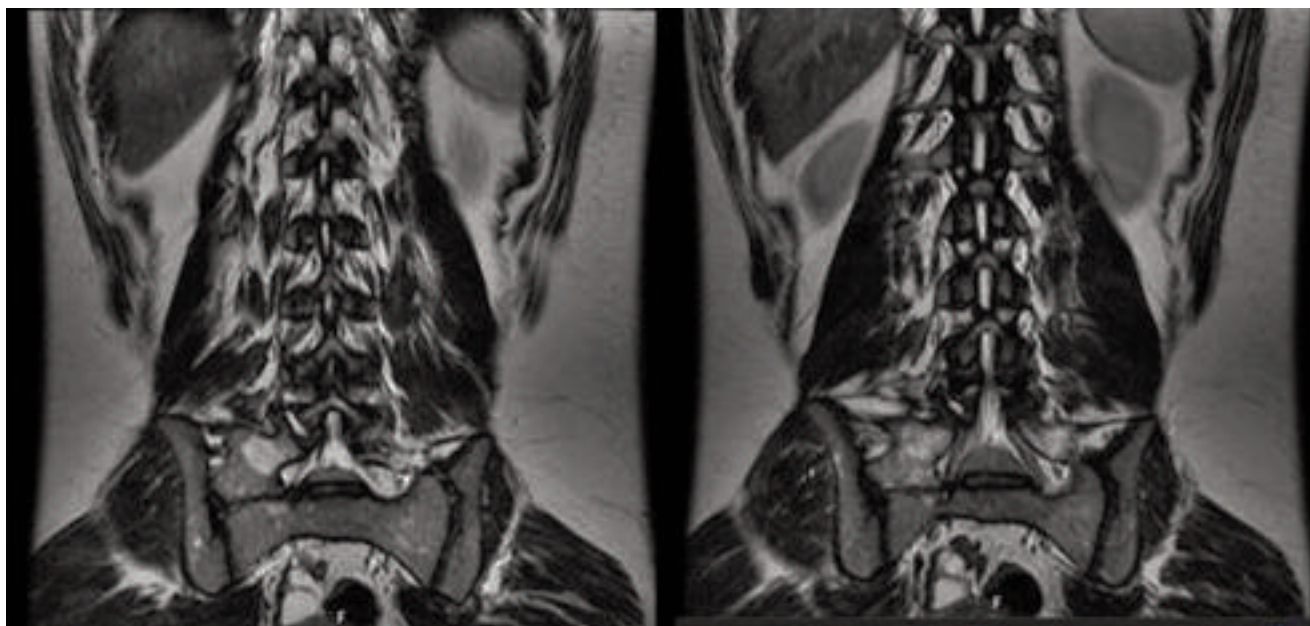


CI 07 - VÉRTEBRA DE TRANSIÇÃO – UMA CAUSA DE LOMBALGIA EM IDADE JOVEM

Beatriz Samões¹; Diogo Fonseca¹; Miguel Guerra²; Romana Vieira¹; Taciana Videira¹; Abelha Aleixo¹; Patrícia Pinto¹

1. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho; 2Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Mulher de 39 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu à consulta de Reumatologia por lombossacralgia de ritmo mecânico com irradiação pela face posterior do membro inferior direito até abaixo do joelho. Ao exame objectivo apresentava dor à compressão postero-anterior do sacro e positividade das manobras de Faber-Patrick e Mennel, à direita, sem limitação da mobilidade da coluna vertebral. Analiticamente sem elevação dos parâmetros inflamatórios e com HLA-B27 negativo. A ressonância magnética da coluna lombar (sequência T2, corte coronal – figura) revelou uma hemi-lombarização de S1 com evidência de edema ósseo.



CI 08 - GOTA TOFÁCEA – A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO TERAPÊUTICA

Svitlana Kachan¹; Jorge Pereira¹; Cátia Cristina²; Catarina Silva³; Pedro Abreu⁴

1. UCSP S. Miguel, ULSCB,EPE

2. USF Beira Saúde, ULSCB,EPE

3. UCSP S. Tiago Saúde, ULSCB,EPE

4. Unidade de Reumatologia, ULSCB,EPE; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Homem, 76 anos, com várias comorbidades (hipertensão arterial, EAM, hipertrigliceridemia, obesidade), orientado para consulta de Reumatologia por Gota não controlada com 36 anos de evolução, sendo previamente acompanhado nos cuidados de saúde primários.

Segundo o doente, apresentava progressão das lesões nodulares que envolviam diversas localizações, com especial destaque para articulações das mãos e bursa olecraniana bilateralmente. Apesar do diagnóstico de Gota há 36 anos, não cumpria qualquer plano dietético nem nenhuma medicação de fundo para o tratamento da patologia em causa. Níveis de ácido úrico persistentemente acima de 10mg/dl. Após início de terapêutica com alopurinol 300mg id, colchicina 0.5mg/dia, além das medidas dietéticas verificou-se redução substancial de tofos gotosos.

Salienta-se o caso pois além da exuberância das “lesões”, e decorrente limitação funcional que aquelas condicionavam ao doente, a obtenção de níveis de ácido úrico persistentemente abaixo de 6mg/dl (última medição 5.2mg/dl) com a explicação de necessidade de cumprimento rigoroso de medicação e plano dietético permitiram obter uma franca e sustentada melhoria do quadro tanto clínica como imagiológicamente.



CI 09 - TOFO GOTOSO ULCERADO – EFICÁCIA DO FEBUXOSTATO

Hugo Parente¹; Francisca Guimarães¹; Soraia Azevedo¹; Joana Ramos Rodrigues¹; Diogo Almeida²; Ana Sofia Pinto³; Carmo Afonso¹; Filipa Teixeira¹

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

2. Serviço de Reumatologia, Hospital de Braga, Braga, Portugal

3. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda, Guarda, Portugal

Lesão ulcerada de tecidos moles a nível da interfalângica distal do 4º dedo da mão, com drenagem serohemática, evoluindo há uma semana, numa mulher de 68 anos com uricemia de 7.9mg/dL. À microscopia ótica, detetaram-se cristais de monourato de sódio. Após 10 dias de tratamento com febuxostato e colchicina, verificou-se melhoria cutânea marcada.

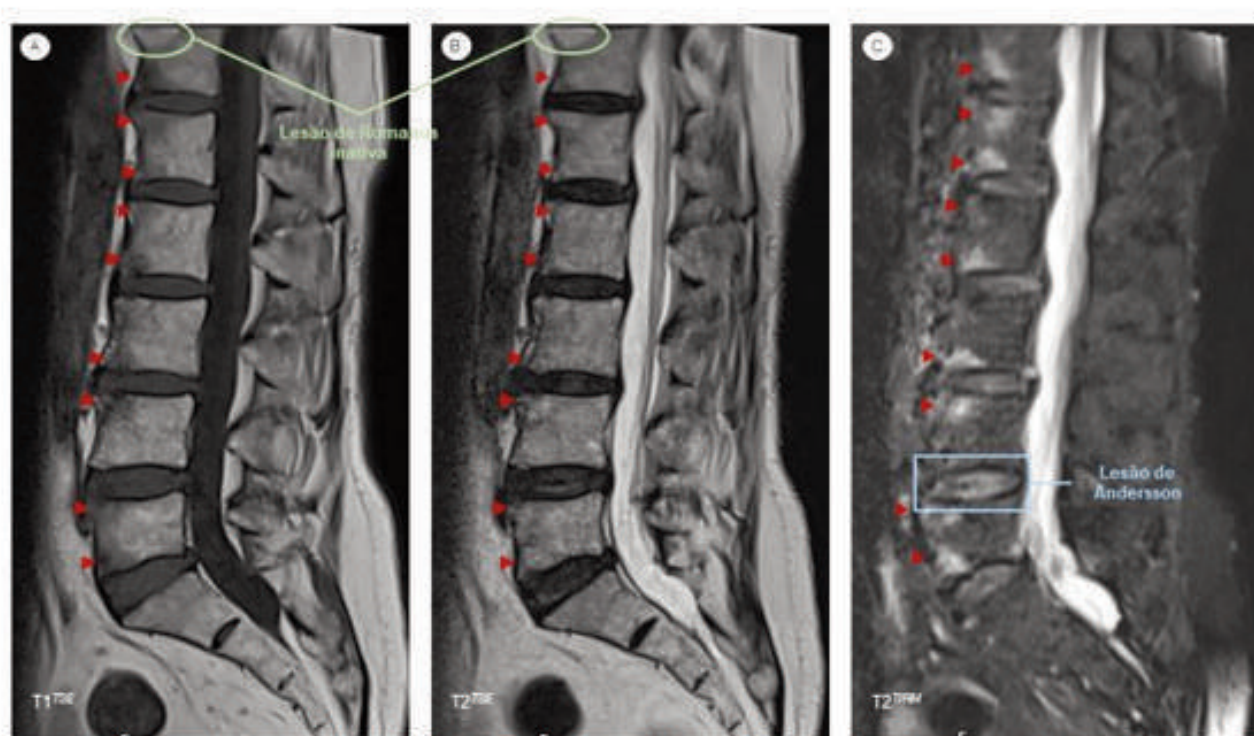


CI 10 - LESÕES DE ANDERSSON E ROMANUS NO SÉCULO XXI: REVISITANDO VELHOS CONCEITOS

Emanuel Costa¹; Diogo Esperança Almeida¹; Margarida Correia¹; Marcos Cerqueira¹; Ana Roxo Ribeiro¹; Joana Sousa-Neves¹

1. Hospital de Braga

Senhora de 63 anos em seguimento por oligoartrite assimétrica (punho direito e interfalângica proximal da mão) e tenossinovite dos tendões flexores do 4º dedo da mão direita com 2 anos de evolução. História familiar de psoríase cutânea. Solicitada RMN CL para esclarecimento de queixas axiais de início recente que revelou lesões inflamatórias extensas, típicas de espondiloartropatia, mas de início em idade tardia.



Imagens de Ressonância Magnética lombo-sagrada. Pontas de seta: lesões de Romanus ativas, de caráter descontínuo, com hipossinal em A e hipersinal em B e C traduzindo edema ósseo. Círculo: lesão de Romanus inativa com infiltração gordurosa não visível em C (ponderação com supressão de gordura). Retângulo: lesão de Andersson em L4-L5.

CI 11 - SINAL DO SULCO – UMA PISTA DIAGNÓSTICA NA SUSPEITA DE FASCEÍTE EOSINOFÍLICA

Maria Seabra Rato¹; Filipe Oliveira Pinheiro¹; Salomé Garcia¹; Bruno Fernandes¹; Sara Santos¹; Filipe Brandão²; Miguel Bernardes¹; Alexandra Bernardo¹; Lúcia Costa¹

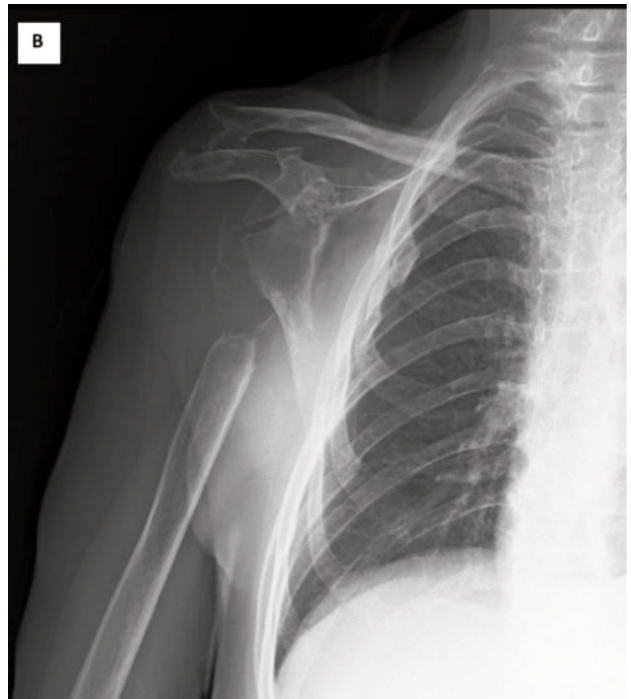
Doente do sexo masculino de 75 anos com espessamento e eritema cutâneo dos membros com 4 meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava depressão linear ao longo do trajeto das veias superficiais compatível com sinal do sulco. A ressonância magnética e a biópsia da pele, fáscia e músculo foram compatíveis com fasceíte eosinofílica.



CI 12 - ARTROPATIA PSORIÁTICA DESTRUTIVA

Maria Seabra Rato¹; Filipe Oliveira Pinheiro¹; Alexandra Bernardo¹; José Pinto¹; Lúcia Costa¹

Artropatia destrutiva em doente de 68 anos com poliartralgias com 15 anos de evolução com envolvimento de pequenas e grandes articulações. As radiografias revelaram osteólise da cabeça femoral e acetábulo (A) e da cabeça umeral (B). Apresentava história familiar de psoríase em 1º grau. Foi assumido o diagnóstico de artrite psoriática mutilante.



CI 13 - SARCOMA RETROPERITONEAL EM DOENTE COM ARTRITE PSORIÁTICA

Catarina Silva¹; Cátia Cristina²; Svitlana Kachan³; Jorge Pereira³; Pedro Abreu⁴

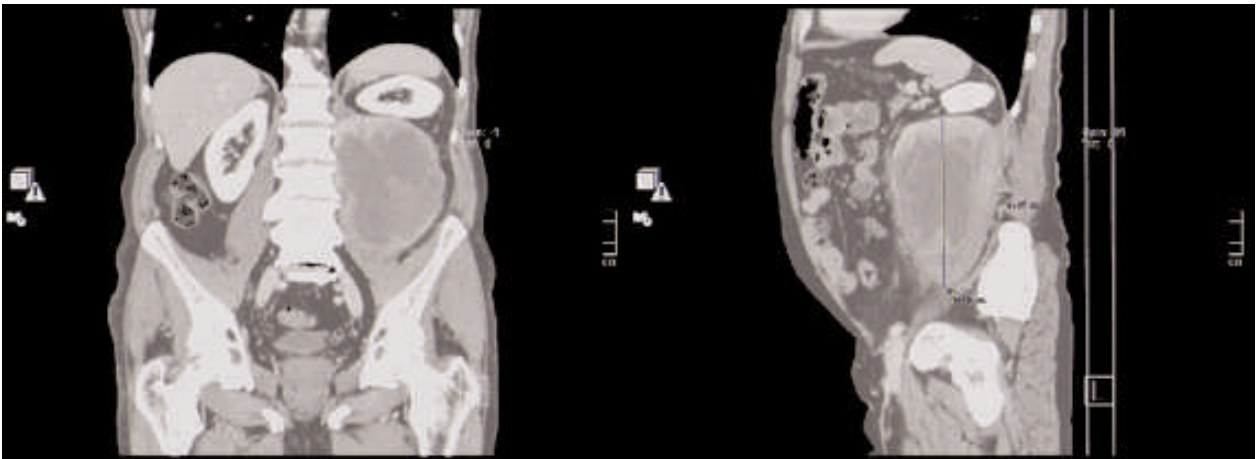
1. UCSP S. Tiago Saúde, ULSCB,EPE

2. USF Beira Saúde, ULSCB,EPE

3. UCSP S. Miguel, ULSCB,EPE

4. Unidade de Reumatologia, ULSCB,EPE; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Homem, 67 anos, Artrite Psoriática. Apresentou orquialgia esquerda ligeira, agravada à noite, irradiada para o membro inferior, há 1.5 meses. Exame objetivo normal. Ecografia: rim esquerdo com massa volumosa. TC toraco-abdomino-pélvica: massa sólida expansiva retroperitoneal, 9,74x15,1cm. Após cirurgia, diagnóstico de sarcoma retroperitoneal.



CI 14 - CINTIGRAFIA ÓSSEA NA DOENÇA DE PAGET POLIOSTÓTICA

Raquel Freitas¹; Fátima Godinho¹

1. Hospital Garcia de Orta

Reportamos o caso de uma mulher de 79 anos que recorreu ao nosso serviço por dor glútea direita com 1 ano de evolução. A radiografia pélvica e a tomografia computadorizada eram sugestivas de Doença de Paget. Foi realizada uma cintigrafia óssea de forma a definir a extensão e distribuição da doença. Esta mostrou uma Doença de Paget polioestótica (Fig1).



Fig. 1) Cintigrafia óssea mostrando captação de ^{99m}Tc nos ossos ilíacos bilateralmente, sacro, úmero esquerdo, diáfise medial e proximal do fêmur e coluna vertebral em D7, D10 e L2 a L5.

CI 15 - VASCULITE LEUCOCITOCLÁSTICA NA ESCLEROSE SISTÉMICA ANTI-KU POSITIVO

Filipe Cunha Santos¹; Ana Sofia Pinto¹; Sara Paiva Dinis¹; Claudia Vaz¹; Joana Fonseca Ferreira¹
1. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda

Homem de 60 anos, com Esclerose Sistémica, anti-Ku positivo e história de cerca de 20 anos. Antecedentes de silicose pulmonar e hipertensão pulmonar. Referenciado à Reumatologia este ano, verificaram-se lesões petequiais nos membros inferiores. Biópsia revelou vasculite leucocitoclástica. Iniciou azatioprina com melhoria franca das lesões.



CI 16 - MÃOS TÍPICAS DE ARTRITE REUMATÓIDE AVANÇADA

Alexandre Fernandes Nascimento¹; Susana Fernandes²

1. Hospital de Cascais
2. IPR

F, 65 anos. Na imagem, observamos características radiológicas típicas da Artrite Reumatóide: erosões ósseas múltiplas, subluxações das articulações metacarpo-falângicas e carpite erosiva direita. Salientamos a importância do tratamento precoce, de forma a evitar a progressão destrutiva da doença.



CI 17 - FORMAÇÃO DE PANNUS INFLAMATÓRIO ODONTÓIDE: UMA FORMA INCOMUM DE INSTABILIDADE ATLANTOAXOIDEIA NA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Ana Rita Prata¹; Nuno Pereira da Silva²; Luísa Brites¹; Helena Assunção¹; Maria João Salvador¹; Armando Malcata¹

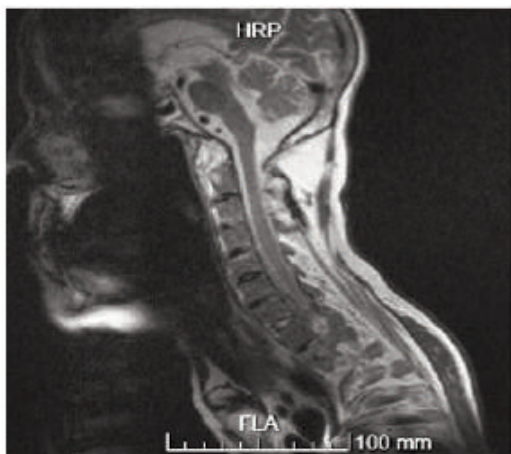
1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
2. Serviço de Imagem Médica dos Hospitais da Universidade de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Homem de 63 anos com Espondilite Anquilosante (EA) e cervicalgia inflamatória persistente. A ressonância magnética cervical revelou significativo hiperssinal T1 e T2 do dente do axis, corpo e massas laterais de C1, a traduzir *pannus* inflamatório, com discreta elevação do dente do axis, um tipo de envolvimento raro na EA.

FORMAÇÃO DE PANNUS INFLAMATÓRIO ODONTÓIDE: UMA FORMA INCOMUM DE INSTABILIDADE ATLANTOAXOIDEIA NA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Ana Rita Prata¹; Nuno Pereira da Silva²; Luísa Brites¹; Helena Assunção¹; Maria João Salvador¹; Armando Malcata¹

1-Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra; 2-Serviço de Imagem Médica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



Homem de 63 anos com **Espondilite Anquilosante (EA)** e cervicalgia inflamatória persistente.

A ressonância magnética cervical revelou significativo hiperssinal T1 e T2 do dente do axis, corpo e massas laterais de C1, a traduzir **pannus inflamatório**, com discreta elevação do dente do axis, um tipo de envolvimento raro na EA.



CI 18 - UM CASO INCOMUM DE PSEUDOTUMOR RETRO-ODONTÓIDE NA HIPEROSTOSE ESQUELÉTICA IDIOPÁTICA DIFUSA (DISH)

Ana Rita Prata¹; Nuno Pereira da Silva²; Helena Assunção¹; Maria João Salvador¹; Armando Malcata¹

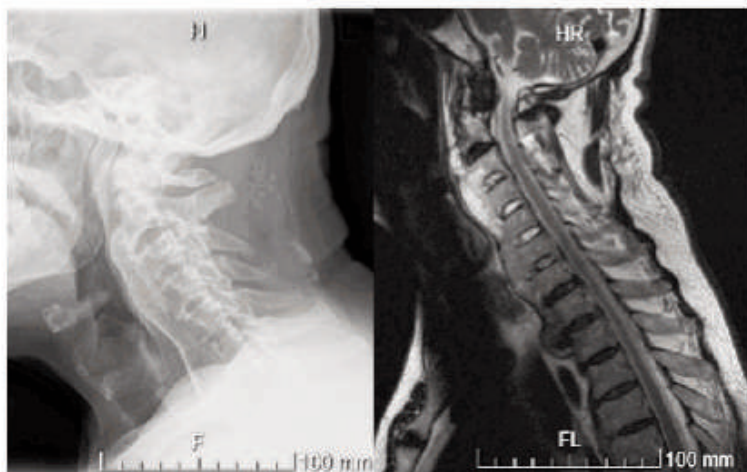
1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
2. Serviço de Imagem Médica dos Hospitais da Universidade de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Homem, 77 anos, cervicalgia e limitação da mobilidade cervical. A radiografia simples e RMN da coluna cervical revelaram calcificação do ligamento longitudinal anterior com anquiose cervical, a sugerir DISH, bem como pseudotumor retro-odontoide, um achado incomum nesta patologia e que é condicionado pela imobilidade do segmento cervical.

UM CASO INCOMUM DE PSEUDOTUMOR RETRO-ODONTÓIDE NA HIPEROSTOSE ESQUELÉTICA IDIOPÁTICA DIFUSA (DISH)

Ana Rita Prata¹, Nuno Pereira da Silva², Helena Assunção¹, Maria João Salvador¹, Armando Malcata¹

1- Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra; 2- Serviço de Imagem Médica dos Hospitais da Universidade de Coimbra; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



Homem, 77 anos, cervicalgia e limitação da mobilidade cervical. A radiografia simples e RMN da coluna cervical revelaram calcificação do ligamento longitudinal anterior com anquiose cervical, a sugerir **DISH**, bem como **pseudotumor retro-odontoide**, um achado incomum nesta patologia e que é condicionado pela imobilidade do segmento cervical.



CI 19 - A PELE QUE HABITO: BELIMUMAB E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Frederico Rajão Martins¹; Diogo Guimarães da Fonseca²; Pedro Madureira³; Lúcia Costa³

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve

2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho; 3 Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João

Mulher de 51 anos com LES com 20 anos de evolução, com envolvimento musculoesquelético, hematológico e mucocutâneo (lesões de lúpus cutâneo agudo e subagudo). Refratariedade e má adesão terapêutica a múltiplos DMARDS (hidroxicloroquina, azatioprina, metotrexato, rituximab). Inicia Belimumab mensal EV e MMF em Agosto 2020, com boa resposta cutânea.

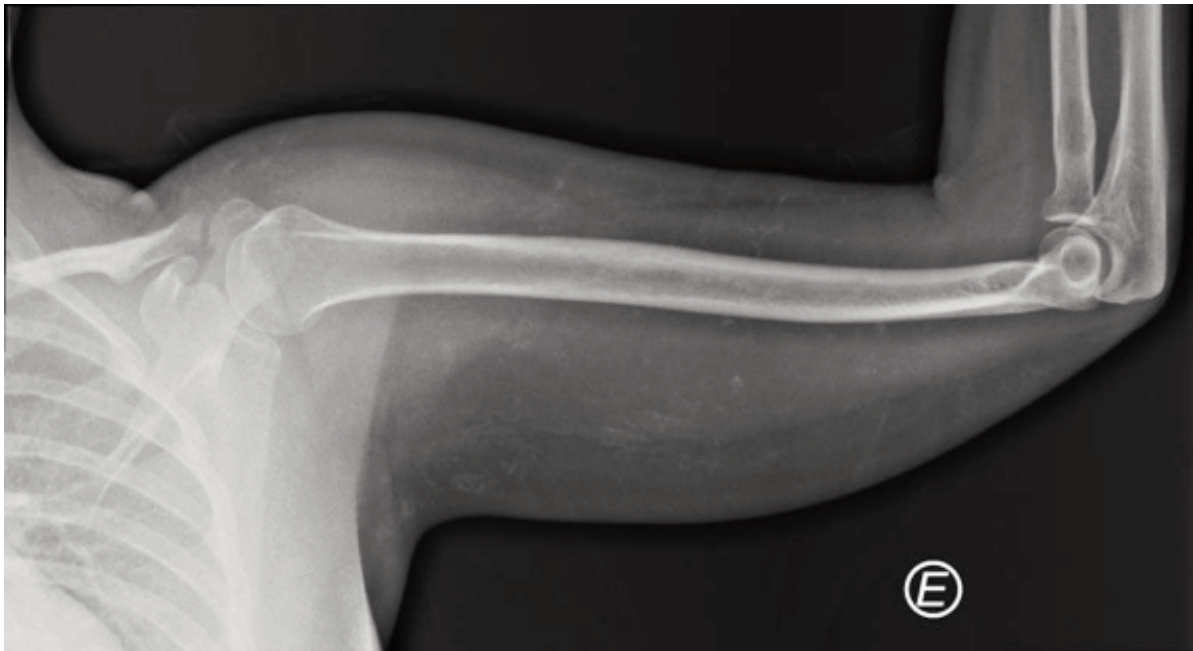
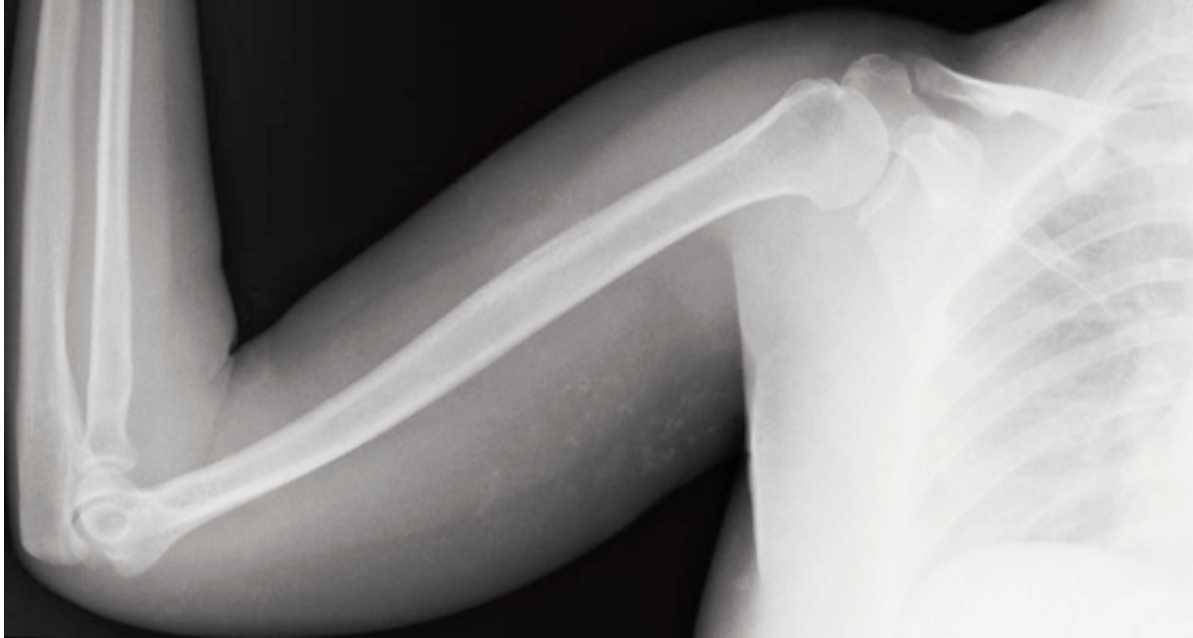


CI 20 - DOR NUMA DOENTE COM DERMATOMIOSITE

Maria Margarida Cunha¹; Ana Catarina Duarte¹; Filipe Vinagre¹; Ana Cordeiro¹

1. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta

Mulher de 40 anos com diagnóstico de dermatomiosite desde há 2 anos; após surgimento de lesões nodulares dolorosas na face interna de ambos os braços é realizada radiografia que revela lesões de calcinose. Foi ajustada analgesia e administrado ácido zoledrónico com melhoria clínica parcial.



CI 21 - HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR: CAUSA RARA DE CALCIFICAÇÃO AQUILIANA

Nathalie Madeira¹; Susana Fernandes¹; Miguel Sousa¹; Luís Cunha Miranda¹; José Vaz Patto¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Radiografias dos pés de uma doente de 54 anos, com antecedente de hipercolesterolemia familiar, observada por tumefação exuberante dura da face posterior do tornozelo direito, sem dor. Observam-se imagens hiperdensas grosseiras que correspondem a calcificações intra-tendinosas do Aquiles, poupando a entese, bilaterais, mais evidentes à direita.





**A COMISSÃO ORGANIZADORA DAS
JORNADAS VIRTUAIS INTERNACIONAIS DO IPR 2020
AGRADECE A COLABORAÇÃO DE:**



A. MENARINI PORTUGAL

abbvie



AMGEN®



Bial



Lilly



NORDIC PHARMA



NOVARTIS



**ORGANIZAÇÃO
INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA**

Rua da Beneficência, nº 7 - 1050-034 Lisboa
Apartado 6054 | 1601-901 Lisboa | <http://www.ipr.pt>



COMUNICAÇÕES DO PROGRAMA

Comunicações do Programa

26 NOVEMBRO – QUINTA-FEIRA

14h00-14h30

Presidente: José Vaz Patto

Moderador: Manuela Parente

PALESTRA: COVID-19 E DOENÇAS REUMÁTICAS

Maria Eugénia Simões¹

1. Instituto Português de Reumatologia

A doença Covid-19, provocada pelo Coronavírus SARS-COV2, inicialmente aparecida na China em Novembro de 2019, em poucos meses se tornou numa Pandemia.

Até hoje, em todo o Mundo, mais de 46 milhões de pessoas foram atingidas, com cerca de 70% recuperados, e cerca de 1,2 milhões de óbitos.

Portugal não foge à regra, estando a atravessar, à semelhança de outros países, aquilo que parece ser a 2ª vaga.

O aparecimento de uma doença de etiologia viral totalmente desconhecida, levanta problemas à Comunidade Médica. Sabemos que os factores de risco clínicos para um pior prognóstico desta doença são: a idade, a obesidade, a HTA, a Diabetes, a DPOC. Nada está ainda descrito, em relação às Doenças Reumáticas Imunomediadas.

Tudo indica que a Patologia Reumática, por si só, não seja um factor de risco importante, quer para o aumento de prevalência em doentes reumáticos da COVID-19, quer indicando um prognóstico pior.

No entanto, não nos devemos esquecer, que frequentemente estes doentes possuem co-morbilidades, essas sim comprovadamente associadas a pior desfecho desta doença.

Por outro lado, e se bem que utilizemos frequentemente medicação imunossopressora, existe alguma dessa medicação que foi testada em doentes infectados com algum sucesso; caso do tocilizumab, baricitinib, já para não falar da Vitamina D e da malograda hidroxicloroquina.

Existe alguma evidência de que doentes com osteoporose, estranhamente possam ter prevalência menor de

infecção por SARS-COV2 do que a população em geral.

Finalmente, em dados recentes publicados no NEJM, num estudo cohorte nos EUA, com mais de 500 doentes infectados internados na enfermaria ou em cuidados intensivos, demonstraram uma percentagem de cerca de 28% de produção de auto-AC, tais como: Factores Reumatóides, AAN, Ac anti-fosfolípidos e Ac anti-trombina III, reforçando a fisiopatologia de hiperreactividade imunitária em doentes mais graves de COVID-19.

14h30-16h00: Simpósio



ESPONDILARTRITE AXIAL: UMA REALIDADE DOLOROSA QUE TEM DE SER IDENTIFICADA

14h30: Abertura

Dr.ª Helena Santos

Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

14h35: PORQUÊ IDENTIFICAR? IMPACTO DA ESPONDILARTRITE AXIAL PARA O DOENTE E PARA A SOCIEDADE

Dr.ª Helena Santos

14h50: COMO IDENTIFICAR? SIMULAÇÃO DE CONSULTA NA PLATAFORMA Upsim

Dr. José Marinho

Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Santa Joana, Aveiro

15h30: Q|A e Encerramento

Dr.ª Helena Santos e Dr. José Marinho

16h00-16h15: Visita aos Stands virtuais e Imagens em Reumatologia

16h15-17h00 Conferência Plenária

Presidente: Vera Las

MECANISMOS NEUROINFLAMATÓRIOS NAS DOENÇAS REUMATOLÓGICAS

Gustavo Jesus

17h00-18h00: Mesa-Redonda – Actualidade em Reumatologia



Presidente: Augusto Faustino

Moderador: Cláudia Miguel

1) MALIGNIDADE E DOENÇA REUMÁTICA INFLAMATÓRIA SISTÉMICA

Elsa Sousa

2) POSICIONAMENTO DAS PEQUENAS MOLÉCULAS EM 2020

Patrícia Pinto

As pequenas moléculas (tsDMARDs) são uma nova classe de fármacos que se caracterizam pela inibição de diferentes cinases que incluem a JAK, a MAPK (mitogen-activated protein kinase), SYK (spleen tyrosine kinase), A BTK. (Bruton's tyrosine kinase) ou o NF-κB (fator nuclear9).

Há neste momento 3 inibidores da Jak aprovados pelo FDA e a EMA para o tratamento da Artrite Reumatóide, que são respectivamente o tofacitinib, o baricitinib e o upadacitinib e os dois primeiros também estão na Artrite Psoriática. Há estudos a decorrer para mais 3 inibidores da JAK.

As guidelines recentes do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) e da European League Against Rheumatism (EULAR) recomendam o uso de bDMARDs and tsDMARDs no tratamento de doentes com Artrite Reumatóide com doença ativa, moderada a severa.

Apesar de no programa de desenvolvimento destes fármacos se incluírem diferentes estudos com diferentes populações: naives a Dmards, refratárias ao metotrexato ou outros Dmards, refratárias a anti-TNF e estudos comparativos com anti-TNF alfa, a estratégia Treat to Target nacional considera o metotrexato e os outros Dmards como a primeira escolha dado o preço elevado destas pequenas moléculas

Na apresentação nas Jornadas do IPR será efetuada uma revisão das indicações para o uso das pequenas moléculas no momento atual, incluindo a infecção pelo SARS-Cov-2.

3) ARTRITE PSORIÁTICA – NOVIDADES TERAPÊUTICAS

Helena Santos

27 NOVEMBRO – SEXTA-FEIRA

9h00-10h00: Comunicações Livres



Presidente: Paulo Clemente Coelho

Moderador 1: Manuela Micaelo

Moderador 2: Filipe Barcelos

10h00-11h15: Posters Seleccionados Apresentação e Discussão



Presidente: Luis Cunha Miranda

Moderador 1: Dina Medeiros

Moderador 2: Miguel Sousa

11h15-11h30: Intervalo – Visita aos Stands virtuais e Imagens em Reumatologia

11h30-13h00: Simpósio



FRATURAS OSTEOPORÓTICAS – VISÃO E PRÁTICA DE DUAS ESPECIALIDADES

VISÃO E PRÁTICA NA REUMATOLOGIA

VISÃO E PRÁTICA NA MGF

13h00-14h00: Intervalo – Visita aos Stands virtuais e Imagens em Reumatologia

14h00-15h30: Simpósio



NEW TREATMENTS TO TARGET: MORE THAN BIOLOGICS

WELCOME AND INTRODUCTION 5'

Chairman - Dr. Luis Cunha Miranda - IPR

NEW TREATMENTS TO TARGET 20' TOFACITINIB ROLE IN ACHIEVING THE TARGET

Dra. Susana Fernandes – IPR

2 – PRACTICALITIES OF TOFACITINIB TREATMENT 20’ DIFFERENCES FROM BIOLOGICS

Dra Claudia Miguel - IPR

PANEL DISCUSSION 10’

SYMPOSIUM CLOSE 5’

Chairman

15h30-16h45: Flash Reumatológico

Presidente: Helena Madeira

Moderador: Sara Cortes

KAWASAKI-LIKE DISEASE OR MULTISYSTEM INFLAMMATORY SYNDROME AND SARS-COV-2 PANDEMIC

Ana Lúcia Fernandes¹

1. Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Faro;
Instituto Português de Reumatologia

Os coronavírus pertencem a uma grande família de vírus causadores de uma variedade de doenças, como SARS (severe acute respiratory syndrome), MERS (Middle East respiratory syndrome) e mais recentemente o SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2).

Sendo um assunto emergente, a literatura apresenta ainda dados limitados, mas, em contraste aos adultos, a maioria das crianças e adolescentes com infecção por SARS-CoV-2 apresenta infecção leve que não requer intervenção médica. Contudo, algumas crianças requerem hospitalização e tratamento intensivo.

Em diversas séries de casos publicadas, é descrita o desenvolvimento de uma síndrome hiperinflamatória com febre e manifestações mucocutâneas semelhantes às da doença de Kawasaki, uma vasculite rara da infância que pode causar aneurismas da artéria coronária. Alguns pacientes apresentam ainda características de síndrome do choque tóxico, linfo-histiocitose hemofagocítica secundária ou síndrome de ativação macrofágica. Embora a causa da doença de Kawasaki permaneça desconhecida, há suspeita de ser desencadeada por infecção ativa ou precedente.

Como nem todos os sintomas apresentados pelos doentes cumprem os critérios da diretriz da AHA Kawasaki, a Organização Mundial da Saúde (OMS) designou esta patologia por Síndrome Inflamatória Multissistêmica em crianças e adolescentes temporaria-

mente relacionada com COVID-19 (MIS-C).

Tal como a doença de Kawasaki, a MIS-C é uma síndrome com uma variedade de apresentações clínicas e ausência de achados patognomônicos ou testes diagnósticos. Ao contrário da doença de Kawasaki, no entanto, foi sugerido em relatos iniciais que a MIS-C parece afetar predominantemente adolescentes e crianças com mais de 5 anos de idade e estar associada a envolvimento cardiovascular mais frequente.

Embora os dados descritos ainda não sejam suficientes para estabelecer uma causalidade, os achados sugerem que uma proporção substancial dos pacientes é infectada com SARS-CoV-2 pelo menos 1 a 2 semanas antes do início da MIS-C: a maioria dos pacientes testa positivo para infecção por SARS-CoV-2 por RT-PCR, teste de anticorpos ou ambos, e apresenta uma ligação epidemiológica com outro doente infectado com Covid-19.

Em termos clínicos, o envolvimento multiorgânico grave é comum, com frequente necessidade de terapêutica agressiva e internamento em unidade de cuidados intensivos, embora a maioria dos pacientes sobreviva.

Na maior parte dos casos, a terapêutica é feita com medicamentos imunomoduladores, mais comumente imunoglobulina intravenosa e glicocorticóides sistêmicos.

É essencial, pois, caracterizar esta síndrome, em termos epidemiológicos, espectro da doença, fatores de risco, curso clínico, tratamentos e prognóstico, de forma a mais eficazmente atuar em relação à patologia.

2) MANIFESTAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS DAS ENDOCRINOPATIAS

Nathalie Madeira¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Nesta apresentação serão abordadas as manifestações musculoesqueléticas (MMS) associadas à *diabetes mellitus*, hipertireoidismo, hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, pseudo-hipoparatiroidismo, acromegalia, síndrome de Cushing e hiperlipoproteinemias familiares. Estas MMS são relativamente frequentes, mas subdiagnosticadas. Condicionam limitação funcional, com impacto na qualidade de vida dos doentes. O reconhecimento destas entidades é fulcral para permitir a implementação de um tratamento precoce. Tanto a *diabetes mellitus* (DM) tipo 1 como a de tipo 2 estão associadas a uma ampla gama de MMS, frequentemente re-

lacionadas com a duração da doença, dividindo-se essencialmente em 3 grupos: as que ocorrem mais frequentemente em doentes com DM (artropatia de Charcot, síndrome de mobilidade articular limitada incluindo a queiroartropatia, tenossinovite estenosante dos flexores dos dedos, doença de Dupuytren, síndrome do túnel cárpico, capsulite adesiva do ombro, tendinite calcificante do ombro, síndrome de dor regional complexa), as exclusivamente observadas na DM (enfarte muscular diabético) e as que partilham como fatores de risco a DM e o síndrome metabólico (gota, hiperostose esquelética idiopática difusa mais conhecida pelo acrónimo DISH, osteoartrose). Os distúrbios da tireóide, podem ser acompanhados por uma variedade de MMS (mais frequentemente no hipotireoidismo) desde artralgias, mialgias, síndrome do túnel cárpico e fenómeno de Raynaud, a artrite e fraqueza muscular de predomínio proximal. O hiperparatiroidismo prolongado origina osteíte fibrosa quística, condição associada a achados radiográficos típicos. O hiperparatiroidismo primário está associado à incidência elevada de artropatias microcristalinas (gota e pseudogota) e de osteoporose. O pseudohipoparatiroidismo, caracteriza-se por uma resistência aos efeitos da paratormona no rim e no osso. O envolvimento articular, axial ou periférico, é comum nos doentes com acromegália, estando na maioria dos casos já presente na altura do diagnóstico. As radiografias das mãos destes doentes mostram achados radiográficos típicos. À acromegália associa-se ainda a ocorrência de osteoporose, síndrome do túnel cárpico, fenómeno de Raynaud, fraqueza muscular de predomínio proximal e pseudogota. A fraqueza muscular de predomínio proximal pode ser a primeira manifestação da síndrome de Cushing. A esta síndrome associa-se ainda a ocorrência de osteoporose e de osteonecrose. Dependendo do subtipo, as hiperlipoproteinemias familiares podem estar associadas à deposição de xantomas nos tendões (particularmente do Aquiles) ou nos ossos (podendo originar fraturas patológicas), gota ou episódios recorrentes de poliartrite migratória.

BIBLIOGRAFIA

- Hochberg MC, Gravallese EM, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH. Rheumatoid manifestations of endocrine and lipid disease. In: Elsevier, editor *Rheumatology* 7th ed. 2019. p. 1735–1740.
- Hornstein EH. Endocrine-associated arthropathies. In: Elsevier Mosby, editor *Rheumatology Secrets Philadelphia*; 2015. p. 357–636.
- Manifestations musculosquelettiques du diabète sucré : une complication fréquente - Revue Médicale Suisse [Internet]. [cited 2020 Oct 27]. Available from: <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-560/Manifestations-musculosquelettiques-du-diabete-sucre-une-complication-frequence>
- Lebiedz-Odrobina D, Kay J. Rheumatic Manifestations of Diabetes Mellitus. Vol. 36, *Rheumatic Disease Clinics of North America*. Rheum Dis Clin North Am; 2010. p. 681–699.

VACINAÇÃO EM DOENÇAS REUMÁTICAS

Ana Lúcia Fernandes¹

1. Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Faro; Instituto Português de Reumatologia

Os doentes com doenças reumáticas inflamatórias imunomediadas (DRII) têm um fardo aumentado de infeções, atribuídas à patologia subjacente, às comorbilidades e à terapia imunossupressora, incluindo glicocorticoides (GCs), disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs): sintéticos convencionais (csDMARDs), biológicos (bDMARDs) e DMARDs sintéticos direcionados (tsDMARDs).

Atualmente, o princípio “treat to target” que guia a prática clínica conduz a um tratamento imunossupressor intensivo, tendo como objetivo atingir a remissão da doença o mais rapidamente possível. Assim sendo, a prevenção de infeções é crucial na gestão dos pacientes com DRII.

A vacinação previne infeções, induzindo e/ou aumentando a imunidade, sendo particularmente importante nos doentes com DRII, com potencialmente tradução numa taxa mais baixa de infeções invasivas, idas ao serviço de urgência e internamentos hospitalares secundários às mesmas.

Ainda assim, a população de doentes com DRII apresenta uma taxa de vacinação abaixo do desejado, em parte devido a uma reduzida taxa de orientação ou incitamento à vacinação por parte dos médicos assistentes, entre eles os reumatologistas.

Outro fator contributivo para uma baixa taxa de vacinação relaciona-se com a preocupação acerca da eficácia, imunogenicidade e segurança das vacinas.

Em relação à população adulta, a EULAR atualizou recentemente as guidelines relativas a esta temática. As vacinas não vivas podem ser fornecidas com segurança aos pacientes com DRII, independentemente da terapia subjacente, enquanto as vacinas vivas atenuadas podem ser consideradas com cautela. A vacinação contra influenza e pneumococos deve ser fortemente considerada para a maioria dos pacientes com DRII. A vacinação contra a toxina tetânica e o vírus do papiloma humano (HPV) deve ser fornecida aos pacientes com DRII, conforme recomendado para a população em ge-

ral. A vacinação contra hepatite A, hepatite B e herpes zoster deve ser administrada a doentes de risco com DRII. Membros imunocompetentes da família de pacientes com DRII devem receber vacinas de acordo com as diretrizes nacionais, exceto a vacina oral contra poliomielite. Vacinas vivas atenuadas devem ser evitadas durante os primeiros 6 meses de vida em recém-nascidos de mães tratadas com DMARDs biológicos durante a segunda metade da gravidez.

Em relação à população pediátrica com DRII, as diretrizes da EULAR de 2011 sublinham que as vacinas contra *Haemophilus influenzae* tipo b, pneumococos e meningococos, HPV e Vírus varicela-zoster (VZV) não estão uniformemente incluídas nas diretrizes nacionais, mas são consideradas importantes no tratamento das crianças com DRII. Geralmente, a imunogenicidade das vacinas é boa, com algumas exceções, dependendo do tipo e da dose do tratamento imunossupressor e do tipo de vacina, necessitando planeamento atempado da vacinação e início de terapêutica.

4) FRATURA - OSTEOPOROSE GRAVE – TRATAMENTO MÉDICO URGENTE

Filipe C. Araújo¹

1. Hospital de Sant Ana - SCML; Hospital Cuf Cascais

A osteoporose, a mais frequente doença óssea metabólica, é classificada de grave sempre que, à definição operacional da OMS de T-score ≤ -2.5 , se associa a presença de pelo menos uma fratura de fragilidade. Alguns autores consideram também osteoporose grave aquela em que, não tendo ainda ocorrido fratura, incorre em risco elevado de morbidade e mortalidade se esta ocorrer. As fraturas de fragilidade, surgindo geralmente em indivíduos idosos com comorbidades e declínio funcional progressivo, têm um impacto deletério mensurável a nível individual, social e económico. Em Portugal ocorrem mais de 50.000 fraturas de fragilidade por ano, das quais aproximadamente 10.000 são da anca, cuja mortalidade atinge os 20-30% no ano seguinte à fratura e que deixa total ou parcialmente dependentes cerca de metade dos sobreviventes. Urge, por isso, contrariar a tendência de subtratamento anti-osteoporótico verificada nos últimos anos nestes doentes, até porque é uma quase inevitabilidade que, caso sobrevivam tempo suficiente, irão refraturar. Sabe-se, por exemplo, que a ocorrência de uma fratura de fragilidade aumenta para o dobro o risco de sofrer nova fratura a curto prazo; e que uma em cada quatro mulheres sofre nova fratura vertebral após

uma primeira, dentro do mesmo ano. A prevenção secundária de fraturas de fragilidade deve combinar uma abordagem não farmacológica com enfoque na prevenção de quedas, na reabilitação motora e na nutrição; e uma abordagem farmacológica agressiva, em que se utilizam fármacos antireabsortivos ou osteoformadores que garantam não só eficácia e segurança mas também adesão terapêutica. Embora todos os fármacos tenham demonstrado capacidade de reduzir o risco de fratura, não existem comparações diretas entre eles e a escolha vai ser determinada por fatores individuais do doente. No *Fracture Liaison Service* do Hospital Ortopédico de Sant’Ana – SCML, a maioria dos doentes apresenta osteoporose que pode ser considerada grave já que apresentam fraturas recentes ou fraturas de repetição, fraturas apesar de tratamento com anti-osteoporóticos e fraturas associadas a corticoterapia ou doenças sistémicas. Por conseguinte, a escolha da primeira linha de tratamento recai frequentemente sobre fármacos parentéricos – ácido zoledrónico, denosumab e teriparatide. Cada um destes fármacos tem as suas indicações clínicas próprias, mas a escolha por esta via de administração permite em geral: garantir um início de ação mais rápido e um ganho precoce de densidade mineral óssea; garantir a maior absorção e biodisponibilidade possíveis; e melhorar adesão à terapêutica, evitando ainda intolerâncias gastrointestinais. Após o início do tratamento, o seguimento regular destes doentes visa reforçar as medidas de prevenção de quedas, monitorizar a adesão à terapêutica e avaliar a sua eficácia através da não ocorrência de novas fraturas e eventual nova osteodensitometria.

5) AFTOSE ORAL RECORRENTE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cândida Silva

16h45-17h00: Intervalo – Visita aos Stands virtuais e Imagens em Reumatologia

17h00-17h50: Casos Clínicos Interactivos

Presidente: António Vilar

Moderador: Margarida Silva

Coordenação: Nathalie Madeira; Susana Fernandes; Joana Borges; Ana Lúcia Fernandes

17h50-18h00: Prémios e Encerramento das Jornadas



COMUNICAÇÕES LIVRES

Com o apoio



ANGELINI
PHARMA

Comunicações livres

CL 01 - AGENTES BIOLÓGICOS NO TRATAMENTO DE DOENÇAS REUMÁTICAS NA ERA COVID-19: AMIGO OU INIMIGO?

Cristiana Isabel Sieiro Santos¹;
Xenia Cásas Fernández¹; Clara Moriano Morales¹;
Elvira Díez Álvarez¹; Carolina Álvarez Castro¹;
Alejandra López Robles¹; Trinidad Pérez Sandoval¹
1. Complejo Asistencial Universitario de León
(España)

Introdução: A recente pandemia de COVID-19 foi motivo de preocupação na comunidade de reumatologia devido ao manejo de pacientes reumáticos em tratamento com imunodepressores e tratamento biológico. Não está claro se o uso de agentes biológicos pode supor um risco ou proteção contra a infecção por SARS-CoV2, no entanto, foi sugerido que formas respiratórias graves de COVID-19 ocorrem como resultado do estado de inflamação exacerbada e produção de citocinas. Isto motivou o uso de IL-6 (tocilizumab e sarilumab) e inibidores de IL-1 (anakinra) na COVID-19 grave e, mais recentemente, o inibidor de JAK1 / 2 (baricitinib).

Os pacientes com doenças reumáticas oferecem uma grande oportunidade de aprender sobre o uso de agentes biológicos como drogas protetoras contra a COVID-19.

Objetivos: Para estimar a taxa de infecção por COVID-19 em pacientes tratados com agentes biológicos para doenças inflamatórias reumáticas, determinar a influência do tratamento com agentes biológicos como um fator de risco ou proteção e estudar o prognóstico de pacientes reumáticos em tratamento com agentes biológicos em comparação com a população geral no Hospital Universitário de León.

Materiais e métodos: Realizamos um estudo observacional retrospectivo incluindo pacientes atendidos no departamento de Reumatologia que receberam terapia biológica para doenças reumáticas entre 1 de dezembro de 2019 e 1 de junho de 2020 e analisamos a taxa de infecção de COVID-19. A variável principal foi a internação hospitalar relacionada com a COVID-19. As co-

variáveis foram idade, sexo, comorbidades, agente biológico utilizado. Foi realizado um modelo de regressão logística multivariada para avaliar os fatores de risco de internação hospitalar.

Resultados: Um total de 3.711 pacientes com COVID-19 foram hospitalizados. 30 pacientes de um total de 820 pacientes (3,6%) em tratamento com terapia biológica contraíram a COVID-19 e quatro necessitaram de cuidados hospitalares. A taxa de incidência bruta de COVID-19 com necessidade de atendimento hospitalar na população em geral foi de 2,75% e de 0,48% no grupo com doenças reumáticas. Um total de 423 pacientes dos 3.711 morreram, 2 dos quais receberam tratamento com agentes biológicos. Os pacientes com teste positivo para a COVID-19 eram mais velhos (mulheres: idade mediana de 61,8 IQR 46,5-75; homens: idade mediana de 68 IQR 48,5-72) do que aqueles que foram negativos para COVID-19 (mulheres: idade mediana de 58,4 IQR 48-69 ; masculino: idade mediana de 55,9 IQR 46-66) e com mais probabilidade de ter doença cardiovascular (27% vs 10%, OR 3,41 (IC 1,47 - 7,94), p 0,004), ser fumadores (13% vs 5%, OR 3,14 (CI 1,04-9,47), p 0,04) e receber tratamento com inibidores de IL-12/23 (6,7% vs 1,4%, OR 5,06 (CI 1,07-23,91) e rituximab (13% vs 2%, 2,66 (CI 1,03 -7,27), p 0,04) e menos propensos a receber tratamento com inibidores de IL-6 (0% vs 14%, 0,18, (IC 0,006-0,97, p <0,05).

Ao examinar o efeito do resto das terapias entre os dois grupos, não encontramos diferenças significativas nas proporções de bsDMARD. Os pacientes a tratamento com inibidores de IL-1, inibidores de IL6, inibidores de JAK e pacientes tratados com belimumab apresentaram a menor incidência de COVID-19. Não encontramos diferenças em sexo ou doença reumatológica entre pacientes com teste positivo para COVID-19 e pacientes com teste negativo.

Conclusões: No general, o uso de terapia biológica não se associa a manifestações graves de COVID-19. Pacientes com doenças reumáticas com COVID-19 são mais propensos a receber tratamento com rituximab e ustekinumab. Os inibidores da IL-6 podem ter um efeito protetor contra a COVID-19.

CL 02 - UTILIZAÇÃO OFF-LABEL DE RITUXIMAB NAS DOENÇAS REUMÁTICAS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO PORTUGUÊS

Maria Francisca Alves Guimarães¹; Hugo Parente¹; Ana Sofia Pinto²; Diogo Almeida³; Soraia Azevedo¹; Joana Ramos Rodrigues¹; Joana Leite Silva¹; Daniela Santos-Faria¹; Filipa Teixeira¹; Carmo Afonso¹; José Tavares-Costa¹

1. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho
2. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda
3. Serviço de Reumatologia, Hospital de Braga

Introdução: O Rituximab (RTX) é um anticorpo monoclonal anti-CD20 aprovado para o tratamento da ar-

trite reumatoide (AR) e das vasculites associadas aos anticorpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA). Contudo, o seu uso *off-label* tem ganho especial relevo em muitas doenças reumáticas imunomediadas tais como o Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), a Esclerose Sistémica (ES) e as miopatias inflamatórias.

Objetivos: Caracterização da utilização *off-label* do RTX nas doenças reumáticas num centro português.

Material e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo monocêntrico que incluiu doentes com patologia reumática submetidos a tratamento *off-label* com RTX. Procedeu-se à colheita de dados sociodemográficos, clínicos, tempo de evolução de doença, indicação para RTX, tratamentos prévios e atividade de doença à *baseline*, aos 3, 6 e 12 meses. Registou-se também o número de ciclos realizados, a ocorrência de efeitos

Tabela 1. Características clínicas e descrição dos eventos adversos (n=17)

Características	
Idade (M ± DP) – anos	43 ± 14
Sexo Feminino – no (%)	13 (76,5)
Diagnóstico	
Lúpus Eritematoso Sistémico – no (%)	8 (47,1)
Síndrome de Sjögren – no (%)	2 (11,8)
Síndrome de sobreposição – no (%)	4 (23,5)
LES/ES – no (%)	2 (11,8)
AI/ES – no (%)	1 (5,9)
AI/ES – no (%)	1 (5,9)
PI/S – no (%)	1 (5,9)
ES – no (%)	1 (5,9)
Polimiosite – no (%)	1 (5,9)
Duração da doença (M ± DP) – anos	17 ± 5
Tratamentos prévios* – Mediana (min, max)	2 (0, 9)
Indicação para RTX	
Envolvimento renal – no (%)	6 (35,3)
Fatigabilidade – no (%)	4 (23,5)
Envolvimento multiorgânico – no (%)	3 (17,6)
Outros – no (%)	4 (23,5)
Eventos adversos	
Toxicidade – no (%)	0 (0)
Infeções – no (%)	6 (35,3)
Maior† – no (%)	3 (17,6)
Menor† – no (%)	3 (17,6)
Óbitos – no (%)	1 (5,9)
Descontinuação	
Ineficácia – no (%)	2 (11,8)
Evento adverso – no (%)	1 (5,9)
Número de ciclos – Mediana (min, max)	1 (1, 3)
Follow up – Mediana (IQR) – meses	94 (11-103)

Legenda: AR – artrite reumatoide; ES – Esclerose Sistémica; LES – Lúpus Eritematoso Sistémico; PHS – Púrpura de Henoch-Schönlein; RTX – rituximab; outros – anemia hemolítica, miosite, cutâneo e pulmonar; glandular; DP – desvio padrão; IQR – intervalo interquartil; M – média; min – mínimo; max – máximo; no – número.

*Inclui a medicação de base, corticóides, imunossupressores, toxoet, prednisona e hidroxicloroquina.

† 1 – artrite séptica; 1 – meningite; 1 – acidente cerebral.

1 – colite de repetição; candidíase oral.

Tabela 2. Descrição da evolução clínica de acordo com os scores disponíveis de atividade de doença à baseline e aos 3, 6 e 12 meses após rituximab.

	Baseline	3 M	6M	12 M
SLEDAI	12	5	5	4
ESSDAI	9	2	3	2
BVAS	18	11	8	0
MMT8	74	74	80	ND
AT/AD	7/6	3/3	2/2	1/1
Rodnan	28	14	ND	ND

Legenda: AD: articulações dolorosas; AT: articulações tumefactas; BVAS: Birmingham Vasculitis Activity Score; ESSDAI: EULAR Sjögren syndrome disease activity index, SLEDAI: Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index; M: meses; MMT8: manual muscle testing 8.

*os dados estão representados na forma de média.

adversos e descontinuação terapêutica. Considerou-se como *follow-up* o período entre a avaliação inicial e à última avaliação clínica disponível.

Resultados: Entre janeiro de 2006 e julho de 2020, o RTX foi prescrito como tratamento *off-label* em 17 doentes, com 6 diagnósticos clínicos diferentes (8 LES, 2 síndromes de Sjögren – SS, 4 síndromes de sobreposição, 1 púrpura de Henoch-Schönlein – PHS e 1 polimiosite). A tabela 1 apresenta as características clínicas da amostra e os eventos adversos ocorridos. Treze (76,5%) doentes eram do sexo feminino, com uma média de idades à *baseline* de 43 anos (mínimo de 21 anos, máximo de 67 anos) e uma média de duração de doença de 12 ± 6 anos. A principal indicação para tratamento com RTX foi o envolvimento renal (35,3%). A maioria dos doentes obteve benefício clínico com RTX (82,4%) (tabela 2). Seis doentes (35,3%) tiveram intercorrências infecciosas, 3 das quais consideradas *major* pela necessidade de internamento. Dois doentes (11,8%) descontinuaram a terapêutica devido a ineficácia (1 LES e 1 síndrome de sobreposição LES/ES) e um doente (5,9%) faleceu devido a complicações infecciosas (LES). Oito (47%) doentes atingiram a remissão clínica e 6 doentes (35,3%) mantêm actualmente, tratamento de manutenção com RTX. Os doentes realizaram uma mediana de 1 ciclo de tratamento (mínimo de 1 e máximo de 3). A mediana de *follow-up* após o início de RTX foi de 54 (IQR 11-103) meses.

Discussão: Apesar de apenas aprovado na AR e nas vasculites ANCA, o RTX é amplamente utilizado em inúmeras patologias reumáticas, sobretudo se refratárias a tratamentos de primeira linha. Esta utilização baseia-se em resultados de eficácia e segurança de vários estudos observacionais, mas também de alguns ensaios clínicos¹. No nosso centro, foi utilizado em diversas pa-

tologias, ainda que com um pequeno número de doentes por patologia, pelo que não foi possível a realização da análise comparativa. Os resultados foram contudo similares a um estudo observacional australiano, com resposta clínica em 82% dos doentes (vs 75%), contudo, com menor incidência de infeções *major* e menor mortalidade (17,6% vs 27,3%; 5,9% vs 13,6%, respetivamente) (2).

Conclusão: O RTX parece ser uma alternativa eficaz e segura numa ampla gama de patologias reumáticas refratárias, contudo, mais estudos serão necessários para a sua aprovação noutras indicações terapêuticas.

REFERÊNCIAS:

1. Schioppo T, Ingegnoli F. Current perspective on rituximab in rheumatic diseases. *Drug Des Devel Ther.* 2017 Oct;Volume 11:2891–904.
2. Wongseelashote S, Tayal V, Bourke PF. Off-label use of rituximab in autoimmune disease in the Top End of the Northern Territory, 2008-2016. *Intern Med J.* 2018 Feb;48(2):165–72.

CL 03 – ESTAREMOS A “ESQUECER” A OSTEOARTROSE? – ESTUDO COMPARATIVO DE DOR, FUNÇÃO E QUALIDADE DE VIDA NA OSTEOARTROSE NODAL E NA ARTRITE REUMATÓIDE

Diogo Esperança Almeida¹; Emanuel Costa¹;
Francisca Guimarães²; Soraia Azevedo²;
Joana Rodrigues²; Joana Leite Silva²; Daniela Santos Faria²; Daniela Peixoto²; Filipa Teixeira²;
José Tavares Costa²; Carmo Afonso²;
Joana Sousa Neves¹; Ana Roxo Ribeiro¹;
Marcos Cerqueira¹

1. Serviço de Reumatologia do Hospital de Braga
2. Serviço de Reumatologia da Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A osteoartrose (OA) é frequentemente encarada por doentes e profissionais de saúde como uma consequência natural do envelhecimento¹. Por seu turno, a artrite reumatóide (AR) é uma doença que requer instituição pronta e eficaz de terapêuticas diferenciadas, registando-se, nas últimas décadas, progressos assinaláveis na modificação do seu curso natural. A dor e a limitação física são manifestações de ambos os processos. Estudos prévios sugerem que estas entidades podem ter consequências em termos de dor e limitação similares a nível individual^{2,3}.

Objetivos: Comparar os níveis de dor, limitação física e qualidade de vida relacionada com saúde em doentes com OA nodal (OA-n) primária e doentes com AR, com evidência de actividade (AR-a) em articulações das mãos ou em remissão (AR-r).

Métodos: Trata-se de um estudo observacional transversal que incluiu doentes observados em dois centros portugueses de Reumatologia. Foram incluídos doentes avaliados por OA-n ou AR, podendo estes últimos estar em remissão ou com evidência de actividade de doença (pelo menos duas articulações dolorosas e tumefactas nas mãos). Foram selecionados doentes com AR na mesma faixa etária e género dos doentes com OA-n. Os doentes preencheram um questionário que incluía escala visual analógica (EVA) de dor, o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) e o questionário de qualidade de vida *Short Form 36* (SF36). Os valores médios de cada domínio foram comparados com recurso a ANOVA *one-way*, com teste *post-hoc* de Bonferroni e significância estatística aceite para valores de $p < .05$.

Resultados: Foram incluídos 30 doentes com OA-n e 93 doentes com AR, dos quais 33 tinham AR-a e 60 AR-r. Todos os indivíduos em estudo eram do sexo feminino e de raça caucásica, sem diferenças significativas de idade entre os 3 grupos. As doentes com OA-n reportaram níveis de dor superiores a doentes com AR-a (EVA média 57.3 vs 49.3mm, respectivamente, $p = .265$) e com AR-r (57.3 vs 28.6mm, respectivamente, $p < .001$) [$F(2,120) = 25.907$, $p < .001$]. Em relação à função física, o grupo de doentes com OA-n demonstrou níveis de incapacidade similares aos doentes com AR-r mas significativamente inferiores aos doentes com AR-a [$F(2,120) = 6.962$, $p = .001$]. O grupo de doentes com OA-n reportou níveis de qualidade de vida significativamente superiores ao grupo de doentes com AR-a e níveis similares aos doentes com AR-r, nos domínios relacionados com saúde mental e percepção geral do estado de saúde.

Conclusões: Os resultados mostram que a OA-n pode

ter consequências similares à AR, em termos de dor, o que é consistente com estudos prévios. Contudo, estes não consideraram os níveis de actividade inflamatória da AR na comparação dos grupos de doentes. Por outro lado, apesar dos níveis de dor superiores, os doentes com OA-n parecem preservar a função e ter níveis de qualidade de vida superiores aos doentes com AR. Com este estudo, pretende-se destacar a OA como uma causa de dor severa, apesar da sua frequente desvalorização por doentes e profissionais de saúde. Os resultados devem motivar Reumatologistas e outros profissionais a otimizar estratégias de controlo algico e a investir em estudos de etiologia e fisiopatologia da OA, por forma a encontrar fármacos e estratégias modificadoras do curso natural de doença, à imagem do que sucedeu com a AR.

CL 04 - RELEVÂNCIA CLÍNICA DOS ANTICORPOS DFS70 – ESTUDO MULTICÊNTRICO

Ana Sofia Pinto¹; Paulo Vilas-Boas²; Filipe Cunha Santos³; Maria Margarida Cunha⁴; Beatriz Samões⁵; Ana Raposo⁶; Pedro Abreu⁷; Emanuel Costa⁸; Nathalie Madeira⁹; Joana Fonseca Ferreira¹⁰; Cláudia Vaz¹⁰

1. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda
2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga
3. Serviço de Reumatologia da ULS Guarda; Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
4. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta
5. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
6. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar De Trás-Os-Montes e Alto Douro
7. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
8. Serviço de Reumatologia, Hospital de Braga
9. Serviço de Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia
10. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: Os anticorpos antinucleares (ANA) são o *hallmark* serológico das doenças reumáticas sistémicas auto-imunes (DRSA), mas a sua presença em indivíduos saudáveis também tem sido reportada. A pre-

Diagnóstico em doentes com DFS70 isolado (n=70)	Total= 76
Saudáveis	19
Doenças reumáticas sistêmicas auto-ímmunes (DRSA):	(16)
Doença Indiferenciada do Tecido Conjuntivo	9
Artrite Psoriática	2
Espondilartrites	2
Lúpus Eritematoso Sistêmico	1
Miopatia inflamatória	1
Artrite Idiopática Juvenil	1
Patologias não-DRSA:	(41)
Fibromialgia	11
Osteoartrose	8
Doenças da tiróide	6
Raynaud Idiopático	6
Osteoporose	2
Rinite Alérgica	2
Sarcoidose	1
Trombose	1
Hepatite Auto-ímmune	1
HIV	1
Doença de Deposição de Cristais de Pirofosfato de cálcio	1
Psoríase	1

sença do anti- DFS70 (Anti-Dense Fine Speckled 70) é comum quando há ANAs positivos. Estes anticorpos foram detetados em associação a doenças inflamatórias, neoplásicas e a indivíduos saudáveis; em contraste, são raros nas DRSA, especialmente na ausência de anticorpos DRSA-específicos. Apesar de existirem numerosos estudos, a relevância dos anti-DFS70 permanece por esclarecer.

Objetivo: Descrever as características clínicas e serológicas dos doentes com anti-DFS70 positivo; avaliar a relevância destes anticorpos no diagnóstico de doentes com ANAs positivos em contexto de DRSA e patologia não-reumática (PNR).

Métodos: Estudo retrospectivo observacional de doentes consecutivos seguidos em serviços de Reumatologia de 9 centros nacionais, desde Janeiro de 2018 a Abril de 2020. Foram consultados os processos clínicos dos doentes para registar informação clínica e demográfica. A estatística descritiva é apresentada pela média \pm desvio padrão (variáveis contínuas) e frequências relativas e absolutas (variáveis categóricas).

Resultados: Foram incluídos 120 doentes, 99 (82.5%) do sexo feminino com média de idade de 47.8 ± 18.2 anos. 96.7% dos doentes tinham títulos de ANA $\geq 1:160$ (32.5% título de 1:160; 38.3% título de 1:320; 16.7% título de 1:640; 7.5% título de 1:1280 e 1.7% título de 1:2560) e 3.3% $< 1:160$.

Doença	N=27	Imunologia
Artrite Reumatóide	7	6 FR, 4 CCP, 1 Scl70, 1 ds-DNA
LES	6	6 ds-DNA, 1 anti-Sm, 1 RNP, 1 anticardiolipinas, 2 histonas, 2 nucleossomas, 2 SSA, 1 FR, 1 Ro-52, 1 ribossoma P
DITC	6	1FR, 1 RNP, 1ds-DNA, 1 PL12, 1 anticardiolipinas, 1 ANCA
Espondilartrites	2	1 anti-histonas; 1 HLA B27
Sjogren	2	1 SSA, 1 Ro-52 + Jo1
Esclerose Sistémica	1	1 SCL70
DMTC	1	1 Crioglobulinas
Síndrome Overlap	1	1 FR + CCP
Artrite Idiopática Juvenil	1	1 CCP

Os principais motivos clínicos para o médico pedir os ANA foram: artralguas (44.2%), artrite (11.6%) e fenómeno de Raynaud (10.0%). O principal motivo de alteração laboratorial para ser realizado o pedido de ANA s foi a elevação dos parâmetros de fase aguda (7.5%), leucopenia (3.3%) e anemia (2.5%).

Relativamente às características imunológicas, 70 (58.3%) dos doentes não apresentavam outro anticorpo associado; 11 (9.2%) apresentavam fator reumatóide positivo, 7 (5.8%) ds-DNA positivo; 5 (4.2%) anti-histonas e 4 (3.3%) SSA, entre outros. 26 (21.7%) doentes apresentavam mais do que um anticorpo associado.

Quanto aos diagnósticos efectuados, 30 (25%) eram indivíduos saudáveis; 43 (35.8%) apresentavam DRSA: 15 Doença Indiferenciada Tecido Conjuntivo (DITC); 7 Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) e 7 Artrite Reumatóide (AR); 4 Espondilartrites (SPA), 2 Artrite Psoriática (AP) e 2 Artrite Idiopática Juvenil (AIJ); 2 Síndrome Sjögren; 1 Doença Mista do Tecido Conjuntivo (DMTC), 1 Esclerose Sistémica, 1 miopatia inflamatória e 1 síndrome overlap. 47 doentes (39.2%) apresentavam doença não-DRSA, sendo as mais comuns: 13 doentes (10.8%) com fibromialgia, 12 (10.0%) com osteoartrose, 7 (5.8%) com Raynaud idiopático, 5 (4.2%) com doença da tiróide.

Na Tabela 1 estão representados todos os diagnósticos dos indivíduos com DFS70 positivo, sem associação com outros anticorpos (n=70). Destes, 6 apresentavam dois diagnósticos; 16 doentes (22.9%) apresentavam DRSA (9 com DITC, 2 com AP, 2 SPA, 1 LES, 1 AIJ e 1 miopatia inflamatória). 77.1% destes doentes não apresentava DRSA. 27 doentes, com anticorpos associados, apresentava uma DRSA como descrito na Tabela 2.

Conclusão: O nosso estudo reportou que a maioria dos doentes (64.2%) com DFS70 não apresentava DRSA (saudáveis + doença não-DRSA). Considerando os doentes com DFS70 positivo isolado, sem associa-

ção a outros anticorpos, 77,1% dos doentes não apresenta DRSA. Na literatura, este anticorpo tem sido apontado como preditor negativo de DRSA, especialmente se não associado a outros anticorpos específicos de DRSA. Apesar de na maioria dos casos, quando isolado, este anticorpo não se encontrar associado a DRSA, 22,9% dos doentes apresentaram DRSA. Pretendemos numa próxima fase, fazer uma análise comparativa para podermos tirar mais conclusões sobre estes anticorpos.

CL 05 – MANIFESTAÇÕES EXTRAGLANDULARES DA SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMÁRIA: RESULTADOS DE UMA COORTE UNICÊNTRICA DE 123 DOENTES

Ana Rita Prata¹

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A Síndrome de Sjögren primária (SS1) é uma doença autoimune caracterizada primariamente por secura ocular e oral consequente à infiltração linfocitária das glândulas salivares e lacrimais. Em determinados indivíduos, a SS1 pode cursar com o atingimento de múltiplos sistemas orgânicos, quer por infiltração linfocítica direta de tecidos extraglandulares, quer através de manifestações de tipo vasculítico, mediadas por imunocomplexos e complemento. A prevalência e gravidade de tais manifestações extraglandulares varia de acordo com o órgão envolvido, podendo, em alguns casos, ser potencialmente fatal.

Objetivos: Identificar e caracterizar as manifestações extraglandulares da SS1 numa coorte unicêntrica de doentes com SS1, bem como analisar as suas implicações terapêuticas.

Material e Métodos: Foram incluídos todos os doentes com o diagnóstico de SS1 cumprindo critérios de classificação ACR/EULAR 2016 e/ou AECG 2002 com seguimento regular num centro de Reumatologia. Foi conduzida uma análise retrospectiva de todas as características demográficas, clínicas e imunológicas cumulativas através da consulta dos processos clínicos individuais e do protocolo de SS1 da base de dados Reuma.pt.

Resultados: Foram identificados 123 doentes com SS1, 96% do sexo feminino, com média de idades 59,9±1,17 anos. A duração média da doença foi de 11,9 ± 1,11 anos. A positividade para anti-SSA/Ro e anti-SSB/La foi de 95,1% e 46,3%, respetivamente. A maioria dos doentes tinha hipergamaglobulinemia policlo-

nal (60,7%) e 22,3% apresentavam hipocomplementemia C3 e/ou C4. A prevalência de manifestações extraglandulares foi de 89,3%, na sua maioria traduzindo atingimento de um (40,5%) ou dois (29,8%) sistemas orgânicos. O envolvimento hematológico foi o mais frequente (68,0%), principalmente por leucopenia (44,3%) e linfopenia (26,1%), seguido do envolvimento articular (45,3%). O atingimento de outros órgãos e sistemas foi identificado numa menor proporção dos doentes, segundo a seguinte distribuição (Tabela 1): (1) Envolvimento cutâneo (19,7%), maioritariamente representado por vasculite cutânea, (2) Envolvimento respiratório (12,3%), este por doença traqueobrônquica ou doença intersticial pulmonar, (3) Envolvimento gastrointestinal (6,6%), na sua maioria traduzido por dispepsia, (4) Envolvimento renal (4,9%), em que a glomerulonefrite membranoproliferativa foi o diagnóstico mais frequente, (5) Envolvimento do sistema nervoso periférico (1,6%) por polineuropatia axonal sensorimotora e (6) Envolvimento

MANIFESTAÇÃO EXTRAGLANDULAR	N (%)
Hematológicas	85 (68,3)
Anemia	74 (60,1)
Leucopenia	47 (38,3)
Leucopénia	54 (44,3)
Linfopenia	32 (26,1)
Trombocitopenia	15 (12,1)
Articular	56 (45,5)
Artrite reumatóide	12 (9,8)
Artrite	7 (5,7)
Gastrointestinais	8 (6,5)
Dyspepsia	7 (5,7)
Enterite aguda	3 (2,4)
Vasculite arterial	4 (3,3)
Doença hepática	1 (0,8)
Etiologia desconhecida	1 (0,8)
Respiratório	15 (12,2)
Doença traqueobrônquica	
Bronquite	4 (3,3)
Doença aguda	2 (1,6)
Enfisema crónico	7 (5,7)
Doença intersticial pulmonar	
Fibrose pulmonar	3 (2,4)
Pneumonia intersticial difusa	2 (1,6)
Pneumonia intersticial organizada	2 (1,6)
Glomerulonefrite	6 (4,9)
Dyspepsia	7 (5,7)
Doença renal desconhecida	1 (0,8)
Doença sistémica vasculítica	6 (4,9)
Glomerulonefrite membranoproliferativa	3 (2,4)
Necrose arterial	1 (0,8)
Arterite de células gigantes	1 (0,8)
Doença sistémica	1 (0,8)
Sistema nervoso central	2 (1,6)
Doença sistémica	1 (0,8)
Doença sistémica	1 (0,8)
Sistema nervoso periférico	2 (1,6)
Polineuropatia axonal sensorimotora	2 (1,6)

Tabela 1. Manifestações extraglandulares da síndrome de Sjögren primária (SS1) em 123 doentes com SS1.

do Sistema Nervoso Central (1,6%), por mielite transversa e meningite asséptica. Seis doentes desenvolveram linfomas não-Hodgkin, na sua maioria linfomas MALT parotídeos. Em 46,3% dos doentes foi necessária introdução de terapêutica imunossupressora/imunomoduladora para controlo da atividade da doença, maioritariamente hidroxicloroquina (38,2%). A utilização prolongada de corticoterapia verificou-se em 22,0% dos doentes. Foi necessária a admissão em internamento por manifestações de atividade da doença em 23,5% dos doentes.

Discussão/Conclusões: O atingimento extraglandular multiorgânico na SS1 é frequente, podendo cursar com envolvimento de órgãos nobres, aspeto que acarreta importantes implicações terapêuticas e prognósticas. Uma elevada suspeição clínica e valorização de sinais e sintomas iniciais é essencial à correta abordagem diagnóstica e terapêutica precoce destas manifestações da SS1, cujo intuito deverá ser o de evitar o dano cumulativo e morbimortalidade associada à doença.



POSTERS



Posters

PO 01 - DISSOLUÇÃO DE TOFOS GOTOSOS: UM MITO OU REALIDADE?

Svitlana Kachan¹; Catarina Silva²; Cátia Cristina³; Pedro Abreu⁴

1. UCSP S. Miguel, ULSCB,EPE
2. UCSP S. Tiago Saúde, ULSCB,EPE
3. USF Beira Saúde, ULSCB,EPE
4. Unidade de Reumatologia, ULSCB,EPE; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: A gota é uma síndrome clínica que resulta da reação inflamatória aos cristais de urato de sódio nos estados de hiperuricemia. Os factores de risco mais importantes são o sexo masculino, história familiar positiva, obesidade, insuficiência renal, traumatismo articular, diabetes *mellitus*, hipotireoidismo, hipertriglicéridemia e alguns fármacos (ex: diuréticos, aspirina em baixa dose). É uma patologia muito mais frequente nos homens, surgindo após os 40-50 anos. Nas mulheres o aparecimento é mais tardio (> 60 anos) e geralmente secundário. Os autores propõem-se a apresentar os casos pela drástica melhoria clínica e analítica, desde que cumpridas as medidas farmacológicas e dietéticas.

Caso clínico 1. Homem, 75 anos, com antecedentes de psoríase; gota (dx antes de 2000); portador de pacer-maker. Alergia a alopurinol. Referenciado a consulta de Reumatologia em Nov.2018 por queixas de dor súbita, intensa, lancinante, de carácter pulsátil, com agravamento noturno nas articulações metacarpofalângicas, interfalângicas e calcanhar esquerdo. Exame objectivo: sinais inflamatórios locais exuberantes com tofos gotosos afectando MCF e IFP. Estudo analítico (a destacar): ác. úrico 9.7mg/dl, VS 40mm, PCR 22.3mg/l. Imagiologicamente: Rx mãos: lesões saca-bocado em várias IFP; Rx pés: lesões saca-bocado em algumas MTF. Iniciou tratamento com Febuxostat 80 mg id. Abril 2019: reavaliação verificando-se melhoria significativa das queixas, com diminuição do volume de tofos gotosos da mão e calcanhar. Analiticamente: ác. úrico 4,9mg/dl. VS e PCR normais. Nas consultas de seguimento continuou a verificar-se diminuição progressiva do volume dos tofos gotosos e desaparecimento por completo do tofo no calcanhar esq. Analiticamente (2020): ác. úri-

co sérico 3.94mg/dl.

Caso clínico 2. Homem, 76 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, EAM, hipertriglicéridemia, obesidade. Orientado para consulta de Reumatologia por Gota não controlada com 36 anos de evolução, sendo previamente acompanhado nos cuidados de saúde primários. Exame objectivo: tofos gotosos com afecção de articulações das mãos e bursa olecraniana bilateralmente. Estudo analítico com elevação de marcadores inflamatórios e ác. Úrico sérico. Imagiologicamente: Rx mãos: lesões saca-bocado em várias MCF, IFP e IFD. Rx pés: lesão saca-bocado 1ª MTF direita. Iniciou terapêutica com alopurinol 300mg id, colchicina 0.5mg/dia, além das medidas dietéticas verificando-se redução substancial de tofos gotosos.

Discussão / Conclusão: Apesar de terem o diagnóstico estabelecido, os doentes sofreram várias crises de gota desde o início por não ter a doença controlada. Os autores chamam a atenção com estes dois casos pois a adesão ao tratamento dos pacientes com artrite gotosa vai além do tratamento farmacológico. A explicação e alteração dos hábitos de vida e dieta revela-se também uma ferramenta eficaz. E de forma sinérgica, conseguiu-se nas duas situações substancial melhoria dos níveis de ácido úrico (<5mg/dl) e conseqüente diminuição do volume ou total desaparecimento de tofos gotosos.

PO 02 - A PET/CT COM 18F-FDG NA VASCULITE DE GRANDES VASOS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Andreia Marques¹; Mónica Silvestre²; Francisco Brandão²; Lucília Salgado²

1. Serviço de Medicina Nuclear - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
2. Serviço de Medicina Nuclear - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Introdução: A Tomografia por Emissão de Positrões associada à Tomografia Computorizada (PET/CT), realizada com Fluordesoxiglicose marcada com Fluor-18 (¹⁸F-FDG), desempenha atualmente um papel importante no diagnóstico e seguimento da Vasculite de Grandes Vasos (VGV), nomeadamente na Artrite de Células

Gigantes (ACG), com ou sem Polimialgia Reumática (PMR) associada. Reporta-se o caso clínico de uma doente com diagnóstico de ACG, à qual foi pedida a realização de PET/CT com ^{18}F -FDG para exclusão de aortite no contexto de recidiva após interrupção da terapêutica.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, de 74 anos de idade, seguida em consulta de Reumatologia por ACG, que iniciou dorsalgia de ritmo inflamatório após suspensão da terapêutica com corticoides. Realizou PET/CT com ^{18}F -FDG que revelou hipercaptação anómala do radiofármaco, atribuível a vasculite em atividade, nas artérias carótidas, aorta, subclávias, axilares, íliaca direita e, eventualmente, nas femorais, com Score Vascular Total de 20 (calculado de acordo com as recomendações internacionais de 2018 – EANM/SNMM/PET Interest Group). Este estudo evidenciou também aumento de captação nas articulações da cintura escapular direita, 6ª condro-costal direita e apófises espinhosas D11-L5, de natureza inflamatória, em provável relação com PMR.

Discussão: A PET/CT com ^{18}F -FDG avalia o metabolismo da glicose, demonstrando aumento de captação em processos inflamatórios pela presença de elevada atividade glicolítica. Consequentemente, é um estudo sensível na identificação de inflamação nos grandes vasos e articulações, sendo particularmente importante no diagnóstico precoce de VGV em doentes com sintomatologia e parâmetros analíticos inespecíficos. Adicionalmente, sendo um estudo de corpo inteiro, acresce o benefício de permitir uma avaliação de todos os grandes vasos e articulações envolvidos numa só técnica. No presente caso clínico, a doente apresentava um quadro algíco localizado, inespecífico, e a PET/CT com ^{18}F -FDG não só confirmou a presença de inflamação ativa em território vascular, como também pôs em evidência a sua exuberante extensão e o envolvimento articular por PMR.

Conclusão: A PET/CT com ^{18}F -FDG é um estudo de corpo inteiro que permite aferir numa só técnica o envolvimento vascular pela VGV e eventual comprometimento articular em casos em que exista PMR associada, evidenciando a verdadeira extensão da doença, tal como é demonstrado no presente caso clínico.

PO 03 - ANÁLISE DE UM GRUPO DE DOENTES SOB TERAPÊUTICA BIOTECNOLÓGICA E COVID-19

Pedro Abreu¹; Svitlana Kachan²; Carolina Rocha³

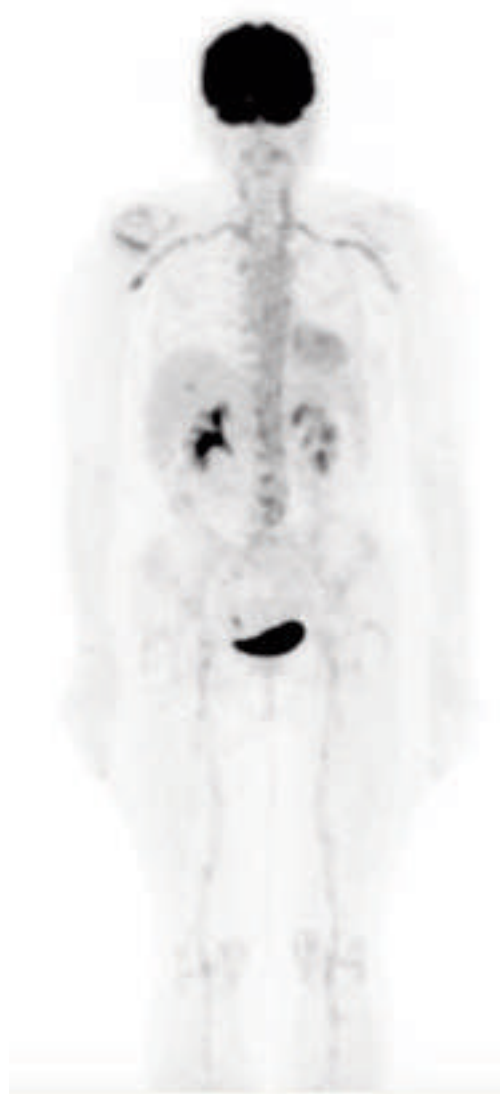
1. Unidade de Reumatologia, ULS Castelo Branco,

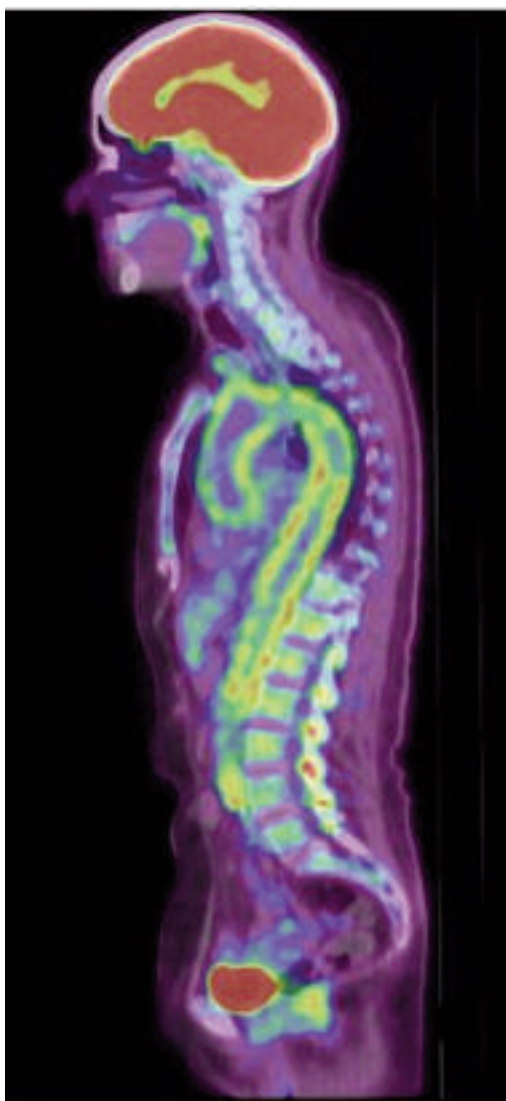
EPE; Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior

2. UCSP S. Miguel, ULS Castelo Branco, EPE

3. Serviço de Anestesiologia, ULS Castelo Branco, EPE; Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior

Introdução: Os dados sobre doentes com doenças inflamatórias imuno-mediadas sob terapêutica biotecnológica e com Covid-19, em Portugal, é escasso. É necessário um melhor e célere entendimento das implicações da Covid-19 nos doentes com tais patologias para os clínicos poderem orientar adequadamente, p.e., doentes com artrite reumatóide, artrite psoriática, espondilartroses e outras situações clínicas seme-





lhantes.

Objectivo: Avaliação de grupo de doentes sob terapêutica biotecnológica de uma Unidade de Reumatologia e COVID-19

Material e métodos: Análise demográfica e clínica dos doentes sob terapêutica biotecnológica no período de Março a Outubro.2020 (idade, sexo, tabagismo, diagnóstico de doença reumatológica, comorbilidades, medicação não biotecnológica e biotecnológica).

Resultados: Foram identificados 62 pacientes com doenças inflamatórias imunomediadas sob terapêutica biotecnológica, englobando as patologias AR (51.6%), EA (22.6%), Apso (22.6%), AIJ (1.6%) e DII (1.6%), em acompanhamento em consulta de Unidade de Reumatologia. Do grupo em análise, 5 (8.1%) realizaram o

teste por suspeita de infecção sendo que apenas um (1.6%) contraiu o coronavírus ainda que de forma assintomática. Do total de doentes, 85,5% fazia tratamento biológico anti-TNF alfa, 4,8% inibidores JAK, 3.2% anti-interleucina(IL)-6, 6.5% anti-interleucina(IL)-12/23, 41.9% metotrexato e 43.5% encontravam-se a tomar corticosteróides (≤ 10 mg prednisolona). O doente infectado, era portador de espondilite anquilosante, fazia tratamento biológico (golimumab) mas não necessitou de internamento hospitalar. Não fazia qualquer outra medicação e também não apresentava quaisquer outros factores de risco, nomeadamente HTA, diabetes ou DPOC.

Discussão: Apesar de se tratar de uma análise limitada no tamanho amostral, os dados revelam uma muito baixa incidência de Covid-19 neste grupo de doentes com doenças inflamatórias imuno-mediadas. Apesar do uso de biológicos, na presente análise, não se verificou necessidade de internamento hospitalar, assim como não foi necessária a utilização de nenhum medicamento no caso identificado.

PO 04 - TRATAMENTO DE INFEÇÃO LATENTE DE TUBERCULOSE EM CANDIDATOS A TERAPÊUTICA BIOTECNOLÓGICA COM DOENÇA ARTICULAR INFLAMATÓRIA

Miguel Barbosa¹; Ana Luísa Ramos²; Joana Carvalho³; Susana Carreira³; Teresa Mourato³; António Gomes Miguel³; Filomena Nogueira³; Maria da Conceição Gomes³

1. Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo
2. Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz
3. Centro de Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches

Introdução: Nos últimos anos aumentou significativamente o número de doentes tratados para infecção de tuberculose latente (ILTb) candidatos a início de terapêuticas biotecnológicas.

Objectivo: Caracterização dos doentes com doença articular inflamatória (DAI) candidatos a início de terapêutica biotecnológica, que iniciaram tratamento de ILTB num Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) entre 2011 e 2019.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com DAI tratados ou sob tratamento para ILTB num CDP entre 2011-2019. Os dados foram colhidos por consulta dos processos clínicos. Efetuou-se uma análise

se descritiva dos doentes com ILTB, nomeadamente sobre os diferentes critérios para início de tratamento e a tolerância ao tratamento.

Resultados: Durante o período de tempo estudado, iniciaram tratamento no CDP um total de 6069 doentes, sendo que 2808 (46.3%) corresponderam a casos de ITBL. De entre estes, 606 (21.6%) eram doentes com DAI que efetuaram tratamento de ITBL após rastreio positivo. Estes doentes apresentavam uma idade média, à data do tratamento, de 52 anos, eram maioritariamente do sexo feminino (63.5%; n=385) e de nacionalidade portuguesa (86.6%; n=525). Entre os estrangeiros, a maioria (69.1%; n=56) era natural dos PALOP. Os doentes foram referenciados principalmente a partir de consultas particulares (18.2%), do Instituto Português de Reumatologia (17.9%), do Centro Hospitalar Lisboa Norte (16%) e do Centro Hospitalar Lisboa Central (9.9%). As principais DAI observadas foram Artrite Reumatoide (35.6%), Artrite Psoriática (17.9%) e Espondilite Anquilosante (16.8%). Em relação aos critérios para início de tratamento de ILTB: 119 (19.6%) doentes apresentaram IGRA e TST positivos; 261 (43.1%) doentes apresentaram TST positivo e IGRA negativo ou desconhecido (193 destes com TST \geq 10mm); 68 (11.2%) doentes apresentaram IGRA positivo e TST negativo ou desconhecido, 158 (26.8%) doentes apresentaram os dois testes de rastreio negativos. Os doentes deste último grupo apresentavam critérios epidemiológicos ou imagiológicos para início de tratamento. 99.2% foram sujeitos a tratamento ILTB com Isoniazida com média de duração de 8.5 meses (excluídos os que ainda se encontravam em tratamento). Apenas 5 doentes fizeram Rifampicina. 71.1% dos doentes completaram tratamento, 14.9% interromperam ou abandonaram o tratamento (não foram relatados casos de toxicidade fatal) e 13.8% ainda se encontravam sob tratamento à data da colheita dos dados.

Discussão: Este estudo salienta o elevado número de candidatos a terapêutica biotecnológica que iniciou tratamento para ILTB com DAI nos últimos anos. Dos critérios para início de tratamento, destaca-se o facto de um quinto dos doentes (26.8%) ter apresentado os dois testes de rastreio negativos com outro critério para iniciar tratamento ILTB. Também de destacar o elevado número de doentes (193) que apresentaram TST francamente positivo (\geq 10mm) com IGRA negativo ou desconhecido. Em relação à tolerância ao tratamento, verificou-se que este foi bem tolerado na maioria dos casos, destacando-se a existência de casos de interrupção ou abandono da terapêutica (14.9% do total de doentes

tratados). Nestes doentes, uma abordagem concertada entre a equipa do CDP e o médico assistente responsável pelo seguimento da DAI poderá ter ainda maior importância, no reforço da importância do cumprimento da terapêutica e informação acerca dos riscos do seu abandono/interrupção.

PO 05 - SÍNDROME DE SJÖGREN E COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA: CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL SECUNDÁRIO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Filipe Cunha Santos¹; Ana Sofia Pinto¹; Sara Paiva Dinis¹; Joana Fonseca Ferreira¹; Claudia Vaz¹

1. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda

Introdução: No espectro da autoimunidade é frequente a coexistência de mais do que uma doença autoimune no mesmo doente. Um exemplo deste *cluster* é a associação entre o Síndrome de Sjögren (SS) e a Colangite Biliar Primária (CBP). Ambas são caracterizadas pela destruição progressiva imunomediada dos tecidos epiteliais das glândulas salivares e lacrimais, bem como dos ductos intra-hepáticos, respectivamente.

Objetivo: Descrever as características clínicas e analíticas dos doentes com Síndrome de Sjögren e Cirrose Biliar Primária e rever a bibliografia sobre o tema.

Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo e observacional de doentes consecutivos seguidos no Serviço de Reumatologia da Unidade Local de Saúde da Guarda, de 2010 a 2020. Foram consultados os seus processos clínicos e registados os dados demográficos e clínicos.

Resultados: Foram incluídas 6 doentes, todas do sexo feminino com mediana de idade de 67.5 anos. Os sintomas mais frequentemente reportados foram queixas secas em 100% das doentes, fadiga em 66.7%, artralhas em 50.0%, desconforto abdominal em 33.3% e prurido em 16.7%. Não foi descrita icterícia em nenhuma doente.

Em termos analíticos 33.3% apresentavam sinais de colestase, com medianas da AST de 33.5, 40.0 de ALT, 104.5 de fosfatase alcalina, 21.5 de gama-GT e 0.7 de bilirrubina total. Os níveis de IgG foram 1033.8 \pm 232.3, IgA 234 \pm 91.2 e IgM 238.5 \pm 186.8. As doentes não apresentavam alterações no nível sérico de albumina, provas de coagulação ou contagem de plaquetas no hemograma.

Em termos imagiológicos nenhuma das doentes apresentava alterações compatíveis com cirrose hepá-

tica, estando descrita esteatose difusa em 33.3% e hepatomegalia em 16.7%.

Em relação à terapêutica, 50% encontrava-se a realizar metotrexato, 50% hidroxicloroquina, 50% ácido ursodesoxicólico e 33.3% prednisolona (≤ 5 mg/dia).

Discussão: As queixas secas (síndrome *sicca*) são a manifestação extra-hepática mais reportada entre os doentes com CBP, com uma prevalência estimada em 34%, e que poderão surgir até 4 anos do diagnóstico de CBP. A associação entre SS e CBP parece dever-se, em parte, à presença de um antigénio comum no epitélio dos ductos salivares e biliares, levando a uma epitelite autoimune crónica, com conseqüente destruição dos mesmos.

Contudo, os sintomas de SS parecem ser mais ligeiros em doentes com CBP, quando comparados com doentes com SS primário, pelo que as medidas gerais de aplicação de lágrima artificial/colírios e a pilocarpina parecem ser suficientes para a gestão das queixas secas. Além disso, a clínica do SS não se parece correlacionar com a gravidade clínica ou histológica da CBP.

O tratamento com ácido ursodesoxicólico, o único aprovado para CBP, permitiu que cerca de dois terços dos doentes passassem a ter uma sobrevida estimada semelhante à população geral, com apenas uma minoria a evoluir para cirrose hepática, razão pela qual a nomenclatura foi recentemente revista, tendo-se abandonado o termo “cirrose” para “colangite”.

Assim, nos doentes com SS, AMA positivos e alterações das enzimas hepáticas, deve ser feito o despiste da presença de doença hepática e, caso não esteja presente, deve ser mantida a vigilância para o aparecimento das primeiras alterações com vista a iniciar tratamento precocemente e melhorar o prognóstico a longo prazo.

PO 06 - DETERMINANTES DO PHYSICIAN'S GLOBAL ASSESSMENT (PHGA) E DA SUA VARIAÇÃO ENTRE CONSULTAS

Liliana Saraiva¹; Luisa Brites¹; Rita Novais Cunha²; Helena Assunção¹; Ana Rita Prata¹; Mariana Luís¹; Flávio Costa¹; João Freitas¹; Marlene Sousa¹; José António Pereira da Silva³; Cátia Duarte³

1. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
2. Centro Hospitalar do Baixo Vouga
3. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research (iCIBR), Faculty of Medicine, University of Coimbra

Introdução: O *Physician's Global Assessment of Disease*

Activity (PhGA) está incluído em alguns *scores* de atividade utilizados na Artrite Reumatóide (AR), tendo impacto nas decisões de tratamento realizadas pelos reumatologistas, superando inclusivamente o Disease Activity Score (DAS28). Contudo, os dados sobre as suas propriedades psicométricas são escassos. Este estudo tem como objetivo avaliar os fatores subjacentes à avaliação do médico através do PhGA, bem como a sua reprodutibilidade e responsividade à mudança de atividade da AR.

Material e métodos: Estudo transversal, incluindo doentes com AR seguidos num Serviço de Reumatologia Terciário. Através de um protocolo foram recolhidos dados socio-demográficos (idade e género) e dados clínicos incluindo: articulações tumefactas (SJ28), articulações dolorosas (TJ28), velocidade de sedimentação (VS), proteína C reativa (PCR), *Disease activity Score* (DAS28-4v-PCR e DAS28-4v-VS), *PhGA* e *Patient Global Assessment of Disease Activity* (PGA) usando uma escala visual analógica 0-100mm, *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), *European Quality of Life-5 Dimensions* (EQ-5D) e *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Para avaliar a reprodutibilidade e responsividade foram incluídos os doentes com 2 consultas consecutivas e dados completos, e calculadas as variações () entre as duas consultas. As correlações entre – PhGA e variáveis contínuas, e PhGA e alterações em outras variáveis – foram avaliadas através do Coeficiente de correlação de *Pearson's*. Variáveis com $p < 0.05$ na análise univariada foram incluídas na análise de regressão linear multivariada. A reprodutibilidade foi avaliada através do *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC) no subgrupo de doentes com atividade de doença estável (DAS28-4v-VS [-0.6 to 0.6]). A sensibilidade à mudança foi avaliada no subgrupo de doentes que apresentou uma melhoria de pelo menos 0.6 no DAS28-4V-VS, através da *Standardized Response Mean* (SRM).

Resultados: Foram incluídos 392 doentes com AR (80.6% mulheres, 65.3 \pm 12.6 anos). O PhGA correlacionou-se fracamente com PCR ($r=0.23$), TJC28 ($r=0.35$), PGA ($r=0.26$), HAQ ($r=0.31$) e EQ5D ($r=0.21$). Correlações moderadas foram observadas com SJC28 ($r=0.45$) e DAS-4V-PCR ($r=0.48$). Na análise multivariada SJC28 (=4.14, 95%CI:3.16-5.12), PCR (=0.22; 95%CI: 0.02-0.03), HAQ (=4.46, 95%CI:1.50-7.42) e PGA (=0.08; 95%CI:0.00-0.16) permaneceram como fatores independentes associados ao PhGA ($R^2=0.27$, $p < 0.05$).

No total, dos 121 doentes avaliados prospectiva-

mente, em 2 consultas consecutivas, o PhGA apresentou uma boa reprodutibilidade [ICC 0.7, [95%CI:0.47-0.83] e sensibilidade à mudança [SRM -1.01 [95% CI: -1.26-(-0.73)]. A PhGA apresentou correlação fraca com CRP (r=0.23), PGA (r=0.31) e Dor (r=0.37). Correlações moderadas foram observadas com DAS28-3V-VS (r=0.55), SJC28 (r=0.56), DAS28-4V-VS (r=0.58), DAS28-3V-PCR (r=0.60), TJC28 (r=0.62) e DAS28-4V-PCR (r=0.63). Na regressão linear multivariada SJC28 ($\beta=4.01$; 95% CI:3.07 to 4.96) e Dor ($\beta=0.18$; 95%CI: 0.07 to 0.28) permaneceram como fatores independentes, associados à PhGA (R²:0.49, p<0.01).

Conclusão: Este estudo demonstrou que o PhGA se associa com SJC28, PCR, HAQ e PGA, o sugerindo que os reumatologistas adotam uma leitura compreensiva da doença, em todas as suas dimensões. No entanto, uma grande proporção da variação do PhGA permanece por explicar. A SJC apresentou uma associação forte com PhGA e Dor. Dado o papel que o PhGA representa na prática clínica é importante compreender melhor os fatores que o influenciam e padronizar a forma como é utilizado.

PO 07 - CONSULTA DE REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA: 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Tomás Miguel Guedes Fontes¹; Ana Moutinho²; Teresa Jacinto²; Juan Gonçalves²; Carolina Furtado¹; Teresa Nóvoa¹

1. Serviço de Reumatologia, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal
2. Serviço de Pediatria, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal

Introdução: A consulta diferenciada de Reumatologia Pediátrica (RP) do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES), EPER de Ponta Delgada, surgiu em 2014 da parceria entre os serviços de Reumatologia e Pediatria e dedica-se ao diagnóstico, tratamento e seguimento das doenças reumáticas e músculo-esqueléticas em crianças e adolescentes até aos 18 anos.

Objetivo: Neste trabalho, apresenta-se a casuística de cinco anos de experiência.

Material e Métodos: Estudo descritivo retrospectivo, tendo por base a informação dos processos clínicos das crianças seguidas na consulta de RP do HDES, entre 2015 e 2019. Foram colhidos dados relativos às características demográficas, grupos nosológicos – tendo por base a nomenclatura e classificação da ARA, e a classi-

ficação ILAR das artrites idiopáticas juvenis (AIJ) –, tratamento com cDMARDs e bDMARDs e efeitos adversos e switch de bDMARDs. Resultados Durante este período de 5 anos, foram realizadas 773 consultas relativas a 131 crianças, sendo 127 (16,4%) primeiras consultas e 646 consultas de seguimento. O total de consultas realizadas cresceu de 2015 a 2019, de 103 a 175, respetivamente. Cerca de 65,6% das crianças era do sexo feminino e a idade média à primeira consulta era de 12,6±4,5 anos (mínimo 6 meses, máximo 18 anos). O número médio de consultas por criança por ano foi de 2±1 (máximo de 8). Um total de 14 crianças transitou para a consulta de Reumatologia do adulto. Relativamente aos grupos nosológicos, as doenças do tecido conjuntivo (DTC) constituíram a maioria dos diagnósticos principais, com 40 crianças no total (30,5%). Dentro das DTC, a AIJ foi o diagnóstico mais prevalente, presente em 24 (60% das DTC) – AIJ oligoarticular persistente (7), AIJ sistémica (5), AIJ poliarticular (5 FR negativo, 1 positivo), artrite associada a entesite (4), artrite psoriática (1) e AIJ oligoarticular estendida (1) –, seguindo-se o grupo das vasculites (7), o lúpus eritematoso (1 neonatal, 5 sistémico) e a morfeia (1). No grupo das vasculites, destaque para a doença de Behçet (DB)(5), púrpura de Henoch-Schönlein (1) e arterite de Takayasu (1). Foram ainda registados casos de síndrome de amplificação dolorosa (8), uveíte idiopática (7), escoliose (7), artrite reativa (6) e osteoporose secundária (5). Um total de 26 doentes (com DTC ou uveíte idiopática) encontra-se medicado com cDMARD: metotrexato (MTX) (14), hidroxiloroquina (4), sulfasalazina (2), leflunomida (2), micofenolato de mofetil (2) e azatioprina (2). Dez estão sob bDMARD: adalimumab (5 por AIJ, 1 por uveíte idiopática), etanercept (2, AIJ) e tocilizumab (TCZ) (2, AIJ). Há uma criança sob pamidronato, por osteomielite multifocal recorrente crónica. Entre os efeitos adversos à terapêutica, destacam-se dois casos de AIJ sistémica, um de hepatotoxicidade à associação MTX+TCZ, resolvida após suspensão do MTX e redução da dose de TCZ de 8mg/Kg para 4mg/Kg quinzenal, e um outro de neutropenia moderada por TCZ, resolvido também após redução similar. Ambos estão em remissão atualmente. A referir o caso de uma criança com AIJ poliarticular FR positivo, com necessidade de dois switch (abatacept, TCZ e adalimumab) por ineficácia terapêutica, agora com baixa atividade da doença.

Conclusão: Apesar de relativamente recente, a consulta de RP do HDES conta com um vasto e heterogéneo grupo de patologias, no qual predominam as DTC,

nomeadamente a AIJ. Destaca-se um número superior ao esperado de casos de DB. Contabilizaram-se poucos efeitos adversos à terapêutica. A integração de pediatras na consulta de RP constitui uma mais valia ao proporcionar uma abordagem de excelência numa perspetiva global de cuidados às crianças/adolescentes.

PO 08 - CASO CLÍNICO - MULHER COM HIPOTIROIDISMO

Diana Pereira¹; Bruno Pereira¹

1. ULHT

Introdução: As carências nutricionais são os principais fatores de risco para a disfunção tiroideia e comprometimento da síntese das hormonas tiroideias, por isso, uma alimentação variada e equilibrada é crucial para a obtenção de níveis adequados de diversos micronutrientes indispensáveis ao correto funcionamento da tiróide.

Caso Clínico: A cliente estudada é do sexo feminino com 25 anos, 1,76m de estatura, 77,6 kg de peso, índice de massa corporal (IMC) de 25,7 kg/m², massa gorda de 29,7%, massa isenta de gordura de 54,3 kg e 39,8 kg de água corporal. Definiu-se o objetivo inicial de perder 7,3 Kg - atingir os 70 kg-, passando da categoria do IMC de pré-obesidade (25-29,9 kg/m²) para peso adequado (18,5-24,9 kg/m²), dado que o risco de morbidade eleva-se à medida que o indivíduo muda da categoria, através da implementação de hábitos alimentares saudáveis e reestruturação da alimentação, aliado a um défice calórico.

A avaliação da composição corporal realizou-se através de uma balança de bioimpedância.

Discussão: O plano alimentar elaborado tem uma redução calórica de 41%, representando uma diminuição de 2006 Kcal da dieta da cliente. Redução apropriada para a perda de massa gorda com um défice calórico de 495kcal. Relativamente aos macronutrientes observou-se a diminuição da proteína (33,6g) e em especial a diminuição dos hidratos de carbono (355,1g) e dos lípidos (51,7g).

O plano caracteriza-se por uma acentuada descida nos lípidos saturados e nos açúcares, pois estes são fatores de risco para a obesidade e para o desenvolvimento de outras doenças, devendo ocorrer uma diminuição no seu consumo.

Em relação aos micronutrientes, o novo plano alimentar é mais rico em vitaminas e minerais, em comparação com o anterior.

Conclusão: A cliente diminuiu 7kg, atingindo os 70kg,

dos quais 3,9kg de massa gorda, 3,3kg de massa isenta de gordura, aumentou a água corporal e atingiu a categoria de peso adequado, segundo o IMC.

O processo de perda de peso num indivíduo com hipotiroidismo deve ser alvo de um acompanhamento especializado por um nutricionista de modo a garantir a satisfação das necessidades energéticas e evitar défices nutricionais.

O papel do nutricionista passa também por aconselhar e educar os utentes em relação à sua alimentação, o que é fulcral para o futuro.

PO 09 - CASO CLÍNICO - ATLETA DE ALTA COMPETIÇÃO

Diana Pereira¹; Bruno Pereira¹

Introdução: A nutrição está intimamente ligada à prática de exercício físico. Os atletas têm as necessidades energéticas aumentadas devido ao volume de treinos e de competições. Tornando-se muito relevante o desenvolvimento e a otimização de estratégias nutricionais adequadas, garantindo assim um aporte energético de nutrientes e água adaptado às suas necessidades, garantindo a melhoria da performance e da recuperação mais rápida e eficaz, culminando num melhor desempenho.

Caso Clínico: A atleta era do sexo feminino de 17 anos, praticava ténis e apresentava 169cm de estatura e 63,7kg de peso. De acordo com a avaliação do estado nutricional, a atleta apresenta uma percentagem excessiva de massa gorda (33,1%).

Uma percentagem de massa gorda elevada é prejudicial na sua modalidade, pelo que, o plano alimentar proposto terá como objetivo primordial a perda de 5,7 kg de massa gorda, bem como, equilibrar as glicémias, melhorar a performance, a hidratação e melhorar e estruturar a alimentação.

Discussão: A perda de peso ocorre quando ocorre um défice calórico, posto isto, foi elaborado o plano alimentar de acordo com as necessidades e as preferências da atleta, resultando num défice de 22 kcal. Poderá parecer um défice calórico mínimo, mas a atleta encontrava-se a iniciar época de competição, não sendo o momento ideal para iniciar uma dieta, devendo este défice calórico ser mínimo, para que não haja um comprometimento da performance.

Optou-se por reestruturar a sua alimentação e elaborar um plano alimentar que satisfaz as necessidades da atleta com um défice calórico muito reduzido. A atleta relatou ter sentido melhorias na sua prestação durante o treino e na energia que sentia ao longo do dia.

Conclusões: No total, a atleta perdeu 2,3kg, dos quais 7,9kg de massa gorda, sem perda de massa isenta de gordura, pelo contrário, aumento de 3,5kg.

Uma alimentação correta no atleta é imprescindível, sendo um fator limitante tanto nas qualidades do treino e competições, como no descanso/recuperação do atleta e na sua saúde em geral. Num nível extremamente competitivo, onde o atleta procura obter o máximo de vantagens, a nutrição torna-se algo indispensável, podendo fazer a diferença entre os bons atletas e os campeões, tornando-se essencial a educação alimentar e o acompanhamento nutricional no atleta.

O processo de perda de peso num atleta deve ser alvo de um acompanhamento especializado por um nutricionista de modo a garantir a satisfação das necessidades energéticas e evitar défices nutricionais.

PO 10 - PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE EM DOENTES COM LESÃO MEDULAR

Margarida Ramos Rodrigues¹; Maria Cunha¹; Fátima Gandarez¹; Liliana Rocha¹; Gisela Leandro²

1. Centro de Reabilitação do Norte
2. Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: Mais de 80% dos doentes com lesão medular (LM) apresenta osteoporose. Apesar da fisiopatologia não estar completamente esclarecida, os doentes com LM apresentam uma rápida diminuição da densidade mineral óssea, devido à reabsorção que tem início desde os primeiros dias, aumentando o risco de fracturas de fragilidade (mais comuns ao nível do fémur distal e tibia, nesta população). A magnitude da perda de massa óssea nestes doentes é superior àquela verificada noutros doentes no contexto de imobilidade. Ocorre em duas fases: na fase aguda, verifica-se uma reabsorção óssea aumentada, que estabiliza entre os 18-24 meses; na fase crónica, verifica-se a inibição da reabsorção óssea, associada a perda progressiva de massa óssea, de forma mais lenta e gradual, apesar de ainda existir controvérsia na literatura.

Objectivos: Instituição de um protocolo de forma a normalizar o conjunto de atitudes em doentes com LM e com risco aumentado de osteoporose, visando a diminuição do risco de fracturas de fragilidade.

Material e métodos: Pesquisa e revisão bibliográfica da literatura mais recente, e elaboração de um protocolo de prevenção e tratamento da osteoporose, a implementar numa unidade de reabilitação de doentes com LM.

Resultados: Actualmente, não existem normas de orien-

tação definidas quanto ao rastreio e tratamento da osteoporose nestes doentes. Da pesquisa, resultou a elaboração de um protocolo que irá permitir a abordagem da diminuição da densidade mineral óssea na LM, tanto na fase aguda, como na crónica, visando, simultaneamente, o aumento de conhecimento nesta área, no futuro.

Discussão/Conclusões: Apesar da ausência de normas de orientação e do reduzido número de estudos controlados e randomizados, é premente a prevenção de fracturas de fragilidade nos doentes com LM, os quais apresentam *ad initio* elevado risco de queda e limitação funcional, decorrente do atingimento neuromotor.

PO 12 - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: UM TRATAMENTO PARA ALÉM DAS GUIDELINES

Elisa Costa Moreira¹; Nelson Albuquerque¹; Bruno Silva Lopes¹; David Coutinho¹; Andreia Silva¹; Irina Peixoto¹; Ana Torres¹; Jorge Caldas¹

1. Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Introdução: Osteoporose e fraturas são complicações bem conhecidas do acidente vascular cerebral (AVC). No entanto, a abordagem diagnóstica e as estratégias terapêuticas da osteoporose no doente com AVC não estão bem definidas, o que dificulta muito a intervenção médica na prevenção de fraturas nestes doentes.

Caso Clínico: Homem de 69 anos de idade, que sofreu queda da própria altura com traumatismo da anca esquerda, da qual resultou fratura subcapital do fémur. Foi internado para tratamento cirúrgico com artroplastia total da anca, procedimento que decorreu sem intercorrências. Tratava-se de um doente com antecedentes de AVC, há 7 anos, com sequelas de hemiparesia espástica à esquerda, força muscular grau 4 ao nível do membro inferior esquerdo, realizando marcha autónoma com bastão e ortótese *ankle foot orthosis* (AFO). Permaneceu internado em programa de reabilitação intensivo durante 45 dias, com o objetivo de recuperação de funcionalidade e autonomia na marcha. Não havia registos de densitometria (DEXA) prévia, nem realizava terapêutica dirigida à prevenção de fraturas ósseas, pelo que foi solicitada DEXA, ao nível da coluna lombar e punho esquerdo. Os resultados mostraram um índice T de -2,7 na coluna lombar e -2,9 no punho esquerdo, a confirmar osteoporose. À data da alta, foi prescrita suplementação com carbonato de cálcio e colecalciferol (1500 mg + 400 UI/dia), foram dadas recomendações para a prevenção de que-

das e manteve programa de reabilitação em ambulatório, dirigido à mobilização dos membros paréticos, fortalecimento muscular e treino de marcha. Foi reavaliado um mês após alta, tendo iniciado tratamento com ácido zoledrónico, 5 mg, via endovenosa.

Discussão: O AVC é a principal causa de incapacidade no adulto, com a maioria dos doentes a apresentar limitações de mobilidade. Estudos prévios sugerem um risco de fraturas quatro a sete vezes superior em doentes com sequelas de AVC quando comparados com grupo de controlo saudável. O elevado risco de fraturas pós-AVC parece estar relacionado com a diminuição da densidade mineral óssea (DMO) e com o risco elevado de quedas. No entanto, a fisiopatologia da osteoporose nestes doentes permanece por esclarecer. Sabe-se que a perda de massa óssea afeta preferencialmente o membro parético, facto que vários autores atribuem à mobilidade reduzida, o que conduz à diminuição da carga a que o osso é submetido e ao consequente aumento da reabsorção óssea mediada por osteoclastos. A abordagem diagnóstica e o tratamento da osteoporose não aparecem detalhados nas *guidelines* de AVC e poucos são os estudos randomizados e os ensaios clínicos realizados neste âmbito. Estudos demonstram que a DMO no doente com AVC raramente é avaliada, facto que os autores atribuem ao sub-reconhecimento da osteoporose como consequência do AVC, à elevada preocupação com a abordagem do risco cardiovascular pós-AVC e ao desvio da atenção do clínico para consequências mais alarmantes, como por exemplo, a disfasia ou os défices cognitivos e funcionais. Quanto ao tratamento, alguns ensaios clínicos demonstraram eficácia e segurança do ácido zoledrónico, associado a suplementação com cálcio e vitamina D. Questões acerca de qual o local anatómico a avaliar na DEXA, qual o melhor tratamento a oferecer, assim como, quando iniciar o tratamento da osteoporose após o AVC, permanecem por esclarecer.

Conclusões: O caso clínico apresentado retrata uma população específica de doentes com os quais nos deparamos, com frequência, na nossa prática clínica. Não havendo orientações específicas para a abordagem e tratamento da osteoporose no doente com AVC, o clínico deverá seguir as normas orientadoras gerais e avaliar cada caso, com eventual discussão em equipa interdisciplinar. A definição de estratégias de abordagem diagnóstica, bem como o estudo de farmacoterapia dirigida à osteoporose, poderá ter um impacto significativo na redução de fraturas e na melhoria da qualidade de vida no doente com AVC.

PO 13 – COMO É QUE A TERAPIA AQUÁTICA PODE AJUDAR O DOENTE COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE?

Gonçalo Engenheiro¹; Ana Margarida Sampaio¹; Sónia Tomé¹; Vítor Pereira¹; Maria Inês Táboas¹; Catarina Aguiar Branco¹

1. Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: Espondilite anquilosante (EA) é uma doença reumática inflamatória crónica, que pode afetar o esqueleto axial e, em menor grau, articulações periféricas e órgãos extra-articulares, condicionando diminuição da qualidade de vida (QV). A terapia aquática, incluindo a hidrocinestoterapia (HCT), é frequentemente recomendada aos doentes com EA.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é rever a eficácia das diversas formas de terapia aquática nos pacientes com EA.

Material e métodos: Efetuámos uma revisão narrativa da literatura publicada na PubMed (Janeiro 2000 - Setembro 2020), com a seguinte estratégia de pesquisa: (*ankylosing spondylitis*) AND (*hydrotherapy* OR *balneotherapy* OR *hydrokinesiotherapy* OR *water exercise* OR *aquatic exercise*). Critérios de inclusão: (1) ensaios clínicos controlados (randomizados ou não); (2) doentes adultos; (3) diagnóstico estabelecido de EA; (4) intervenções incluíram terapia aquática. Critérios de exclusão: (1) estudos em línguas que não o Português, Inglês ou Espanhol; (2) estudos com apenas o resumo disponível.

Resultados: Sete estudos cumpriram os critérios e foram incluídos na revisão. Em relação à tipologia, 6 dos trabalhos foram randomizados e controlados (RCT) e apenas 1 não foi aleatorizado. O tipo de intervenções variou entre os estudos e incluiu: balneoterapia, hidroterapia, terapia com lamas e *Stanger bath therapy*, combinadas ou não com programas formais de exercício (incluindo exercício aeróbio, alongamentos, mobilização articular, reeducação postural e fortalecimento muscular). O exercício físico foi efetuado em meio aquático (HCT) ou meio terrestre, em grupo ou de modo individual, supervisionado ou efetuado de forma autónoma no domicílio. Registou-se variabilidade no tamanho das amostras (entre 30 e 69 doentes) e nos valores médios da idade (entre 40 e 51 anos), duração (entre 7 e 19 anos) e gravidade da doença (de 2.5 a 5.9 pontos no BASDAI). Os períodos de seguimento foram de 1 a 6 meses, com os *outcomes* mais reportados a terem sido: dor, mobilidade, BASDAI, BASFI e BASMI. Em termos de resultados, todos os estudos evidenciaram melhoria significativa em diversos parâmetros nos grupos submetidos a terapia aquática, mesmo quando não foi efe-

tuada HCT. Os programas de exercício demonstraram alcançar melhorias adicionais na atividade da doença, mobilidade e QV em vários estudos. Além disso, em comparação com exercício físico terrestre domiciliário, a HCT demonstrou ser superior na redução da dor e melhoria da QV. Os programas de HCT também alcançaram resultados superiores no consumo máximo de oxigénio e na prova de marcha de 6 minutos em doentes já incluídos num programa de exercício de grupo. Em doentes apenas sob terapia farmacológica, a HCT demonstrou benefícios adicionais na analgesia e no controlo da atividade da doença.

Discussão/Conclusões: Embora as modalidades de terapia aquática sejam bastante heterogéneas, todas apresentaram melhorias significativas em vários parâmetros, associando-se a benefícios clínicos e funcionais tanto em fases mais precoces, como em etapas mais avançadas da evolução da EA. Além disso, quando associada ao exercício físico, a terapia aquática parece proporcionar ainda melhores resultados na analgesia e na QV. Em relação ao exercício físico terrestre, a HCT permite um incremento adicional na capacidade funcional, facto que pode ser devido às propriedades físicas da água, a qual constitui um meio facilitador da mobilização dos segmentos com rigidez e dor, proporcionando descarga e oferecendo estímulos proprioceptivos. A literatura disponível apresenta limitações condicionadas pela escassez de estudos, pela heterogeneidade das amostras, do tipo de intervenções e dos *outcomes* reportados e pelos curtos períodos de seguimento dos pacientes. Ainda assim, tendo em conta o potencial efeito benéfico na funcionalidade e QV, podemos concluir que a terapia aquática deverá efetivamente ser considerada como parte integral do processo de gestão terapêutica da pessoa com EA.

PO 14 - A POSITIVIDADE PARA ANTICORPOS ANAS NÃO ESTÁ ASSOCIADO A PIOR PROGNÓSTICO E MAIOR TAXA DE SWITCH NOS DOENTES COM AR SOB ANTI-TNF α

Rita Novais Cunha¹; Liliana Saraiva²; Luísa Brites²; Margarida Coutinho²; Maria João Salvador²; Mariana Santiago²; Renata Aguiar¹; Cátia Duarte²; Anabela Barcelos²; JAP da Silva³

1. Centro Hospitalar do Baixo Vouga
2. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
3. Centro Hospitalare Universitário de Coimbra

Introdução: A prevalência da positividade dos ANAs na AR varia muito na literatura. A evidência das impli-

cações clínicas e terapêuticas da positividade dos ANAs em doentes com AR é limitada e controversa.

Objetivos: Avaliar as implicações da positividade dos ANAs no prognóstico e na persistência do fármaco em doentes com AR sob terapêutica com anti-TNF α .

Materiais e Métodos: Foram incluídos, de forma consecutiva, doentes provenientes de dois departamentos de Reumatologia registados na base de dados electrónica nacional - Reuma.pt. Os doentes incluídos preenchem os critérios do American College of Rheumatology para AR, estavam sob terapia anti-TNF α e realizaram ANAs (positividade definida por um título \geq 1/160), antes do início do tratamento. Realizámos um emparelhamento 1: 1 para idade e sexo, com base na positividade para ANAs. Os seguintes dados foram recolhidos antes do início da terapia anti-TNF α : idade, sexo, duração da doença (anos), positividade para ANAs (S/N), fator reumatóide (FR) (S/N), anticorpos anti-proteína citrulinada (anti-CCP) (S/N), score de atividade da doença - DAS28-PCR, número de articulações tumefactas e dolorosas (contagem de 28 articulações), avaliação global do doente (PGA), uso de corticóides (S/N) e dose, monoterapia ou terapia combinada (S/N) e persistência do fármaco (dias). A comparação entre os grupos (switch/não switch) foi avaliada pelo teste de Man-Whitney e Quiquadrado. Variáveis com $p < 0,1$ na análise univariada ou com relevância clínica foram incluídas na análise de regressão logística. A análise de sobrevivência de Kaplan-Meier (tempo para avaliar a sobrevivência do medicamento definido como o tempo entre o início do anti-TNF α e sua descontinuação) foi usada para avaliar a persistência e os testes de log rank foram usados para comparar a sobrevivência do fármaco.

Resultados: No total, 94 pacientes (88,3% mulheres, idade média (\pm DP) de 62,3 (\pm 11,2) anos) foram incluídos. Quarenta pacientes (42,6%) mudaram para outra terapia biológica e a mediana (\pm DP) do tempo de switch foi de 719 \pm 1492,8 dias.

Nas análises univariadas, um maior número de articulações tumefactas foi associado a uma maior taxa de switch de anti-TNF alfa (10,4 vs 7,9, $p = 0,01$). A variável idade apresentou tendência à significância estatística ($p = 0,069$). A positividade ANA não foi associada à taxa de mudança ($p = 0,21$). Em análises multivariadas, ser mais velho foi associado a uma maior taxa de troca (1,05, IC 95%, [1,0; 1,1], $p = 0,043$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na sobrevida do primeiro anti-TNF α entre os doentes com positividade ANA versus sem positividade ANA (log-rank 0,001, $p = 0,981$).

Discussão / Conclusão: A positividade para ANA antes do tratamento não foi associada a uma menor taxa de resposta à terapia anti-TNF α ou a um menor tempo de sobrevida do fármaco nesta coorte. Mais estudos em coortes maiores são necessários para confirmar essas observações.

PO 15 - SÍNDROME DOLOROSA REGIONAL COMPLEXA SECUNDÁRIA A FASCEITE PLANTAR: UM CASO CLÍNICO ATÍPICO

Eduardo Freitas Freitas Ferreira¹; Diogo Portugal¹; Nuno Silva¹; Catarina Peixoto¹; Isabel Pereira¹; Leonor Prates¹

1. Serviço de MFR, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A síndrome dolorosa regional complexa (SDRC) é uma condição clínica que se caracteriza por um quadro de dor intensa, associada a alterações autonómicas e sensitivomotoras. Atinge preferencialmente o membro superior (3:2) e está maioritariamente associada a história de traumatismo prévio. Este trabalho pretende apresentar um caso atípico de SDRC com o objetivo de fomentar a discussão sobre as suas opções terapêuticas.

Caso Clínico: Masculino, 50 anos, antecedentes pessoais de doença hepática crónica etanólica, hipertensão arterial, dislipidemia e tabagismo. Referenciado pelo médico assistente para consulta de MFR por queixas algícas persistentes, de início progressivo, localizadas no retropé esquerdo com 8 meses de evolução com extensão para a articulação tibiotársica ipsilateral desde há 5 meses, sem história de traumatismo. Na anamnese referia dor em repouso e com os movimentos associada a parestesias (ardor, formigueiros e dormência) com dificuldade progressiva da marcha desde há 2 meses. Objetivamente apresentava pes planus com dor à palpação da inserção da fásia plantar esquerda, eritema e edema sobre o maléolo interno ipsilateral com alodinia e hiperalgesia, tibiotársica com amplitudes articulares mantidas mas dolorosa à mobilização e com força muscular ligeiramente diminuída, apresentando marcha com rotação externa e valgismo do pé. A TC do tornozelo documentou marcada diminuição da densidade óssea com características compatíveis com osteodistrofia simpática. A avaliação do metabolismo fosfocálcico não revelou alterações além de ligeira diminuição da vitamina D (22,10 ng/ml). Foi estabelecido o diagnóstico de SDRC secundária a fasceíte plantar, foram ensinados exercícios para casa e foi medicado com Lidocaína tópica e tramadol/dexcetoprofeno. Na reava-

liação apresentava melhoria algíca parcial, já sem alterações tróficas, edema, alodinia ou hiperalgesia sobre o maléolo interno. Nessa altura iniciou tratamentos no serviço de MFR visando fortalecimento muscular, mobilização articular, massagem dessensibilizante, TENS e ultrassonoterapia. Foi medicado com alendronato 70 mg/semana durante 8 semanas, calcifediol 0,266 mg/mês e foram prescritas palmilhas em silicone para alívio algíco. Por resolução completa do quadro algíco, teve alta dos tratamentos ao final de 1 mês.

Discussão: Este caso clínico apresenta alguns aspetos que o tornam incomum. Primeiro, ocorreu no membro inferior, localização menos frequente no adulto. Segundo, ocorreu secundariamente à fasceíte plantar, não existindo casos publicados desta associação, embora esteja descrito que a SDRC possa ocorrer secundária a processos inflamatórios locais. Apesar da reabilitação constituir um pilar do tratamento, a abordagem farmacológica assume especial relevância. Neste caso, a aplicação *off-label* da lidocaína tópica revelou-se eficaz no alívio algíco, existindo uma evidência crescente para a sua aplicação. Atendendo à desmineralização óssea presente neste doente utilizou-se o alendronato como terapêutica adjuvante. Diversos estudos demonstraram que os bifosfonatos possuem efeito analgésico independentemente da sua ação antireabsortiva, apresentando especial interesse em casos de SDRC aquando da presença de desmineralização. Contudo, o seu mecanismo de ação, dosagem e duração do tratamento permanecem por esclarecer, embora alguns estudos mostrem evidência para o uso de alendronato durante 8 semanas.

Conclusões: A SDRC é uma entidade complexa e não completamente compreendida. Apesar da sua associação a traumatismo na maioria dos casos, poderá surgir associada a processos inflamatórios crónicos, sendo essencial o seu tratamento precoce para prevenir a progressão para SDRC. A aplicação *off-label* da lidocaína tópica poderá representar uma opção terapêutica eficaz na SDRC localizada. A utilização de bifosfonatos permite a associação do efeito antireabsortivo com o analgésico, apresentando especial interesse aquando da evidência de desmineralização óssea.

PO 16 - EFETIVIDADE DO ETANERCEPT BIOSSIMILAR VERSUS ETANERCEPT ORIGINAL EM DOENTES NAIVES COM ESPONDILARTRITE AXIAL: ESTUDO DE VIDA REAL DO REUMA.PT

Cláudia Vaz¹; Luis Inês²; Helena Canhão³

1. ULS Guarda/ Faculdade de Ciências da Saúde - UBI

2. Faculdade de Ciências da Saúde- UBI
3. CEDOC- Nova Medical School

Introdução: Embora os ensaios clínicos suportem a equivalência do produto original e biossimilar do etanercept, continuam a faltar estudos da vida real em doentes com espondilartrite axial (Spa).

Objetivo: Os objetivos deste estudo foram comparar os scores de atividade da doença - ASDAS e BASDAI, em doentes naives a tratamento biotecnológico, com espondilartrite axial sob terapêutica com etanercept original versus etanercept biossimilar e explorar as características basais desses doentes.

Métodos: Estudo longitudinal observacional comparativo que incluiu todos os doentes adultos registados no Reuma.pt com Spa (espondilite anquilosante / SpA axial não radiográfica) que iniciaram etanercept original ou etanercept biossimilar como primeira terapêutica biotecnológica à data da exportação dos dados (fevereiro de 2020). Foram descritas as características à baseline dos 2 grupos e foi realizada a avaliação aos 6 meses, 1 e 2 anos; identificaram-se ainda as co-morbilidades. Foram calculadas as frequências, médias e desvios padrão (d.p.) (ou mediana; mín-máx) para descrever as características à baseline dos grupos. A distribuição normal das variáveis foi examinada com o teste de Kolmogorov-Smirnov. Os valores descritivos foram comparados com o teste t de Student ou o teste U de Mann-Whitney, conforme apropriado, e a análise não paramétrica de amostras emparelhadas foi realizada usando o teste de Wilcoxon. As frequências foram comparadas usando o teste exato de Fisher, McNemar ou qui-quadrado. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p < 0,05$. Todas as análises foram realizadas com SPSS versão 26.0.

Resultados: Foram incluídos 584 doentes que iniciaram o etanercept (83,2% original / 16,8% biossimilar). As características à baseline (tabela 1) foram semelhantes nos dois grupos. Em termos de atividade da doença, os valores médios de ASDAS e BASDAI mostraram atividade da doença semelhante para os dois grupos no início do estudo, aos 6 meses, 1 ano e 2 anos de seguimento (tabelas 2 e 3).

Conclusão: Este estudo observacional de doentes naives de tratamento biotecnológico com SpA mostrou características semelhantes à baseline. As semelhanças nos scores de atividade média da doença (ASDAS e BASDAI) à baseline, aos 6 meses, 1 ano e 2 anos em doentes tratados com o etanercept original versus biossimilar sugerem efetividade comparável na prática clínica.

(ASDAS, Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; T0: baseline; 6m: 6 meses; 1a: 1 ano; 2a: 2 anos)

• Tabela 3 - BASDAI Etanercept original vs. Biossimilar

BASDAI (média:d.p.)	Etanercept*	Biossimilar**	P
T0	6,09:1,89	5,57:2,05	0,035
6m	3,12:2,33	3,27:2,07	0,649
1a	2,94:2,17	2,65:2,13	0,413
2a	2,64:2,1	3,06:2,77	0,481

*2a vs. 1a: $p=0,507$; 2a vs. 6m: $p=0,320$; 2a vs. T0: $p<0,001$; 1a vs. 6m: $p=0,000$; 1a vs. T0: $p<0,001$; 6m vs. T0: $p<0,001$.

**2a vs. 1a: $p=0,955$; 2a vs. 6m: $p=0,321$; 2a vs. T0: $p=0,012$; 1a vs. 6m: $p=0,058$; 1a vs. T0: $p<0,001$; 6m vs. T0: $p<0,001$.

(BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)

Tabela 1 - Características à baseline entre Etanercept original e Etanercept biossimilar e motivo da descontinuação

	Etanercept (n=495)	Biossimilar (n=98)	P
Sexo n (%)			
Masculino	276 (55,8)	53 (54,1)	0,656
Idade (anos)	51,1:12,0	48,0:13,0	0,022
Duração da doença (anos) média: d.p.	21,1:13,2	22,5:12,7	0,501
Duração da terapêutica (anos) mediana (min-max)	2,8 (0,5-14,4)	0,7 (0,2-1,8)	<0,001
IMC (kg/m ²) média: d.p.	26,1:4,4	26,2:4,8	0,927
Co-Morbilidade n (%)			
HTA	49 (15,6)	7 (14,0)	0,942
DM	17 (5,4)	3 (6,0)	0,745
Dislipidemia	9 (2,9)	0 (0,0)	0,617
DCV	17 (5,4)	1 (2,0)	
Mortalidade n (%)	7 (1,4)	0 (0,0)	0,607
Motivo de descontinuação n (%)			
Morte	7 (35,0)	0 (0,0)	0,045
Final de Follow-up	11 (55,0)	0 (0,0)	
Transferência	2 (10,0)	0 (0,0)	
Retenção de Tratamento n (%)			
Não	224 (45,1)	16 (16,3)	< 0,001
Sim	262 (52,9)	82 (83,7)	

d.p.: desvio padrão; IMC: índice massa corporal; HTA: Hipertensão arterial; DM: Diabetes mellitus; DCV: Doença Cardio-Vascular

• Tabela 2 - ASDAS Etanercept original vs. Biossimilar

ASDAS (média:d.p.)	Etanercept*	Biossimilar**	P
T0	3,66:0,89	3,51:0,89	0,227
6m	1,94:0,90	1,92:0,82	0,882
1a	1,89:0,88	1,74:0,92	0,320
2a	1,88:0,86	2,01:1,15	0,593

*2a vs. 1a: $p=0,766$; 2a vs. 6m: $p=0,669$; 2a vs. T0: $p<0,001$; 1a vs. 6m: $p=0,657$; 1a vs. T0: $p<0,001$; 6m vs. T0: $p<0,001$.

**2a vs. 1a: $p=1,000$; 2a vs. 6m: $p=0,362$; 2a vs. T0: $p=0,006$; 1a vs. 6m: $p=0,456$; 1a vs. T0: $p<0,001$; 6m vs. T0: $p<0,001$.

PO 17 - OTIMIZAÇÃO DA DOR NA ARTRITE REUMATÓIDE: O PAPEL DO SONO

André Teixeira¹; Ana Almeida Pereira¹; Mariana Castro Martins¹; Denise Seixas de Marruaz¹; Catarina Miguéns¹
1. Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

Introdução: A artrite reumatóide é uma doença infla-

matória sistêmica caracterizada principalmente por dor articular e incapacidade funcional. Sabe-se que o controlo algico depende de múltiplos fatores incluindo a atividade inflamatória, a presença de comorbilidades e a qualidade do sono. Por este motivo, a relação entre o controlo da doença e os distúrbios do sono tem sido amplamente estudada, estando demonstrado que a dor se relaciona intimamente e de forma bidirecional com a privação de sono.

Objetivos: Compreender o impacto dos distúrbios do sono na percepção da dor em doentes com artrite reumatóide.

Material e métodos: Revisão bibliográfica não sistemática através da pesquisa na plataforma MEDLINE®/Pubmed® utilizando os termos “pain”, “sleep disturbance”, “sleep deprivation” e “rheumatoid arthritis”. Após análise do *abstract* foram selecionados 18 artigos publicados nos últimos 20 anos, escritos em inglês.

Resultados: Os doentes com artrite reumatóide têm um aumento significativo da prevalência de distúrbios do sono, nomeadamente sono não reparador, despertares frequentes, insónia e hipersónia que se relacionam com a atividade inflamatória, dor, comorbilidades e terapêuticas farmacológicas instituídas. A privação do sono associa-se a alteração da percepção da dor, relacionando-se com um estado de hiperalgesia e diminuição da resposta analgésica, além de alterações de humor, agravamento do cansaço e da atividade da doença. Por outro lado, o mau controlo da doença e da dor resultam em alterações do sono, pior qualidade de vida, maior fadiga e incapacidade funcional.

Discussão/Conclusões: É fundamental estar alerta para as consequências da privação de sono no controlo da dor na artrite reumatóide. A prevenção e o tratamento dos distúrbios do sono têm assim um papel central, pelo que devem ser integrados de forma sistemática na avaliação e otimização da dor nestes doentes.

PO 18 - DOR MISTA NA ARTRITE REUMATÓIDE

Raquel Baptista Leite¹; Ana Paes de Vasconcellos¹; João Pires¹; Catarina Moita¹; Violeta Florova¹; Ana Dantas¹

1. USF São Martinho de Alcabideche - ACES Cascais

Introdução: Com os objetivos de iniciar terapêutica precocemente e referenciar adequadamente os doentes, importa que perante um quadro de artralgiias, em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), seja realizada uma anamnese e exame objetivo completo, para que o pedido de meios complementares de diag-

nóstico seja direcionado para as hipóteses de diagnóstico mais prováveis. A presença de sintomas há mais de 6 semanas, a rigidez matinal com duração superior a 30 minutos e a presença de sinais inflamatórios articulares, direcionam o raciocínio clínico para um padrão inflamatório de doença reumatológica. O envolvimento de uma ou mais articulações, a distribuição anatómica e respetiva simetria, bem como a presença de sintomatologia extra-articular, também auxiliam a orientação das hipóteses de diagnóstico.

Caso Clínico: Sexo masculino, 46 anos, serralheiro, ex-fumador com antecedentes pessoais de doença do refluxo gastroesofágico, sem medicação habitual. Alergia ao iodo. História familiar de irmã com artrite reumatóide (AR). Recorre à consulta da médica de família (MF) por cervicalgia e poliartalgias simétricas das articulações metacarpofalângicas (MCF), interfalângicas proximais (IFP) e metatarsofalângicas (MTF) incapacitantes, com um mês de evolução e rigidez matinal prolongada (mais de 30 minutos). Parestesias e hipoestésias bilaterais dos membros inferiores mais lateralizada à esquerda e xerostomia associada. Foi medicado com naproxeno 500 mg bid e pedido estudo analítico orientado para artrite inicial que revelou fator reumatóide (FR) positivo (22,4 UI/dL) e anti-CCP positivo (524,0 UA/mL), PCR 1.04 mg/dL, VS 7 mm, ANAs negativo, serologias virais negativas e proteinograma normal. Foi referenciado à reumatologia, onde se confirmou o diagnóstico de AR e se iniciou prednisolona 5 mg bid e cálcio + vitamina D e, posteriormente foi adicionado metotrexato (MTX) 12.5 mg e ácido fólico 10 mg 1x/semana com melhoria clínica, exceto da hemihipoestesia dos membros superior e inferior esquerdo. Optou-se por internamento para investigação das hipóteses diagnóstica de mononeuropatia múltipla. Realizou-se ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE) que detetou lesão ocupando espaço parassagital fronto-parietal direita com 4 cm de maior diâmetro, tendo sido referenciado a consulta de neurocirurgia. Após a alta apresentou crises parciais simples, tendo sido medicado com levetiracetam 1000 mg bid, e agravamento da parésia crural esquerda. Foi submetido a craniotomia e excisão de meningioma com melhoria clínica da sintomatologia, tendo tido alta da neurocirurgia. A MF contactou com o neurocirurgião que deu indicação para fisioterapia no ambulatório.

Discussão: Os doentes com AR apresentam classicamente uma dor do tipo inflamatória em 3 ou mais articulações, simétricas, mais frequentemente as MCF, IFP e MTF, com FR e/ou anti-CCP positivo, elevação

de PCR ou VS e com uma duração superior a 6 semanas. Apesar deste quadro clássico, sabe-se que pode existir uma dor mista, com componente nociceptiva e neuropática, por exemplo, consequente a um síndrome do túnel cárpico por deformação articular. A dor neuropática (DNe) é descrita como dormência, formigamento, picada, queimadura, compressão ou choque elétrico, e é causada por lesão do sistema somatossensorial. Neste doente, admitiu-se AR, tendo melhorado clinicamente com a terapêutica, à exceção da hemihipoestesia. Foi feito o diagnóstico de meningioma, tumor primário do cérebro mais frequente, localizado neste doente no espaço parassagital fronto-parietal direito de 4 cm de maior diâmetro, que justificava os sintomas remanescentes.

Conclusões: Apesar da AR poder justificar a DNe destes doentes, um diagnóstico diferencial cuidadoso é fundamental, já que a causa destes sintomas pode não ter correlação com a AR e implicar, por exemplo, intervenção cirúrgica precoce. Importa também referir que a cooperação entre MF, reumatologia e neurocirurgia reforçam a relevância das respostas multidisciplinares.

PO 19 - REFERENCIAÇÃO PARA A ESPECIALIDADE DE REUMATOLOGIA – QUANDO E COMO?

Mariana F. Santos¹; Sofia Tomé²

1. USF Linha de Algés; 2USF São Julião

As doenças Reumáticas são alterações do aparelho músculo-esquelético de causa não traumática, que podem ter formas de apresentação aguda, crónica ou recorrente, podem igualmente afetar indivíduos de ambos os sexos e de todas as idades.

Tratam-se das doenças crónicas mais prevalentes em Portugal e constituem um dos motivos principais da consulta nos cuidados de saúde primários.

Em 2016 foi desenvolvido um estudo (*EpiReumaPt*) a nível nacional que estimou que as doenças reumáticas mais prevalentes são, por ordem decrescente de prevalência: lombalgia (26,4%), patologia periarticular (15,8%), osteoartrose do joelho (12,4%), osteoporose (10,2%), osteoartrose da mão (8,7%), osteoartrose da anca (2,9%) e fibromialgia (1,7%).

Ainda assim, apesar da sua grande prevalência, estas patologias estão subdiagnosticadas no nosso país e detectam-se fortes assimetrias geográficas na insuficiência de diagnóstico.

Estas doenças estão fortemente associadas queixas algícas, por vezes, incapacitantes, a sintomas depressi-

vos/ansiosos e impacto negativo na qualidade de vida. Paralelamente, são também uma importante causa de absentismo laboral e reformas por incapacidade.

Para além disso, são doenças que incapacitam um número considerável de utentes, ficando os mesmos dependentes de terceiros para a satisfação das suas atividades de vida diária, e estão associadas a grandes gastos em saúde, quer de recursos quer de fármacos.

Assim, é de extrema importância referenciar atempadamente e adequadamente os utentes que necessitam de cuidados de especialistas desta área para prevenir, tratar ou pelo menos não agravar o prognóstico de algumas destas doenças reumatológicas.

Tal como, é importante também estabelecer prioridades tendo em consideração a patologia, o utente e todo o seu contexto. O envelhecimento da população, o aumento da complexidade terapêutica e o seguimento de muitos destes doentes reforçam estas necessidades.

Este trabalho tem como finalidade a otimização da articulação entre os cuidados de saúde primários e a especialidade de Reumatologia para um melhor e eficaz acesso aos cuidados de saúde por parte dos utentes, isto é, melhorar a referenciação destes utentes aos cuidados de saúde hospitalares, bem como a boa comunicação entre estes cuidados e os cuidados de saúde primários. Assim, a primeira linha desta boa articulação é uma detalhada referenciação com a caracterização dos sintomas, duração, articulações afetadas, ritmo da dor, duração da rigidez matinal, sintomas constitucionais, envolvimento de outros órgãos/sistemas, antecedentes pessoais e familiares, exames complementares de diagnósticos e abordagem terapêutica.

Tornando-se fundamental, uma prescrição de métodos complementares de diagnóstico em concordância com as hipóteses diagnósticas colocadas, para suportar uma melhor referenciação para os cuidados de saúde hospitalares e com isso, promover um diagnóstico e/ou um tratamento o mais precoce possível.

PO 20 - USO DA CICLOBENZAPRINA NA FIBROMIALGIA - UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Sofia Tomé¹; Mariana F. Santos²; Marina Faria³;

Catarina Brás Carvalho⁴; Leonor Farinha¹

1. USF S. Julião

2. USF Linha de Algés

3. USF Lusa

4. UCSP Linda-à-Velha

Introdução: A fibromialgia (FM) é uma doença mús-

culo-esquelética cuja prevalência é 2,7%, sendo superior no sexo feminino (3:1). Caracteriza-se por dor crónica generalizada, hiperalgesia, alodínia, perturbação do sono, fadiga e ansiedade. O diagnóstico baseia-se em critérios clínicos e a abordagem terapêutica não está bem definida. A ciclobenzaprina (CYB) é um relaxante muscular utilizado na FM para o controlo da dor e sono. Este trabalho tem como objetivo esclarecer a evidência do uso de CYB no tratamento da FM.

Metodologia: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *Bandolier*, *BMJ Best Practice*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines*, *DARE*, *National Guideline Clearinghouse*, *NICE*, *PubMed* e *The Cochrane Library*, limitada aos artigos publicados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019, em inglês, utilizando as palavras *MeSH: fibromyalgia* e *cyclobenzaprine*. Os resultados foram classificados segundo a taxonomia SORT (*Strength of Recommendation Taxonomy*) da *American Family Physician*.

Resultados: Da pesquisa resultaram 50 artigos. Foram excluídos 3 por duplicação; 36 após leitura do título e resumo; 6 por incumprimento dos critérios de inclusão. Foram considerados 5 artigos: 2 Revisões Clássicas (RC) e 1 Revisão Sistemática (RS) mostram algum benefício na melhoria da perturbação do sono (NE 2); 1 RS aponta melhoria da lombalgia associada à FM (NE 2); 1 RC não mostra eficácia da CYB no tratamento da FM (NE 3).

Discussão: Conclui-se que não há evidência para o uso da CYB no tratamento da FM (SORT B), porém a sua utilização também não é desaconselhada. Estudos mostram melhoria nas perturbações do sono e na capacidade funcional global dos doentes, ainda que sem eficácia no controlo algico; ausência de diferença significativa quanto à eficácia e/ou segurança, quando comparada com outros fármacos; elevada taxa de abandono por efeitos adversos; incerteza quanto à posologia mais adequada.

PO 21 - OSTEOPOROSE FRATURÁRIA ASSOCIADA À GRAVIDEZ

José Luís Ferraro Junqueira¹; Tiago Costa¹; Sílvia Fernandes¹; António Alves de Matos¹

1. Serviço de Reumatologia do Hospital Beatriz Ângelo, Loures

Introdução: A osteoporose associada à gravidez (OAG) é uma condição rara que surge em contexto de perda de massa óssea que ocorre, habitualmente, de forma transitória durante a gravidez. Esta condição pode le-

var à ocorrência de fraturas de fragilidade durante o 3º trimestre da gravidez ou puerpério. A sua etiopatogenia é desconhecida, embora, alterações fisiológicas da gravidez, fatores genéticos ou a presença de doenças obstétricas concomitantes, possam contribuir para o aparecimento desta entidade.

Caso clínico: Relata-se o caso clínico de uma mulher, de 33 anos, caucasiana, não fumadora, com antecedentes de endometriose e de um aborto espontâneo, menarca aos 13 anos e sem antecedentes familiares de relevo, medicação crónica ou utilização habitual de contraceptivos orais. Foi encaminhada para a consulta de Reumatologia por dorso-lombalgia de ritmo mecânico, com progressiva incapacidade funcional. O quadro terá sido iniciado 2 meses antes, altura em que foi submetida a parto eutócico que decorreu sem intercorrências. Tratava-se de uma doente sem antecedentes cirúrgicos ou de trauma prévio e com índice de massa corporal de 23 kg/m². Terá sido medicada sintomaticamente com analgésicos e anti-inflamatórios com ligeira melhoria. Ao exame objetivo, sem alterações de relevo, nomeadamente défices de força ou alterações da sensibilidade. O estudo subsequente do metabolismo fosfo-cálcico, função tiroideia, renal e hepática não revelou qualquer alteração assim como os parâmetros inflamatórios, estudo imunológico e hormonal. Para melhor esclarecimento das queixas realizou radiografia da coluna dorso-lombar que revelou fraturas compressivas de D5-D9 e L2, confirmadas posteriormente em ressonância magnética nuclear dorso-lombar. Realizou densitometria óssea que demonstrou uma redução significativa do Z-score da coluna lombar L1-L4 (-3.4) e colo fémur (-2.2), compatível com osteoporose grave. Foi discutido caso com grupo de Ortopedia da coluna, tendo sido considerado não haver indicação cirúrgica. Foram recomendadas medidas não farmacológicas (dieta, exercício físico adaptado, evicção tabagismo) e suplementação com cálcio e vitamina D, assim como iniciado tratamento com teriparatide na dose de 20 ug subcutâneo diário.

Conclusões: Por se tratar de uma situação pouco frequente, a OAG pode passar muitas vezes despercebida uma vez que muitas vezes o primeiro sinal é a ocorrência de uma fratura. Reforça-se a importância de não esquecer esta entidade no diagnóstico diferencial da lombalgia que surge durante o 3º trimestre da gravidez ou período pós-parto precoce, mesmo na ausência de fatores de risco clássicos para osteoporose. O início precoce de terapêutica dirigida é essencial para prevenir a ocorrência de novas fraturas osteoporóticas e, conse-

quentemente, evitar futuras sequelas daí resultantes.

PO 22 - DOENÇA DE STILL DO ADULTO: UMA CAUSA DE SÍNDROME FEBRIL INDETERMINADO

José Luís Ferraro Junqueira¹; Rita Sérgio²; Salomão Fernandes²; Tiago Costa¹; Sílvia Fernandes¹; Ana Rita Silva²; Raquel Tavares²; Paulo Rodrigues²; António Alves de Matos¹

1. Serviço de Reumatologia do Hospital Beatriz Ângelo, Loures
2. Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Beatriz Ângelo, Loures

Introdução: A Doença de Still do Adulto (DSA) é uma doença inflamatória sistémica rara, que, na maioria dos casos (75%), se apresenta com febre recorrente, rash cutâneo evanescente e artralgias/artrite. A apresentação da DSA como síndrome febril indeterminado requer um elevado grau de suspeição clínica para o seu diagnóstico e a exclusão de outras entidades mais prevalentes, como doenças infecciosas, neoplásicas ou outras doenças inflamatórias sistémicas.

Caso clínico: Relata-se o caso clínico de um homem, 55 anos, agricultor, com antecedentes de brucelose, sem medicação crónica. Foi admitido no SU por febre recorrente (1 pico diário 38.5-39.3°C), fadiga e mialgias/artralgias de predomínio nos membros inferiores com 2-3 semanas de evolução. Ao exame objetivo, a destacar a presença de hepatomegalia e adenopatias inguinais bilaterais, sem evidência de artrite ou rash, sem alterações na auscultação cardiopulmonar. Foi internado para estudo de síndrome febril indeterminado e completou 14 dias de doxiciclina e ceftriaxone empiricamente e, posteriormente, 18 dias de piperacilina/tazobactam sem resolução da febre. Analiticamente, evidência de anemia normocítica normocrómica (hemoglobina 6.8 g/dl; VGM 91 fl), leucocitose 15000/L com neutrofilia 83%, trombocitose $565 \times 10^9/L$, elevação VS 118 mm/h e PCR 20.78 mg/d, ferritina de 1322 ng/ml e alterações de novo das enzimas hepáticas e parâmetros de colestase (AST 782 UI; ALT 562 UI; FA 904 UI; GGT 331 UI). Do ponto de vista infeccioso, colheu 3 hemoculturas, urocultura e coproculturas que se revelaram negativas assim como pesquisa de bactérias atípicas, serologias víricas e *M. tuberculosis*. Para complementar o estudo, foi feita uma biópsia ganglionar em que os exames bacteriológico e micológico foram negativos e ecocardiograma sem sinais de endocardite. Do ponto de vista neoplásico, os marcadores neoplási-

cos foram negativos e a imunofenotipagem do sangue periférico e medula óssea sem células características de neoplasia linfóide madura. O resultado histológico da biópsia ganglionar revelou linfadenite crónica inespecífica. A TC toraco-abdomino-pélvica evidenciou adenomegalias torácicas inespecíficas, hepatomegalia homogénea e a PET não mostrou sinais focalizadores de infeção ou alterações sugestivas de atipia. Do ponto de vista imunológico, evidência de indicadores sugestivos de inflamação sistémica, particularmente com hiperferritinemia e presença de ferritina glicosilada de 12%, com ANA s, ANCA s, FR, antiCCP negativos. Perante a persistência da febre após exclusão de doença infecciosa, doença neoplásica e outras doenças inflamatórias imunomediadas, admitiu-se a hipótese de DSA de acordo com os critérios de Yamaguchi e Fautrel (febre com mais de 1 semana, artralgias, leucocitose >10000 , neutrofilia $>80\%$, adenopatias, elevação enzimas hepáticas, ANA s e FR negativos, ferritina glicosilada $<20\%$). Iniciou anti-inflamatório não esteróide e, posteriormente, prednisolona 30 mg/dia (0.5mg/kg/dia). Após 24h de corticoterapia sistémica, houve franca melhoria sintomática, resolução da febre, regressão dos parâmetros inflamatórios, normalização das enzimas hepáticas e elevação da hemoglobina sérica.

Conclusões: Apesar de ser uma doença rara, a complexidade do caso obriga a uma abordagem multidisciplinar tendo como objetivo a melhor orientação do doente. A ausência de especificidade dos sintomas, implica um exaustivo diagnóstico diferencial, com exclusão de entidades mais frequentes. A ferritina glicosilada pode ter um papel importante no diagnóstico da DSA, particularmente em apresentações mais atípicas. Assim, reforça-se a importância de pensar na DSA perante um quadro de febre recorrente, particularmente na ausência de resposta à terapêutica antibiótica empírica, exclusão de microrganismo causador ou neoplasia, e quadro de inflamação sistémica com boa resposta à corticoterapia sistémica e com estudo imunológico negativo.

PO 23 - ESCLEROSE SISTÉMICA NAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE DA BEIRA INTERIOR

Sara P. Dinis¹; Ana S. Pinto¹; Margarida A. Oliveira²; Filipe C. Santos¹; Cláudia Vaz³; Joana F. Ferreira³; Pedro Abreu⁴

1. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda
2. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da

Beira Interior

3. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

4. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: A esclerose sistémica (ES) é uma doença multissistémica rara, com expressão variável, que se caracteriza pela deposição excessiva de colagénio, com consequente fibrose da pele e outros tecidos, alterações microcirculatórias e imunitárias.

Objetivos: Descrever as características epidemiológicas, clínicas e serológicas de uma amostra de doentes com ES seguidos em consulta de Reumatologia nas Unidades Locais de Saúde (ULS) da Beira Interior (Castelo Branco e Guarda).

Material e métodos: Estudo transversal e retrospectivo em que foram avaliados 45 doentes com ES e classificados nas seguintes formas clínicas: ES cutânea limitada (EScl), ES cutânea difusa (EScd), ES sem escleroderma (ESss), ES pré-clínica e síndrome de sobreposição. Foram analisadas as características epidemiológicas, clínicas, perfil imunológico e a terapêutica em curso. A análise estatística foi realizada com recurso ao programa IMB SPSS 27.

Resultados: Incluídos 45 doentes; 37 mulheres (82.2%); com idade média de 62.0 ± 15.4 anos. A idade média das primeiras manifestações da doença foi de 50.3 ± 15.4 anos e a idade média no momento do diagnóstico foi de 56.6 ± 15.1 anos.

Verificou-se um predomínio da EScl, observada em 48.9% dos doentes, seguindo-se a ES pré-clínica em 28.9%, a EScd em 15.6% e a ESss em 4.4%. Observámos ainda 1 (2.2%) caso de síndrome de sobreposição com artrite reumatoide.

Entre as manifestações mais frequentes, o fenómeno de *Raynaud* (FR) estava presente em 32 (71.1%) doentes, seguido do espessamento cutâneo e do envolvimento articular, ambos em 55.6%, e das telangiectasias (44.4%). Dos 19 (42.2%) doentes que realizaram capilaroscopia, 13 (68.4%) apresentaram padrão compatível com ES.

11 (24.4%) doentes apresentaram envolvimento pulmonar – hipertensão arterial pulmonar foi encontrada em 5 (11.1%) e doença pulmonar intersticial em 8 (17,8%) doentes; em 2 casos coexistiram o envolvimento intersticial e vascular.

Relativamente à apresentação inicial da doença, tam-

bém se verificou um predomínio do FR, observado em mais de metade (62.2%) dos doentes, seguido das artralgias (24.4%) e do espessamento cutâneo (4.4%).

Quanto aos anticorpos, encontramos as seguintes prevalências: anticorpos anti-nucleares (ANA) em 44 (97.8%) casos, com predomínio dos anticorpos anti-centrómero (ACA), presentes em 27 (60%) doentes; anti-topoisomerase I (anti SCL70) em 10 (22.2%) e anti-RNA polimerase III em 2 (4.4%). Em 6 (13.3%) doentes identificámos a presença de outros auto-anticorpos, nomeadamente de anti-Pm/Scl, anti-Ku, anti-Th/To e anti-Mi-2.

Os ACA estavam presentes em 68.2% dos doentes com EScl e em 42.9% dos doentes com EScd e os anti SCL70 em 13.6% e em 57.1% dos doentes com EScl e EScd, respetivamente.

Em relação ao tratamento farmacológico, 30 (66.7%) doentes estavam sob terapêutica imunossupressora; 46.7% realizava corticoterapia, 22.2% metotrexato, 17.8% hidroxicloroquina. O micofenolato mofetil, a azatioprina e o rituximab eram realizados por 1 (2.2%) doente, cada.

Relativamente à terapêutica vasodilatadora, realizada por 51.1% amostra, a pentoxifilina foi o fármaco mais utilizado, em 42.2% dos doentes, seguindo-se da amlodipina e nifedipina, em 11.1% e 6.7% dos doentes, respetivamente, o iloprost, em 4.4%, o sildenafil e tadalafil, cada um em 2.2% dos doentes.

Conclusão: Conforme descrito na literatura, também nesta amostra existe um predomínio do sexo feminino e a EScl representa a maioria dos casos. Relativamente aos autoanticorpos, observámos uma maior prevalência dos ACA na EScl e do anti SCL70 na EScd.

PO 24 - GRANULOMATOSE COM POLIANGÉITE – QUANDO SUSPEITAR?

Helena Assunção¹; Mariana Luís¹; Ana Rita Prata¹; Luísa Brites¹; Liliana Saraiva¹; Marlene Sousa¹; Maria João Salvador¹; João Rovisco¹

Introdução: A granulomatose com poliangéite (GPA), previamente denominada de granulomatose de Wegener, constitui uma vasculite multissistémica necrotizante rara e de etiologia desconhecida que afecta predominantemente vasos de pequeno e médio calibre. Pode seguir um curso rapidamente progressivo e potencialmente fatal, impondo a necessidade de diagnóstico e terapêutica atempados. As manifestações das vias aéreas superiores, incluindo sinusite, lesões orais e otite média, são as manifestações inaugurais mais co-

Plaquetas (uL)	345.000	760.000	415.000	307.000	230.000	300.000	304.000
VS (mm ³ /h)	14	133	120	114	6	61	88
PCR (mg/dL)	5,3	8,3	21,85	5,1	0,11	5,9	5,4
Creatinina (mg/dL)	0,83	1,8	0,42	0,9	0,8	0,68	0,9
ANA (IFI)	-	-	+	-	-	-	-
FR (UI/mL)	15	215	ND	ND	ND	68	136
c-ANCA (IFI)	++++	++++	+++	-	-	++++	-
p-ANCA (IFI)	-	-	-	++++	-	-	-
anti-PR3 (UI/mL)	45	51,7	77	-	-	106	-
anti-MPO (UI/mL)	-	-	-	> 100	-	-	-
C3 (g/L)	1,46	ND	2,11	Dentro valores referência	0,99	ND	Dentro valores referência
C4 (g/L)	0,19	ND	0,38	Dentro valores referência	0,23	ND	Abaixo valores referência
Proteinúria (mg/24h)	3374	1200	150	480	48	6063	115
Sedimento urinário com alterações*	Eritrocitúria (49/campo) Cilindrúria	Eritrocitúria (10/campo)	Eritrocitúria (15/campo)	-	-	Eritrocitúria (72/campo)	-
Radiografia torácica com alterações*	Nódulo pulmonar	Nódulo pulmonares	-	-	-	-	Nódulo pulmonar +cavitação
Achados TC/RMN	TC tórax revelando granuloma TC CE e SPN revelando rinosinusite e polipose nasal	TC tórax revelando nódulos pulmonares cavitados	TC SPN inflamação granulomatosa RMN CE e órbitas paquí-meningite	TC órbitas revelando lesão granulomatosa na base das órbitas TC SPN pansinusite	TC – CE processo tecidual expansivo na fossa posterior; pequena lesão na órbita	TC SPN inflamação granulomatosa	TC tórax massa segmento apical lobo inferior esquerdo TC SPN pansinusite
Biópsia com inflamação granulomatosa	Não realizada	+ (nódulo pulmonar e septo nasal)	-	+ (mucosa nasal)	+ (lesão SNC e mucosa nasal)	Não realizada	+ (pulmão, mucosa laringea)
Biópsia renal	GNF crescêntica	-	GNF mesangio proliferativa	Não realizada	Não realizada	GNF crescêntica	Não realizada
BVAS inicial (0-63)**	31	29	21	13	8	27	11

muns da GPA, mas a apresentação pode ser tão variada que a lista de diagnósticos diferenciais é ampla, incluindo outras vasculites, patologias infecciosas e neoplásicas.

Objetivo: Descrever as manifestações inaugurais de doentes seguidos com GPA num centro terciário de Reumatologia.

Materiais e Métodos: Foram incluídos todos os doentes com diagnóstico clínico inequívoco de GPA seguidos em consulta de Reumatologia. Dados clínicos, analíticos e imagiológicos relevantes relativos ao momento do diagnóstico foram colhidos retrospectivamente através da consulta do processo clínico e do Reuma.pt.

Resultados: Foram identificados sete doentes e des-

Tabela 1. Características clínicas, radiológicas e laboratoriais dos doentes incluídos no momento do diagnóstico

Casos	1	2	3	4	5	6	7
Sexo	M	M	F	M	M	M	M
Idade (anos)	59	41	40	41	43	43	59
Tempo até ao diagnóstico (meses)	2	9	11	30	59	1	2
Status fumador/ ex-fumador	+	+	+	+	+	-	-
Crítérios ACR 1990	3/4	4/4	2/4	2/4	2/4	2/4	3/4
Achados clínicos							
Sintomas constitucionais	+	+	-	+	+	+	+
Envolvimento musculoesquelético	+	+	-	-	-	+	-
Envolvimento cutâneo	+	-	-	-	-	-	+
Envolvimento ocular	-	+	+	+	-	+	-
Envolvimento ORL	+	+	+	+	+	+	+
Deformidade em sela	-	+	+	+	+	-	-
Envolvimento pulmonar	+	+	-	+	-	-	+
Envolvimento cardiovascular	-	+	-	-	-	-	-
Envolvimento gastrointestinal	-	-	-	-	-	-	-
Envolvimento genitourinário	+	+	+	+	-	+	+
Envolvimento SNC	-	-	+	-	+	-	-
Envolvimento SNP	Mononeurita múltipla	-	-	-	-	-	-
Achados laboratoriais e radiológicos							
Hemoglobina (g/dL)	13,0	9,8	10,9	11,1	15,0	11,0	11,8
Leucócitos (uL)	15100	10900	11200	11000	6200	7500	7400

Legenda: ACR – American College of Rheumatology; ANA – anticorpos antinucleares; ANCA – anticorpos anticitoplasma de neutrófilos; BVAS – Birmingham Vasculitis Activity Score; F – feminino; CE – crânio-encefálica; GNF – glomerulonefrite FR – fator reumatoide; IFI – imunofluorescência indirecta ; M – masculino; MPO – mieloperoxidase; ND – não disponível; ORL – ouvido, nariz e garganta; PCR – proteína C reactiva; PR3 – proteinase 3; RMN – ressonância magnética; SNC - sistema nervoso central; SNP - sistema nervoso periférico; SPN – seios perinasais; TC – Tomografia Computorizada; VS - velocidade de sedimentação; * - nodulos, infiltrados fixos ou cavidades; ** hematuria microscopica ou cilindros hemáticos na urina;*** score > 8 indica vasculite em atividade; + presente/positivo; - ausente/negativo.

critas as suas manifestações clínicas, laboratoriais e radiológicas inaugurais na Tabela 1. Relativamente à caracterização sociodemográfica da amostra de doentes, a média de idades ao diagnóstico foi de 46,68,6 anos. O tempo decorrido desde o início dos sintomas até ao diagnóstico variou entre os 2 e os 59 meses, com uma média de 17,1 meses e mediana de 9 meses. O tabagismo atual ou prévio, reconhecido factor de risco para a doença, foi prevalente nesta amostra de doentes (5/7). Relativamente às características clínicas, a presença de manifestações das vias aéreas superiores foi ubiqüitária, sendo frequentes as manifestações constitucionais (5/7), pulmonares (4/7) e oculares (4/7). O atingimento renal (4/7), cutâneo (1/7) e do sistema nervoso periférico (1/7) não foi tão prevalente como o reportado para outras vasculites de pequenos vasos e que constituem diagnósticos diferenciais importantes. O *Birmingham Vasculitis Activity Score* médio para a manifestação inaugural foi de 209,4. Analiticamente, é de realçar a presença de uma resposta inflamatória sistémica, manifestada pela elevação dos marcadores inflamatórios (7/7), leucocitose (5/7) e anemia (6/7), bem como a positividade para c-ANCA (4/7) e anti-PR3 (4/7). Em 3 doentes o diagnóstico foi estabelecido sem comprovação de inflamação granulomatosa em biópsia de amostra tecidual.

Discussão/Conclusões: A presença de sinais e sintomas de vasculite em associação a queixas das vias aéreas superiores deve levantar a suspeita desta patologia. É importante o conhecimento das diferentes manifestações inaugurais, devendo considerar estas diversidades nos casos suspeitos, uma vez que o diagnóstico e terapêutica atempados podem ter impacto significativo na qualidade de vida e sobrevida dos doentes.

PO 25 – PROCEDIMENTOS INVASIVOS NA FASCEÍTE PLANTAR – QUANDO PASSAR À SEGUNDA LINHA E QUAL A MELHOR OPÇÃO?

Madalena Rangel¹; José Oliveira Pratas¹; Filipa Narra Pisa¹; Fernando Fonseca¹

1. Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: A fasceíte plantar (FP) é uma patologia musculoesquelética com elevada prevalência, afetando 1 em cada 10 indivíduos, sobretudo entre os 40-60 anos de idade e em subpopulações como os doentes Reumatológicos. A sua etiologia é multifatorial e inclui processos degenerativos, inflamação crónica, sobreuso

e microtrauma. O tratamento de primeira linha consiste numa abordagem conservadora farmacológica com anti-inflamatórios orais e/ou tópicos, programa de reabilitação (alongamento da fásia plantar e tricípites sural, crioterapia, técnicas de massoterapia manual, eletroterapia), ajuste do calçado, uso de ortóteses e perda ponderal. Até 80% dos casos apresentam melhoria e resolução do quadro em 12 meses, sendo apenas necessária a manutenção de medidas de prevenção de novos episódios. No entanto, os restantes casos mantêm-se refratários, sendo muitas vezes necessário recorrer a opções invasivas.

Objetivos: Compreender qual o papel dos procedimentos invasivos no tratamento da FP e quais as melhores opções segundo a literatura mais recente.

Material e Métodos: Pesquisa Pubmed utilizando os termos “*plantar fasciitis*” e “*injection*” e para estudos publicados entre 1 de janeiro de 2015 e 30 de outubro de 2020. Obtidos 140 artigos dos quais 107 foram considerados relevantes e com metodologia apropriada após análise do resumo.

Resultados: A injeção de corticoides (CCT) é a opção mais estudada e aplicada na prática clínica. Os fármacos mais utilizados são a dexametasona e a betametasona, no entanto não parece existir um perfil de superioridade entre CCT. Apesar da redução da dor e melhoria na função, é de realçar o curto tempo de benefício e as complicações como a atrofia de tecidos moles, ruptura da fásia plantar e osteomielite do calcâneo. A toxina botulínica (BTx) tem sido cada vez mais estudada, inclusive com ensaios comparativos com os CCT, obtendo melhores resultados na redução da dor e durante mais tempo. A aplicação de plasma rico em plaquetas (PRP) é igualmente útil na redução da dor e estudos comparativos mostram que a sua aplicação é pelo menos tão eficaz como os CCT, sendo os seus benefícios mais prolongados no tempo. A punção seca e a proloterapia têm vindo a ser sugeridas, apresentando resultados favoráveis, no entanto os estudos são ainda escassos para suportar o seu uso de uma forma transversal. De um modo geral, a literatura revela que os CCT são uteis na redução da dor curto prazo (<3 meses), não oferecendo benefícios posteriormente, pelo que o seu uso deve ser cada vez mais reduzido. A médio prazo (3-6 meses) a BTx é opção com maior redução da dor e melhoria na função, sendo o seu uso ainda limitado pelos custos associados. De forma semelhante, a aplicação de PRP apresenta o melhor perfil a longo prazo (>6 meses), estando também limitado o uso pelo custo, técnica de processamento e disponibi-

lidade. No que diz respeito à aplicação, as técnicas ecoguiada são superiores às guiadas por referências anatômicas, não existindo no entanto um consenso relativamente ao ponto de injeção (ponto doloroso, inserção da fâscia plantar, abaixo/acima da fâscia, etc).

Discussões/Conclusões: As opções minimamente invasivas têm vindo a ser cada vez mais aplicadas na prática clínica com resultados importantes e uma redução franca dos casos cirúrgicos. Existe ainda uma lacuna sobre a fase em que devem ser utilizados, qual o doente alvo e quais as técnicas que conferem maior benefício, em especial a longo prazo. Apesar desta lacuna, a literatura mostra que utilização disseminada de CCT está a ser suplantada pelas novas técnicas, que oferecem uma eficácia mais prolongada e com um melhor perfil de segurança, estando frequentemente limitadas pelo custo elevado e baixa disponibilidade. Importa realizar mais estudos sobre estas opções e ainda compreender o papel na associação de diferentes tratamentos nas diversas fases, nomeadamente entre opções de primeira e segunda linha

PO 26 - TERAPÊUTICAS MINIMAMENTE INVASIVAS NA EPICONDILITE REFRETARIA – QUAL A EVIDÊNCIA?

Madalena Rangel¹; José Oliveira Pratas¹;

Filipa Narra Pisa¹; Fernando Fonseca¹

1. Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: A Epicondilite é a patologia mais frequente do cotovelo, com uma prevalência de 1.5 casos por 10,000 indivíduos. Resulta de processos mecânicos de sobreuso, em especial sobrecarga excêntrica dos músculos extensor radial do carpo e extensor comum dos dedos, que pela proximidade do epicôndilo lateral apresentam uma rede vascular pobre. A sintomatologia mais comum é de dor na face lateral do cotovelo, agravada à palpação do epicôndilo lateral e inserção dos extensores, com redução da força na extensão do punho e dedos. Este quadro conduz frequentemente a incapacidade laboral e nas atividades de vida diária. O tratamento de primeira linha inclui repouso, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) orais e/ou tópicos, programa de reabilitação, utilização de órteses estabilizadoras e alterações na ergonomia ou gesto técnico desportivo. Apesar destas medidas, os casos refratários são muito frequentes, a maioria com necessidade de terapêuticas minimamente invasivas (TMI) e destes, 5-15% com necessidade de intervenção cirúrgica.

Objetivos: Analisar a evidência mais recente para a aplicação de TMI na epicondilite refrataria.

Material e Métodos: Pesquisa Pubmed utilizando os termos “chronic”, “refractory” e “epicondylitis” para estudos publicados nos últimos 3 anos. Obtidos 66 artigos dos quais foram selecionados 36 após análise do resumo.

Resultados: A injeção de corticoides (CCT) tem sido utilizada de uma forma transversal na prática clínica com benefícios na redução da dor a curto prazo. Estudos referem uma melhoria do quadro algico em >90% dos doentes às 4 semanas após procedimento, quando comparado com placebo ou AINEs. Estes reduzem a dor através da inibição do processo inflamatório, no entanto, causam uma diminuição na síntese de colágeno e glicosaminoglicanos o que atrasa o processo cicatricial. Consequentemente, a literatura mais recente refere que a utilização de CCT está associada a um prognóstico mais desfavorável a médio-longo prazo, pelo que a sua utilização deverá ser evitada. As ondas choque são uma opção de relevo nestes doentes, apresentando um perfil de segurança-eficácia elevado, com resultados favoráveis em até 75% dos doentes após o primeiro tratamento. A injeção de toxina botulínica (BTx), é aplicada a nível dos músculos extensor ulnar do carpo, longo extensor dos dedos e curto extensor radial do carpo, atuando através da parésia temporária dos músculos, permitindo assim a regeneração tecidual. Quando comparada com CCT os resultados são pelo menos equivalentes e mantidos até às 16 semanas. A Medicina Regenerativa é cada vez mais aplicada nas tendinopatias, em especial o plasma rico em plaquetas (PRP). Este atua através do aumento da angiogénese e recrutamento celular local o que acelera o processo cicatricial. O PRP é eficaz na redução da dor a curto prazo, mas é particularmente eficaz a médio e longo prazo, com superioridade em relação aos CCT, nomeadamente a triamcinolona. Comparando o seu efeito biológico, verifica-se ecograficamente uma redução na espessura dos tendões após aplicação de CCT e um aumento da espessura após PRP, o que possivelmente justifica a manutenção do seu benefício até aos 24 meses. A fenestração ecoguiada consiste na micropunção do tendão e periósteo adjacente com o intuito de estimular o processo cicatricial pela hemorragia local e disrupção das áreas de tendinose. Esta é uma opção com bons resultados (>80% taxa de sucesso), podendo ser associada a outras técnicas como o PRP. A proloterapia com dextrose é também uma opção, verificando-se um perfil de igualdade comparativamente aos CCT mas com

um benefício mais prolongado.

Discussões/Conclusões: As TMI têm vindo a assumir um papel central na abordagem das epicondilites refratárias com consequente redução dos casos cirúrgicos. O PRP em particular parece ter o melhor perfil, com resultados robustos e mantidos a longo prazo. É necessária uma maior disseminação destas técnicas de modo a garantir o acesso dos doentes às mesmas.

PO 27 - PROGRAMA TOMBO: TERAPÊUTICA OCUPACIONAL MULTIDISCIPLINAR COM BENEFÍCIO NA OSTEOPOROSE

Filipe Cunha Santos¹; Ana Sofia Pinto¹; Sara Paiva Dinis¹; Luís Matos²; Carlos Pontinha³; Paula Rocha³; Gina Monteiro³; Isabel Neves³; Ana Rita Batista³; Sérgio Caseiro Anunciação³; Cláudia Vaz¹; Joana Fonseca Ferreira¹

1. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda
2. Serviço de Nutrição, Unidade Local de Saúde da Guarda
3. Serviço de Ortopedia, Unidade Local de Saúde da Guarda

Introdução: A Osteoporose é uma doença complexa e silenciosa, que exige uma abordagem multidisciplinar para a sua correcta gestão: quer do ponto de vista nutricional, recuperação funcional pós-fractura ou tratamento farmacológico. Assim, desenvolvemos um programa inovador que assenta nestes três pilares, com vista a otimizar o tratamento e prevenção de novas fracturas osteoporóticas. Este trabalho sumariza a nossa experiência.

Objectivos: Descrever a implementação de uma consulta tri-partida entre reumatologistas, nutricionistas e enfermeiros de reabilitação, bem como apresentar dados da população à *baseline*.

Material e métodos: Num estudo prospectivo foram avaliados todos os doentes internados entre Setembro de 2019 e Agosto de 2020 no Serviço de Ortopedia da Unidade Local de Saúde da Guarda com fractura de fragilidade. Excluíram-se os doentes sem potencial de recuperação da mobilidade ou défice cognitivo. Os restantes foram incluídos no programa TOMBO, que envolve consultas multidisciplinares, *follow-ups* telefónicos e sessões de literacia para a saúde.

Resultados: Dos 475 doentes avaliados, 32 passaram por uma avaliação inicial (78.1% mulheres, idade média de 79.6±6.3). 36.6% desistiram do programa ou perderam seguimento. Previamente à consulta, 9 doentes

estariam sob terapêutica anti-osteoporótica no momento da fractura incidente. Colo do fémur e punho foram as fracturas mais comuns, sendo que metade dos doentes tinha história de fractura prévia. A média de T-score colo do fémur foi -2.70±0.85 e T-score vertebral -2.00±1.78.

Conclusão: Este trabalho reforça a necessidade de uma melhor gestão das fracturas de fragilidade, dando ênfase a programas de prevenção secundária das mesmas.

PO 28 - DISLIPIDEMIA NA ARTRITE REUMATÓIDE – DE MÃOS DADAS COM O CORAÇÃO

Ariana Rodrigues Afonso¹; Sara P. Dinis²; Ana S. Pinto²; Filipe C. Santos²; Joana F. Ferreira²; Cláudia Vaz²

1. ULS do Nordeste
2. ULS da Guarda

Introdução: As doenças cardiovasculares são uma causa de morbimortalidade importante e a estratégia de prevenção assenta na avaliação do risco cardiovascular (RCV) individual. A dislipidemia tem um papel central na fisiopatologia da DCV sendo a monitorização do colesterol LDL (c-LDL) o método preferencial para a sua monitorização.

As patologias inflamatórias, como a Artrite Reumatóide (AR) contribuem para a instabilidade das placas de ateroma, e verificou-se que esta se associa a um risco acrescido de eventos e morbimortalidade cardiovasculares.

Objectivo: Avaliar fatores de RCV e níveis de c-LDL em doentes com AR seguidos na consulta de Reumatologia da ULS-Guarda e verificar a instituição adequada da terapêutica antidislipidémica, bem como o atingimento do alvo terapêutico de c-LDL.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional de doentes com AR, selecionados consecutivamente, seguidos em consulta de Reumatologia, com pelo menos uma consulta presencial em 2019. Foram consultados os processos clínicos dos doentes para colheita de dados sociodemográficos e clínicos. A estatística descritiva é apresentada pela média ± desvio padrão (variáveis contínuas) e frequências relativas e absolutas (variáveis categóricas).

Resultados: Foram incluídos 234 doentes, 80.8% do sexo feminino. A idade média era de 64.7 ± 12.5 anos e com uma média de duração da doença de 9.7 ± 6.5 anos. Do total de doentes, 27.7% tinham excesso de peso e 28.2% um IMC normal, 13.0% eram diabéticos e 55.5% eram hipertensos. Registou-se toma regular de

TOTAL (n)	CATEGORIA RCV	DOENTES COM ESTATINA			DOENTES COM ESTATINA E FORA DO ALVO DE C-LDL (n)
		Total (n)	c-LDL no alvo (n)	c-LDL fora do alvo (n)	
27	Baixo	1	1	0	11
56	Moderado	24	8	16	22
21	Alto	15	3	12	6
15	Muito alto	12	0	12	3

Tabela 1: Distribuição dos doentes com cálculo de SCORE segundo categoria de risco, terapêutica com estatina e alvo de c-LDL.

Risco baixo: 100% dos doentes que faziam estatina (n=1) tinham o c-LDL dentro do alvo; 40,7% não faziam estatina e não estavam dentro do alvo (n= 11)

Risco moderado: dos doentes com estatina (n=24) 33% encontravam-se no alvo (n=8); 39,3% dos doentes desta categoria não faziam estatina e não tinham o c-LDL no alvo (n= 22)

Risco alto: dos doentes com estatina (n=15) 20% encontravam-se no alvo (n=3); 28,6% dos doentes desta categoria não faziam estatina e não se encontravam no alvo (n=6)

Risco muito alto: dos doentes com estatina (n=12) nenhum se encontrava no alvo; 20% dos doentes desta categoria não faziam estatina nem se encontravam no alvo.

AINEs em 10.6%. Verificou-se que 45.3% se encontravam medicados com estatinas.

Foi calculado o RCV pelo Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) em 119 dos 148 doentes elegíveis (40 aos 70 anos) e distribuídos nas categorias de risco da seguinte forma: baixo em 27 doentes (18.2%); moderado em 56 (37.8%); alto em 21 (14.2%); muito alto em 15 (10.1%). Atingiram o alvo terapêutico de c-LDL 59.3% dos doentes com risco baixo, 32.1% com risco moderado, 14.3% com risco alto e 0% com risco muito alto.

Na tabela 1, estão representadas as categorias do RCV, assim como a existência ou não de terapêutica com estatina e estratificação alvo/fora do alvo nos valores de c-LDL.

Verificou-se que os doentes eram mais frequentemente FR e anti-CCP negativos nas categorias de baixo (44,4%), moderado (60,7%) e alto risco (52,4%). O inverso verificou-se nos doentes de risco muito alto, em que 63,6% eram FR e anti-CCP positivos.

Discussão/Conclusões: Na literatura, vários estudos apontam para um aumento do RCV em doentes com AR. No nosso estudo, verificamos que os doentes com RCV muito alto, definido pelo SCORE, tinham maior probabilidade de não apresentar os valores de c-LDL

nos valores alvo. Verificou-se ainda a existência de doentes estratificados pelo SCORE sem terapêutica anti-dislipidémica instituída e com c-LDL acima do valor ideal de acordo com a categoria de risco. A maior parte dos doentes medicados com estatina não se encontrava com valores de c-LDL nos níveis alvo.

Pretendemos com este estudo alertar para a importância do controlo da dislipidemia em doentes com AR. Um estilo de vida saudável deverá ser recomendado a todos os doentes, incluindo aqueles com RCV baixo e moderado. A avaliação do RCV deverá ser reconsiderada após alterações na terapêutica, uma vez que após o início de bDMARD ou outros fármacos poderá existir um aumento do c-LDL.

PO 29 - QUANDO DUAS DOENÇAS RARAS SE SOBREPÕEM DE FORMA GRAVE

Filipe Oliveira Pinheiro¹; Pedro Madureira¹;
Pedro Rodrigues¹; Delfim Duarte¹; Jorge Almeida¹
1. Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: As doenças do tecido conjuntivo são patologias com um largo espectro de manifestações clínicas e laboratoriais. As síndromes de sobreposição ocorrem quando são preenchidos critérios de diagnóstico

de mais do que uma doença do tecido conjuntivo.

Caso Clínico: Mulher de 59 anos, sem antecedentes de relevo, inicia quadro de síndrome constitucional com perda de 20% do peso corporal, mialgias e artralgias de ritmo misto a nível das mãos e joelhos com 3 meses de evolução, que motivou o recurso ao seu Médico de Família; foi solicitado estudo analítico que mostrou elevação da velocidade de sedimentação (41 mm/1^ah), elevação da TGO e TGP superior a 3 vezes o limite superior da normalidade, CK 1924 U/L, LDH 1622 U/L, ANA 1/1280 com padrão nucleolar. Foi referenciada a consulta hospitalar tendo sido avaliada após um mês, referindo perda ponderal de cerca de 20% nos últimos 3 meses, diminuição da força muscular de predomínio proximal e disfagia orofaríngea para sólidos e líquidos. Foi realizado estudo adicional com anticorpo anti-PM-Scl positivo. Hemograma, ionograma, função renal e tiroideia, restantes enzimas hepáticas, urina tipo II, serologias hepatites B e C e HIV, PCR, anti-dsDNA, anti-ENA, anti-centrómero, anti-histonas e ecografia abdominal não demonstraram alterações. Admitida a internamento hospitalar, onde se verifica a presença de microstomia e diminuição das rugas faciais, mãos com aspeto “mecânico”, sem pitting scars ou úlceras ativas, esclerose cutânea distal às metacarpofalângicas, diminuição da força muscular proximal dos membros. Videocapilaroscopia do leito ungueal demonstrou megacapilares frequentes com rarefação capilar e hemorragias; tomografia do tórax com discreta densificação em vidro despolido em ambas as bases pulmonares; videofluoroscopia com perturbação da deglutição nas fases oral e faríngea, com dificuldade de progressão e estase do contraste por paresia dos constritores da faringe e disfunção do cricofaríngeo; manometria esofágica com esfíncter esofágico superior hipotenso e com inadequado relaxamento após as deglutições, com ausência de peristalse no corpo esofágico; eletromiografia com traçados miopáticos em músculos proximais e distais dos membros superiores e inferiores, com potenciais de repouso em vários músculos. Realizada biópsia muscular do deltóide esquerdo que mostrou padrão de miopatia inflamatória sugestivo de dermatomiosite. O estudo de neoplasia oculta com tomografia computadorizada abdomino-pélvica, estudo endoscópico alto e baixo, ecografia tiroideia, mamografia e avaliação ginecológica foi negativo. Por suspeita diagnóstica de síndrome de sobreposição esclerose sistémica forma cutânea limitada/dermatomiosite com provável atingimento esofágico grave à admissão, iniciada terapêutica com prednisolona 10mg/dia (com posterior incremento

para 30mg/dia) e imunoglobulina endovenosa 0,4 g/kg/dia durante 5 dias, com associação de micofenolato de mofetil atendendo ao atingimento pulmonar, titulado até dose de 750+500mg. Manteve perda ponderal de 10% com agravamento da disfagia, que levou à necessidade de colocação de sonda nasogástrica, com melhoria das mialgias e do défice de força muscular, bem como normalização das enzimas musculares.

Discussão: As manifestações clínicas e o estudo complementar, com anticorpo com elevada especificidade para síndrome de sobreposição esclerose sistémica/miosite, levaram ao diagnóstico e à instituição terapêutica, com necessidade de internamento e compensação urgentes, atendendo à gravidade da apresentação.

Conclusões: As síndromes de sobreposição são doenças raras, de difícil diagnóstico e com necessidade de exclusão de diagnósticos diferenciais e avaliação sistemática de manifestações orgânicas em fase assintomática, podendo o tratamento ser condicionado e/ou dificultado pelo facto de se tratar de duas doenças, com manifestações potencialmente sobreponíveis.

PO 30 - IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO NA ESPONDILARTRITE AXIAL

Diogo Moniz Costa¹; João Dias²; Maria do Céu Maia³

1. Centro Hospitalar Universitário do Porto
2. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
3. Centro Hospitalar Universitário de S. João

Introdução: As espondilartrites são um grupo de doenças inflamatórias crónicas que podem ser classificadas de acordo com o predomínio das manifestações clínicas em espondilartrite axial (quando afeta sobretudo a coluna vertebral e as articulações sacroilíacas), espondilartrite periférica (quando predomina o envolvimento de outras articulações, sobretudo dos membros inferiores) ou na forma entesopática (quando as inserções dos ligamentos são a manifestação preponderante). Fazem parte deste grupo de doenças a espondilite anquilosante, a artrite psoriásica, a artrite associada à doença inflamatória do intestino (doença de Crohn ou colite ulcerosa), a artrite reativa, entre outras formas.

A espondilartrite axial, que inclui a espondilite anquilosante e a espondilite não radiográfica, é caracterizada pela diminuição da mobilidade da coluna vertebral, bem como, aumento do risco de eventos cardiovasculares.

Objectivos: O objetivo deste trabalho é enfatizar ao papel do exercício físico enquanto componente inte-

grante do tratamento da espondilartrite axial, dando especial enfoque nos exercícios aeróbico, por oposição aos tradicionais exercícios de flexibilidade.

Material e Métodos: Pesquisa bibliográfica na base de dados Pubmed incluindo as palavras “spondyloarthritis”, “exercise”, “rehabilitation”, “prescription”. Foram recolhidos e analisados os artigos relevantes para o tema do trabalho.

Resultados: O tratamento resulta da combinação de terapia farmacológica e intervenção não farmacológica: com educação do paciente, cessação tabágica, fisioterapia e a prática de exercício físico. Ainda que o tratamento fisiatrico se revele mais eficaz, o exercício domiciliário é, naturalmente mais barato e exequível para muitos pacientes. Desta forma a Assessment of SpondyloArthritis International Society and European Union League Against Rheumatism (ASAS-EULAR) recomendam a prática regular de exercício físico.

Na população geral o exercício físico está intimamente relacionado com a redução do risco de doenças cardiovasculares, obesidade, neoplasias do colon e mama, diabetes mellitus tipo 2, e osteoporose. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) os adultos saudáveis devem realizar ≥ 150 min/semana de exercício físico aeróbio de intensidade moderada, ou ≥ 75 min/semana de intensidade vigorosa, ou ainda, combinação semanal equivalente de intensidade moderada e vigorosa. Além disso, o exercício deve ser complementado por atividades de fortalecimento muscular em dois ou mais dias semanais.

Relativamente a espondilartrite axial os exercícios físicos focam-se sobretudo na flexibilidade, no ganho de amplitude articular, excluindo a atividade aeróbica. Todavia, os exercícios aeróbicos têm-se demonstrado eficazes na melhoria funcional, rigidez e situação cardiovascular. Contudo apenas uma minoria de pacientes pratica este tipo de exercício com intensidade suficiente para melhorar a capacidade aeróbica. Ainda que haja algum ceticismo dos clínicos, pelo aumento do risco de exacerbações da doença inflamatória articular, um estudo randomizado recente não encontrou associação com exercício de elevada intensidade.

Os exercícios de elevada intensidade tem demonstrado reduzir a atividade da doença, mesurável pelo ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) e pelo BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), indicando que estes são seguros para estes pacientes, e também apresentam benefícios sobre a fadiga, ciclo de sono-vigília e humor.

Adicionalmente, a obesidade está associada respos-

ta menos eficaz aos inibidores do Fator de Necrose Tumoral, salientando mais uma vez o papel do exercício físico.

Conclusões: O exercício físico nesta doença é importante não apenas para alívio de alguns sintomas, prevenção de dano estrutural e consequente melhoria funcional dos doentes, mas também como adjuvante na redução da própria actividade da doença.

PO 31 - QUANDO A LOMBALGIA E A OSTEOPOROSE NÃO VÊM SÓS!

Margarida Faria¹; Lídia Teixeira¹;

Nuno Pina Gonçalves¹; Agna Neto¹;

Ricardo Figueira¹; Alberto Quintal¹; Mário Rodrigues¹

Introdução: A osteoporose é uma doença sistémica do esqueleto, caracterizada pela redução da massa óssea e distúrbios da microarquitatura tecidual e subsequente fragilidade óssea. Uma vez que apenas 20% dos homens com redução da densidade mineral óssea têm osteoporose primária, o diagnóstico de osteoporose no homem impõe avaliação etiológica. O hipogonadismo é uma causa frequentemente identificada, estando a diminuição dos níveis de testosterona associada a perda de massa óssea e maior prevalência de fraturas de fragilidade, sobretudo quando inferiores a 200 ng/dL.

Caso Clínico: Homem de 56 anos, sem filhos, alcoólico (48g de álcool por dia, há 30 anos) e com antigos hábitos tabágicos (70 unidades maço ano) é internado no serviço de Reumatologia por quadro de agudização de lombalgia com 3 semanas de evolução (intensidade 10/10, persistente em repouso e atividade), para estudo de provável osteoporose secundária (no contexto de fratura de Colles antiga) e controlo algico. Ao exame objetivo, apresentava estigmas de alcoolismo, rarefação pilosa, ginecomastia e dor à palpação das apófises espinhosas da coluna lombar. No sentido de investigar a causa de osteoporose, foram pedidos o metabolismo fosfocálcico, que revelou défice de vitamina D (14 ng/mL), e doseamentos hormonais, que mostraram défice de testosterona total (0.26 ng/mL) com valores normais das gonadotropinas. Da avaliação radiográfica, destaca-se fraturas de múltiplos corpos vertebrais - de D11 a L5 (Fig 1), tendo sido pedida ressonância magnética nuclear da coluna dorsolombar (CDL) para identificar fratura recente responsável pela agudização da lombalgia. Prosseguindo a avaliação do doente internado, realizou radiografia do tórax, na qual se observou uma lesão nodular hipotransparente no terço superior do campo pulmonar esquerdo (Fig 2).



FIGURA 1.

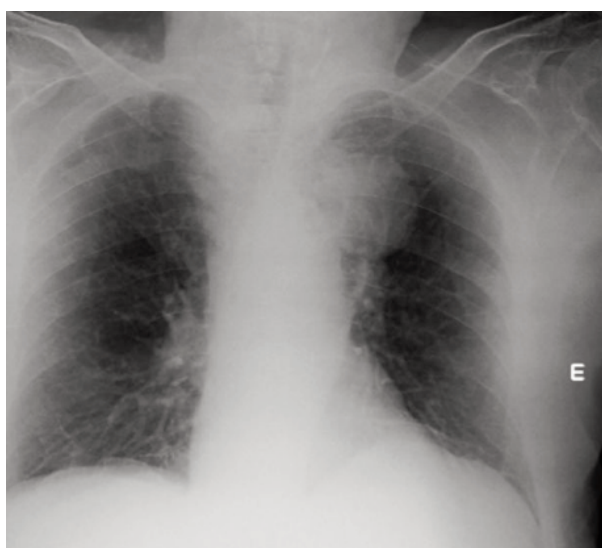


FIGURA 2.

Perante este achado, pediu-se estudo por tomografia computadorizada que confirmou a presença de uma massa espiculada paramediastínica no lobo superior do pulmão esquerdo, que viria a ser biopsada, com o resultado histológico de carcinoma do pulmão não pequenas células. Posteriormente, a RMN da CDL confirmou a presença de várias fraturas de fragilidade na coluna dorsal e lombar com fratura recente de D12 e ainda alterações de realce de D12 e L4 suspeitas de etiologia secundária, posteriormente confirmadas por cintigrafia óssea, que adicionou outras lesões suspeitas na grelha costal e bacia. Estabeleceu-se o diagnóstico de neoplasia do pulmão estadio VT3N2M1 e o doente iniciou seguimento em consulta de Pneumologia e Oncologia com posterior instituição de quimioterapia. Assumiu-se ainda osteoporose secundária a hipogonadismo e o doente foi medicado com ácido zoledrónico, reposição de vitamina D e carbonato de cálcio e iniciou seguimento em consulta de Endocrinologia, com posterior reposição do défice hormonal.

Discussão: Neste caso clínico, o estudo de uma causa de osteoporose permitiu a identificação de causas reversíveis de osteopenia - hipogonadismo, défice de vitamina D, alcoolismo e tabagismo. De notar que a simples realização de uma radiografia do tórax permitiu-nos a identificação de uma doença oncológica com elevada morbimortalidade, para a qual o doente iniciou tratamento.

Conclusão: No homem com fratura óssea de fragilidade ou com osteoporose documentadas, uma anamnese e exame objetivo cuidados podem sugerir fatores causais que são, de seguida, complementados por avaliação laboratorial. Na osteoporose secundária a hipogonadismo, além do tratamento para a osteoporose, deve ser iniciado tratamento hormonal com testosterona, na ausência de contraindicações.

PO 32 - APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE QUISTO DE BAKER GIGANTE EM DOENTE COM ARTRITE ENTEROPÁTICA

Catarina Ferreira Moita¹; J. Veiga Gomes²; Filipe C. Araújo³

Introdução: As tumefações do membro inferior podem ter uma etiologia muito abrangente, incluindo trauma, neoplasias benignas ou malignas, aneurismas e trombozes, entre outras. Estas lesões podem apresentar-se como massas palpáveis ou achados imagiológicos incidentais.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de

54 anos com uma história de poliartrite periférica envolvendo os punhos, a IFP esquerda do 3º dedo, joelhos e tibiotársicas e raquialgia axial com cerca de 4 meses de evolução. Referia igualmente o desenvolvimento de uma tumefação indolor, oval, mole e imóvel no terço médio da face antero-interna da perna direita, com cerca de 50 mm de maior diâmetro. Negava trauma ou outro evento significativo. Como antecedentes relevantes apresentava artrite enteropática/espondilartrose associada a doença inflamatória intestinal (Doença de Crohn) com predomínio de manifestações axiais, bem como história concomitante de linfoma folicular non-Hodgkin indolente (grau 1-2, estadio FLIPI 0), artroplastia total da anca esquerda e depressão. Estas co-morbilidades limitaram significativamente as opções terapêuticas para o tratamento da doença reumática; assim, encontrava-se medicada com tapentadol 200 mg *bid*, morfina 10 mg SOS e ciclobenzaprina 10 mg *qid*. O exame objetivo da perna e joelho revelou-se sem alterações, com exceção da tumefação já descrita. A avaliação analítica revelou uma anemia normocítica normocrômica (Hb 11.6 g/dL) e discreta elevação da VS (26 mm/h) e PCR (1.2 mg/dL). A ecografia de partes moles mostrou uma formação elástica, líquida não pura, bem delimitada, localizada entre o plano cutâneo e muscular, com pelo menos 150mm, compatível com um volumoso quisto de Baker. Iniciou prednisolona 10 mg *qid*, metotrexato 15 mg/semana e ácido fólico 10 mg/semana e foi realizada aspiração eco-guiada do quisto (cerca de 21 mL de líquido sinovial amarelo translúcido, de viscosidade normal), seguida de administração de 80 mg de metilprednisolona, com melhoria clínica.

Discussão: Quistos de Baker são quistos sinoviais normalmente localizados na região popliteia, causados pelo alargamento da bursa gastrocnémio-semimembranosa. Em adultos, cerca de um terço surge como consequência de contextos traumáticos e os restantes são causados por patologias degenerativas ou inflamatórias. Estes últimos podem apresentar grandes dimensões possivelmente como consequência de produção aumentada de líquido sinovial em contexto inflamatório. No presente caso, o quisto não originou sinais ou sintomas a nível popliteu, estendendo-se inferiormente e manifestando-se através de uma massa localizada no terço médio da face antero-interna da perna.

Conclusões: Este caso relata uma apresentação incomum de um Quisto de Baker associada a um contexto de doença inflamatória, que deve ser considerada no

diagnóstico diferencial de tumefações do membro inferior, onde estão incluídas também outras entidades de pior prognóstico.

PO 33 - DIAGNÓSTICO DE ARTRITE REUMATOIDE NA SEQUÊNCIA DE ESTUDO DE HIDROPNEUMOTÓRAX

Carlos Lopes Figueiredo¹; Bruno Mendes¹; João Cardoso¹

Introdução: A artrite reumatoide pode ter diferentes manifestações extra-articulares e apresentações iniciais atípicas. O derrame pleural é uma manifestação comum, particularmente em homens de meia-idade e pode preceder ou surgir simultaneamente ao início da manifestação articular. O estudo de um derrame pleural isolado inclui uma lista vasta de hipóteses de diagnóstico.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de um homem de 60 anos de idade, caucasiano, trabalha em lavagem automóvel, fumador ativo (carga tabágica de 40 UMA) e com prévia tuberculose pulmonar tratada aos 30 anos de idade. Referenciado a consulta de Pneumologia por derrame pleural direito detetado em exame de rotina pelo médico família totalizando 6 meses entre o exame e a consulta, sem outras queixas. Ao exame objetivo em ar ambiente, sem insuficiência respiratória, com diminuição do murmúrio vesicular no 1/3 inferior do hemitórax direito, hemodinamicamente estável, apirético, mas apresentando edema do joelho esquerdo ligeiro e duas tumefações volumosas e indolores no punho e cotovelo esquerdos sem queixas associadas. Analiticamente com anemia discreta 12.4 g/dL, leucocitose $13.3 \times 10^9/L$, neutrofilia 71%, PCR 27,6 mg/L, velocidade sedimentação de 34 mm/h. Realizada TC torácica com hidropneumotórax, espessamento nodular pleural esquerdo e espessamento intersticial interlobular. Foi realizada toracocentese eco-guiada com biópsias pleurais, com saída de líquido pleural com aspeto purulento e pH 7,0 e nesse momento admitido empiema, colocada drenagem torácica e iniciada antibioticoterapia empírica. No estudo do líquido pleural revelou um exsudado sem leucócitos, material lipídico, glicose <10 mg/dL, proteínas 68.9 g/L, LDH 2986 U/L, elevada ADA 200 U/L, colesterol 205 mg/dL, triglicéridos normais 100 mg/dL; o estudo microbiológico revelou-se posteriormente negativo; a citologia com baixa celularidade com raras células mesoteliais e raros linfócitos e sem células neoplásicas; as biópsias pleurais apresentaram fibrose acentuada e ligeiro infiltrado infla-

matório, sem granulomas nem células neoplásicas. Aquando o resultado do líquido pleural foi excluída a hipótese de empiema, suspensa a antibioterapia e regressado ao diagnóstico diferencial de exsudado pleural unilateral. Foi realizada ecografia das partes moles com tenossinovite do extensor comum do 2º, 3º e 4º dedo da mão esquerda e bursite do cotovelo esquerdo com importante espessamento sinovial e radiografia articular com aumento dos tecidos moles periarticulares, redução dos espaços interarticulares, esclerose subcondral e erosões ósseas em mais de 10 articulações. Revelou-se também elevação analítica do factor reumatóide (31,3 UI/mL) e dos anticorpos anti-citrulina (> 250 UA/mL).

Discussão: Foi assumido o diagnóstico de artrite reumatoide com pontuação 9/10 (critérios ACR/ELAR 2010) (aumento da VS/PCR, elevação do factor reumatoide e anticorpos anti-citrulina e envolvimento de mais de 10 articulações). Tendo em conta a presença de exsudado pleural com pH e glicose muito baixos, LDH muito elevada, na ausência de isolamentos microbiológicos e com o diagnóstico inaugural de artrite reumatoide foi considerado derrame pleural empiematoso estéril reumatoide. A presença de hidropneumotórax deve-se a provável rotura de nódulos reumatoides pleurais. Destaca-se assim a importância de revisão do primeiro diagnóstico assumido, que pela sua gravidade foi inicialmente empiricamente tratado, mas posteriormente já com todos os dados necessários foi possível o diagnóstico acertado.

Conclusões: Pretendemos assim destacar e relembrar a hipótese de diagnóstico de artrite reumatóide no contexto de derrame pleural mesmo sem referência pelo doente de queixas articulares significativas. Deste modo revelando fulcral o estudo exaustivo das características do exsudado e exame objetivo global do doente para um diagnóstico preciso e um correto tratamento individualizado.

PO 34 - PSORÍASE E CANCRO DO PULMÃO

Carlos Lopes Figueiredo¹; Bruno Mendes¹;

João Cardoso¹

1. Pneumologia do Hospital Santa Marta, CHULC

Introdução: A neoplasia do pulmão é uma das neoplasias mais frequentes e a que causa mais mortes mundialmente. A psoríase sendo uma doença inflamatória crónica tem demonstrado ser um factor de risco para cancro, particularmente hematológico e do pulmão. As síndromes paraneoplásicas são raras e ocorrem por efei-

tos sistémicos não metastáticos despoletados pela neoplasia. A entidade de psoríase paraneoplásica ocorre previamente ou concomitantemente ao diagnóstico do cancro, melhora com o tratamento oncológico e recorre com a recidiva ou metastização do cancro. Existe assim um interesse crescente na compreensão desta associação entre psoríase e cancro.

Caso Clínico: Apresentamos um caso de um homem de 59 anos, fumador (carga tabágica de 92 unidades maço-ano), pintor na construção civil, com prévio diagnóstico de psoríase vulgaris com envolvimento do escalpe mas controlada com terapêutica tópica desde os 55 anos, sem necessidade de terapêutica adicional. Internado por massa dolorosa na anca à esquerda com agravamento progressivo, perda ponderal com 3 meses de evolução e tosse crónica com expectoração hemoptoica esporádica. Ao exame objetivo apresentava-se emagrecido (IMC 20), eupneico, com uma tumefação na anca esquerda dolorosa à palpação, hipocratismo digital exuberante com oncodistrofia nas mãos e pés além de múltiplas áreas cutâneas descamativas rosadas com predomínio em locais extensão (punho, cotovelo, perna) e peri-auricular. Sendo questionado diretamente sobre as lesões cutâneas refere que nos anos prévios as lesões de psoríase estariam controladas com terapêutica tópica (corticoide que não sabia especificar) mas desde há 2-3 meses que se tornaram refratárias à terapêutica tópica e com aumento das mesmas. Analiticamente sem alterações relevantes. Na radiografia torácica apresentava hipotransparências dispersas bilateralmente com contorno espiculado. Foi realizada tomografia computadorizada torácica que revelou múltiplas lesões pulmonares atípicas em vários lobos pulmonares; múltiplas adenomegalias mediastínicas; e tomografia computadorizada da anca esquerda com lesão centrada ao acetábulo esquerdo com componente de partes moles. Foi realizada biópsia percutânea da lesão da anca esquerda que evidenciou adenocarcinoma compatível com origem pulmonar (CK7+, TTF-1 +, CK20 -; PDL-1 negativo). Para estadiamento fez tomografia computadorizada abdomino-pélvica que demonstrou adenomegalias mediastínicas e retroperitoneais; e ressonância magnética cerebral com lesão temporal esquerda compatível com metástase. Definido então como adenocarcinoma do pulmão em estágio IV com metástases ganglionares, cerebral e partes moles da anca. Foi proposta radioterapia paliativa à metástase cerebral e das partes moles, quimioterapia com vinorelbina e cuidados paliativos. Revelou um progressivo agravamento do estado geral e oncológico com desfe-

cho fatal após 4 meses do diagnóstico. Nesse período denotou-se a refratoriedade das lesões de psoríase à terapêutica tópica e sem indicação para outro tipo de terapêutica dirigida pelo prognóstico reservado.

Discussão: Destaca-se a relação temporal neste caso específico do ressurgimento de lesões de psoríase num doente com diagnóstico prévio de psoríase com o quadro clínico que levou ao diagnóstico de cancro do pulmão. Sublinha-se também o facto se serem de novo refratárias à terapêutica tópica nesse mesmo período. Esta relação já fora previamente documentada em vários casos clínicos descritos na literatura.

Conclusões: Pretendemos alertar para a relação entre a psoríase e o cancro, tanto como fator de risco bem como síndrome paraneoplásico. No contexto apropriado, o ressurgimento de lesões refratárias à terapêutica poderá ser um sinal a valorizar para exclusão de cancro. Nos doentes com psoríase é particularmente importante documentar os fatores de risco de cancro (ex. tabaco) de forma a serem controlados/modificados.

PO 35 - RUTURA TENDINOSA MÚLTIPLA EM DOENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, E SUA ABORDAGEM NO CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID19

Cláudia Gemelgo¹; Sofia Ribeiro¹; Filipe Antunes¹
1. Hospital de Braga

Introdução: A afeção do sistema musculoesquelético ocorre até 95% dos casos de Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), contribuindo as artralguas para a grande maioria destas manifestações. Tradicionalmente, a artropatia por LES é considerada não erosiva, sendo a deformidade articular o resultado da sinovite crónica. Contudo, estudos recentes com recurso a avaliação ecográfica revelam que o LES está frequentemente associado a alterações erosivas articulares e a processos inflamatórios quer da sinovial quer do próprio tendão, mesmo quando a clínica não o sugere. Estes achados contribuem para a fragilização progressiva dos tendões, expondo-os ao risco de rutura sob traumatismos pequenos ou mesmo de forma espontânea. A doença renal crónica e a toma prolongada de corticosteroides são também fatores de risco para a rutura tendinosa.

Caso clínico: Neste trabalho apresentamos o caso de uma mulher de 57 anos de idade, diagnosticada com LES de envolvimento renal aos 18 anos, e sob hemodiálise e corticoterapia desde os 26 anos. A doente sofreu rutura espontânea do tendão de Aquiles direito em Dezembro.2019 e foi submetida a tenorrafia que pos-

teriormente complicou com deiscência e infeção da sutura. Em Janeiro.2020, na sequência de uma dúvida queda da própria altura, sofreu ainda rutura bilateral do tendão quadricipital, cujo tratamento foi também cirúrgico. Cumpriu imobilização dos dois joelhos em extensão com ortótese de DePuy, durante 6 semanas, e tala gessada suropodálica da articulação tibiotársica em posição de equino, removida às 4 semanas por complicação com úlcera de pressão calcaneana. A doente apresentou-se à consulta de MFR, 6 semanas depois da última intervenção cirúrgica, em maca e sem capacidade para marcha, sendo apenas capaz de mobilizar os segmentos do membro inferior com força muscular de grau 2 (escala *Medical Research Council*). No contexto da pandemia por COVID19, a doente foi instruída para iniciar programa de reabilitação domiciliar com recurso a crioterapia, mobilização ativa-assistida das articulações envolvidas dentro das amplitudes consideradas seguras e exercícios de alongamento suave dos tendões aquilianos e quadricipitais, assim como dos músculos tricípites surais e isquiotibiais. Estes cuidados foram reforçados através da elaboração de um folheto explicativo, personalizado e dirigido, posteriormente enviado. A monitorização clínica foi feita através de consulta telefónica, e a doente foi reavaliada presencialmente 2 meses depois. Na altura, apresentava-se já com capacidade para deambulação com apoio de terceira pessoa para curtas distâncias, apesar da atrofia muscular generalizada evidente dos membros inferiores. Foi por isso orientada para programa de reabilitação, visando fortalecimento muscular e autonomia de marcha.

Discussão e Conclusão: O risco de rutura tendinosa não deve ser desprezado em doentes com o diagnóstico de LES. Estudos ecográficos recentes revelam que as alterações estruturais tendinosas e articulares parecem ser mais frequentes do que o que o exame físico sugere, o que se traduz num risco de graves e complicadas ruturas tendinosas que têm impacto direto na qualidade de vida dos doentes. A exposição prolongada a corticoterapia assim como a insuficiência renal crónica são também conhecidos fatores de risco para a rutura tendinosa. A rutura bilateral do tendão quadricipital associada a traumatismos pequenos é relativamente incomum e está associada a grande morbidade e incapacidade funcional. A rutura do tendão aquiliano, ainda que mais comum, nestes doentes apresenta elevado risco de complicações, de que são exemplos a infeção e a nova rutura. Em ambos os casos, um programa de reabilitação dirigido e precoce é a chave para o sucesso do tratamento. Este caso demonstra ainda as limita-

ções e consequências da pandemia por COVID19 no tratamento de doentes reumatológicos, bem como algumas estratégias que as equipas de MFR desenvolveram de forma a limitar o seu impacto funcional na vida dos doentes.

PO 36 - NEURO BEHÇET: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Margarida Carrolo¹; Inna Kozyar¹

1. Hospital CUF Descobertas

A doença de Behçet é uma vasculite sistémica de natureza autoimune e etiologia desconhecida. Afecta aproximadamente 2,5 por cada 10.000 habitantes e caracteriza-se pela tríade clássica de úlceras orais, úlceras genitais e uveíte. Todavia, pode também atingir articulações, vasos sanguíneos, pulmões, trato digestivo e o sistema nervoso central. O envolvimento neurológico ocorre em até 15% dos indivíduos com doença de Behçet, surgindo habitualmente entre a 3^a e a 4^a décadas de vida.

Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, de 36 anos, casada, desempregada. Recorre ao Serviço de Urgência em Agosto de 2014 por um quadro neurológico de instalação súbita de parestesias do hemicorpo direito, cefaleias e acufenos. Laboratorialmente apresentava uma hemoglobina de 13,5 g/dL, velocidade de sedimentação de 6 mm/h, sem elevação dos parâmetros de inflamação/infeção e sem outras alterações bioquímicas de relevo. É internada para estudo do quadro assumindo-se como diagnóstico mais provável uma doença desmielinizante. Realizou uma ressonância magnética crânio-encefálica que mostrava uma lesão única mesencefálica esquerda, sem sinais específicos de desmielinização, não permitindo um diagnóstico etiológico. Fez punção lombar que mostrou leucocitose ligeira, com o estudo electroforético do líquido céfalo-raquidiano negativo. Foram pedidas múltiplas serologias (citomegalovírus, Epstein-Barr, herpes simplex 1 e 2, enterovírus, vírus da imunodeficiência humana, vírus da hepatite C, vírus da hepatite B, Rickettsia, Coxsackie, Borrelia, Echovirus) cujos resultados foram negativos. Fez ainda um estudo autoimune que foi negativo para os anticorpos anticitoplasmáticos do neutrófilo, anticorpos antinucleares, anticorpos anti-*double strand* DNA, anticorpos anti-*Smith*, anticorpos anti-SSa e SSb. Realizou imunoelectroforese sérica que não revelou gamapatia monoclonal. Após um inquérito mais dirigido, a doente referiu episódios recorrentes de ulcerações orais e genitais e um episódio

prévio de olho vermelho unilateral. Foi realizado o teste de patergia cujo resultado foi considerado positivo. O estudo genético do HLA-B51 também foi positivo. Fez-se o diagnóstico de neuro-Behçet tendo a doente cumprido corticoterapia durante o internamento com franca melhoria clínica. Após a alta manteve-se em seguimento nas consultas de Neurologia e de Doenças Autoimunes, cumprindo terapêutica com colquicina, prednisolona e azatriopina. Tem sido observada uma evolução imagiológica favorável com regressão subtotal das alterações detectadas inicialmente em topografia mesencefálica. Mantém-se estável, com episódios esporádicos de aftose oral, artralguas transitórias dos membros superiores.

O envolvimento neurológico na doença de Behçet é uma das principais causas de morbidade e mortalidade associadas a esta patologia. As manifestações neurológicas surgem habitualmente vários anos após o início das manifestações sistémicas, podendo todavia ser a manifestação inicial da doença. A inespecificidade dos sintomas neurológicos da doença de Behçet exige uma elevada suspeita diagnóstica.

PO 37 - O PAPEL DA MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO NA NOTALGIA PARESTÉSICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rebeca Gomes¹; Madalena Carvalho¹; José Costa¹; Teresa Mirco¹; Francisco Sampaio¹

1. CHLN - Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: A Notalgia Parestésica (NP), descrita em 1934 por *Michail Astwazaturow*, é uma neuropatia sensitiva dos ramos posteriores dos nervos espinhais torácicos (T2-T6), de etiologia não esclarecida. Caracteriza-se por prurido de localização medial e/ou inferior à omoplata, de predomínio unilateral, podendo associar-se a dor ou alterações disestésicas. São comuns zonas de hiperpigmentação que resultam de lesões de coceira crónica. Existe evidência de que a compressão nervosa, por alterações degenerativas ou espasmos da musculatura paravertebral, constitua o principal mecanismo subjacente. A predisposição genética, distúrbios metabólicos e causas infecciosas também podem estar associadas. A NP atinge sobretudo mulheres de meia-idade, embora existam casos hereditários reportados em idades mais jovens. O diagnóstico é clínico, embora na presença de outras queixas, músculo-esqueléticas ou neurológicas, possa ser necessário o recurso a exames de imagem. Várias abordagens terapêuticas têm sido descritas, mas a evidência da sua efi-

cácia é escassa. Estas incluem terapêutica farmacológica oral e tópica, toxina botulínica tipo A, estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) e fisioterapia, entre outras.

O presente caso clínico pretende demonstrar o papel da Medicina Física e de Reabilitação (MFR) na abordagem desta entidade clínica.

Caso Clínico: Homem de 71 anos, autónomo, cantor, obeso, diabético, hipertenso, com antecedentes de carcinoma da laringe submetido a cirurgia e radioterapia e carcinoma hepatocelular operado, polimedicado. Referenciado a consulta de MFR pela Dermatologia com o diagnóstico de NP refratária. O quadro clínico caracterizava-se por prurido intenso na região infraescapular direita, associada a dor no mesmo local. Objetivamente, observam-se zonas de hiperpigmentação na área anteriormente descrita. Dos exames complementares de diagnóstico realizados destaca-se a tomografia computadorizada com alterações degenerativas (C5-C7). Previamente medicado com diversos fármacos de aplicação tópica pela Dermatologia sem alívio do prurido, estando atualmente medicado com transpulmina, com a qual refere alívio temporário. Sem melhoria com a toma de pregabalina e gabapentina. Efetuaram-se recomendações ergonómicas e integração em programa de reabilitação que consistiu em termoterapia superficial, massoterapia, ultrassonoterapia, TENS e correção postural, complementado com 4 sessões de mesoterapia, com melhoria significativa do quadro algico, mas não do prurido. Atualmente, com resolução total do quadro algico, sendo o prurido o fator com maior impacto na qualidade de vida.

Discussão: A MFR assume um papel de relevo no controlo dos sintomas da NP oferecendo um vasto leque de modalidades terapêuticas. Para além do controlo algico, a fisioterapia, ao atuar no tônus da musculatura paravertebral, poderá minimizar a compressão nervosa e consequentemente aliviar o prurido. Os antecedentes oncológicos exigem maior precaução na utilização de determinados agentes como a ultrassonoterapia e a eletroterapia pelo risco de promoção de disseminação de células neoplásicas. Tratando-se de um doente polimedicado, os fármacos de ação local serão preferíveis em detrimento aos de ação sistémica. Sabendo-se a associação desta patologia com distúrbios metabólicos e obesidade, é fundamental um controlo de peso adequado.

Conclusão: A Notalgia Parestésica é uma entidade relativamente comum, embora frequentemente subdiagnosticada. Apesar de não constituir um distúrbio gra-

ve *per se*, a não otimização do tratamento tem um forte impacto na qualidade de vida do doente. É necessária uma melhor compreensão dos seus mecanismos subjacentes e a realização de mais estudos de forma a validar a eficácia das diversas modalidades terapêuticas, otimizando os tratamentos implementados.

PO 38 - PARAPARESIA POR FRATURA VERTEBRAL COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE DOENÇA DE PAGET – CASO CLÍNICO

David Almeida e Reis¹; Salomé Fernandes²;

Francisca Nascimento¹; Filipe Pinheiro²;

Sílvia Magalhães¹; Maria José Festas¹; João Barroso¹

1. Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar Universitário São João

2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução: A Doença Óssea de Paget (DOP) é uma doença crónica do metabolismo ósseo. É caracterizada por uma remodelação excessiva que leva a alargamento ósseo, deformidade e aumento do risco de fratura. Apesar de normalmente assintomática, pode apresentar-se com dor, e até complicações neurológicas. Estas são normalmente devido a compressão por osso da coluna vertebral alargado. Neste caso clínico, a DOP foi diagnosticada após paraparesia com bexiga e intestino neurogénicos causada por uma fratura patológica de D8.

Caso clínico: Homem de 56 anos, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia e psoríase. A 29 de janeiro de 2020, recorreu ao serviço de urgência (SU) após queda da própria altura por diminuição da força muscular dos membros inferiores (MI). Desde o ano anterior que referia queixas sensitivas dos MI, que evoluíram para perda de força e dor. Acrescentava ainda lombalgia crónica. No início de 2020, o doente apresentava dificuldade marcada para a marcha, apesar de ainda ser capaz de manter ortostatismo. No SU com diminuição da força dos MI, hipostesia táctil com nível em D12, sensibilidade térmica diminuída e reflexo aquiliano não despertável. TC lombar revelou fratura recente do corpo vertebral de L2, sem repercussão na amplitude do canal medular. Optou-se por tratamento conservador e internamento no serviço de Ortopedia devido a dissociação clinico-radiológica.

O doente desenvolveu retenção urinária e obstipação, pelo que foi algaliado. Realizou RMN dorsal que mostrou fratura do corpo de D8 com recuo do muro posterior; o referido corpo vertebral encontrava-se di-

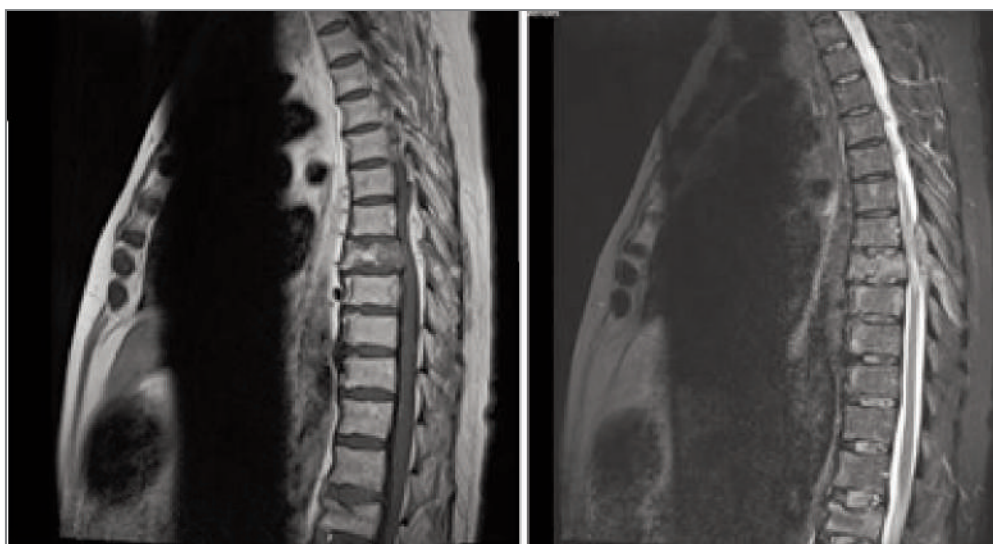


FIGURA 1. Imagem de ressonância magnética ponderada em T1 (esquerda) e T2 (direita), cortes sagitais, mostrando estenose do canal medular devido ao alargamento da vértebra D8, com sofrimento medular.

fusamente alargado com padrão trabecular alterado, sugestivo de DOP; em conjunto estas alterações condicionavam compressão medular (figura 1). Uma cintigrafia óssea demonstrou hipercaptação compatível com a suspeita diagnóstica em D8, sem outras áreas de captação de igual intensidade. Do estudo analítico, de relevo: fosfatase alcalina (FA) elevada de 144 U/L, restante metabolismo fosfocálcico sem alterações.

A 14 de fevereiro realizou laminectomia de D8 e D9 com fixação pedicular com parafusos de D5 a D7 e de D9 a D11. Foi também realizada uma biópsia de D8 que demonstrou padrão de DOP. Assim, foi assumido o diagnóstico de fratura patológica de D8 por DOP monostótica com paraparesia e bexiga e intestino neurogênicos. Fez uma toma de zoledronato, com boa resposta e normalização do valor de FA.

Por suspeita de osteoporose como etiologia para a fratura lombar, foi pedida uma densitometria óssea que revelou valores compatíveis com baixa densidade mineral óssea. De acordo com os resultados, foi assumida osteoporose e iniciou também suplementação com cálcio e vitamina D.

Foi transferido para o internamento de Medicina Física e de Reabilitação para a realização de programa de reabilitação intensivo. À data de alta, ao fim de 17 dias o doente apresentava melhoria da força muscular dos MI, equilíbrio estático em ortostatismo, capacidade para marcha com andarilho e controlo vesico-esfíncteriano.

Discussão/ Conclusões: O caso apresentado retrata uma manifestação rara da DOP, diagnosticada em contexto de paraparesia de rápida instalação, complicação presente em menos de 1% dos casos. O diagnóstico diferencial de fraturas compressivas toma particular relevo em doentes jovens em que a etiologia osteoporótica é incomum. No caso descrito foram sobretudo as alterações radiográficas sugestivas, mas também a elevação da FA e a análise histológica que nos guiaram no diagnóstico. A descompressão médica cirúrgica é fundamental e o início de tratamento com medicação antiapagética deve ser ponderado a curto prazo.

PO 39 - DIET AS A MODULATOR OF INTESTINAL MICROBIOTA IN RHEUMATOID ARTHRITIS

Eduardo Jorge Dourado Domingues¹; Margarida Ferro²; Catarina Sousa-Guerreiro³; João Eurico Fonseca⁴

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital de Santa Maria; Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, CAML
2. Laboratório de Nutrição, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa
3. Laboratório de Nutrição, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa
4. Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

4. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital de Santa Maria; Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, CAML; Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa,

Introduction: Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic immune-driven inflammatory disease characterised by synovial inflammation, leading to progressive cartilage and bone destruction, impacting on patient's functional capacity and quality of life. Dysbiosis has been signalled as an initiating event in several systemic immune-driven diseases, and diet has been proposed as adjuvant therapy in several inflammatory diseases.

Objective: To review the potential roles of the Mediterranean Diet (MD) and fermented foods as adjuvant therapies in RA management, with a focus on diet-gut microbiota interactions.

Methods: Review of the literature regarding the role of

diet in RA pathogenesis and disease activity.

Results: Patients with RA have significant differences in gut microbiota composition when compared to controls. Intestinal dysbiosis influences the intestinal barrier strength, integrity and function, and diet is considered the main environmental factor impacting on gut microbiota. MD is a whole dietary pattern that can act as an adjuvant therapeutic approach in inflammatory diseases, modulating intestinal microbiota and intestinal barrier function. MD and fermented foods health benefits are well documented. However, evidence regarding their impact on RA disease activity is still insufficient, and diet is still not considered in RA management recommendations. Nonetheless, based on current knowledge, introducing a diet which is rich in n-3 PUFAs, polyphenols, dietary fibre and probiotics may decrease systemic inflammation, modulate gut microbiota and improve the gut barrier function, and consequently improve RA disease outcomes. MD fits these assumptions, and fermented foods seem to complement it perfectly, adding probiotics and active metabo-

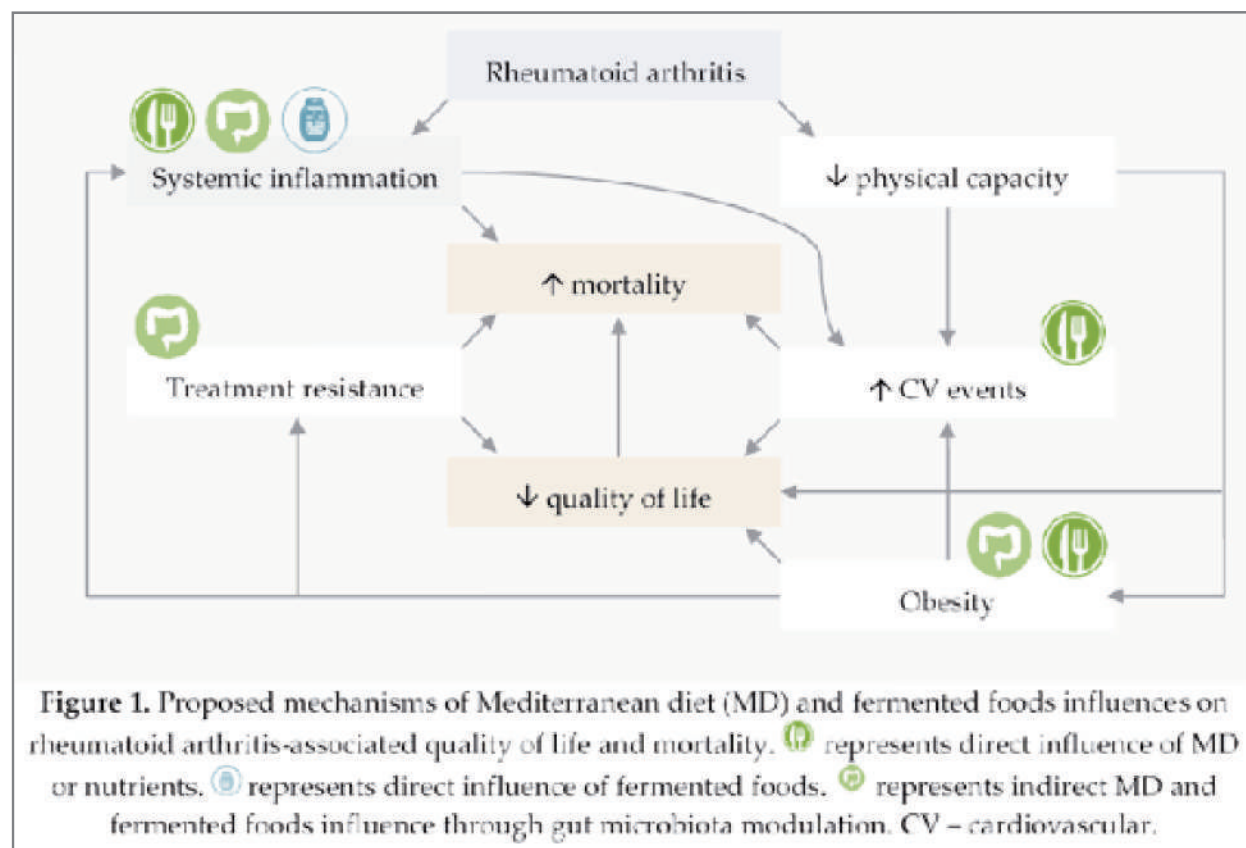
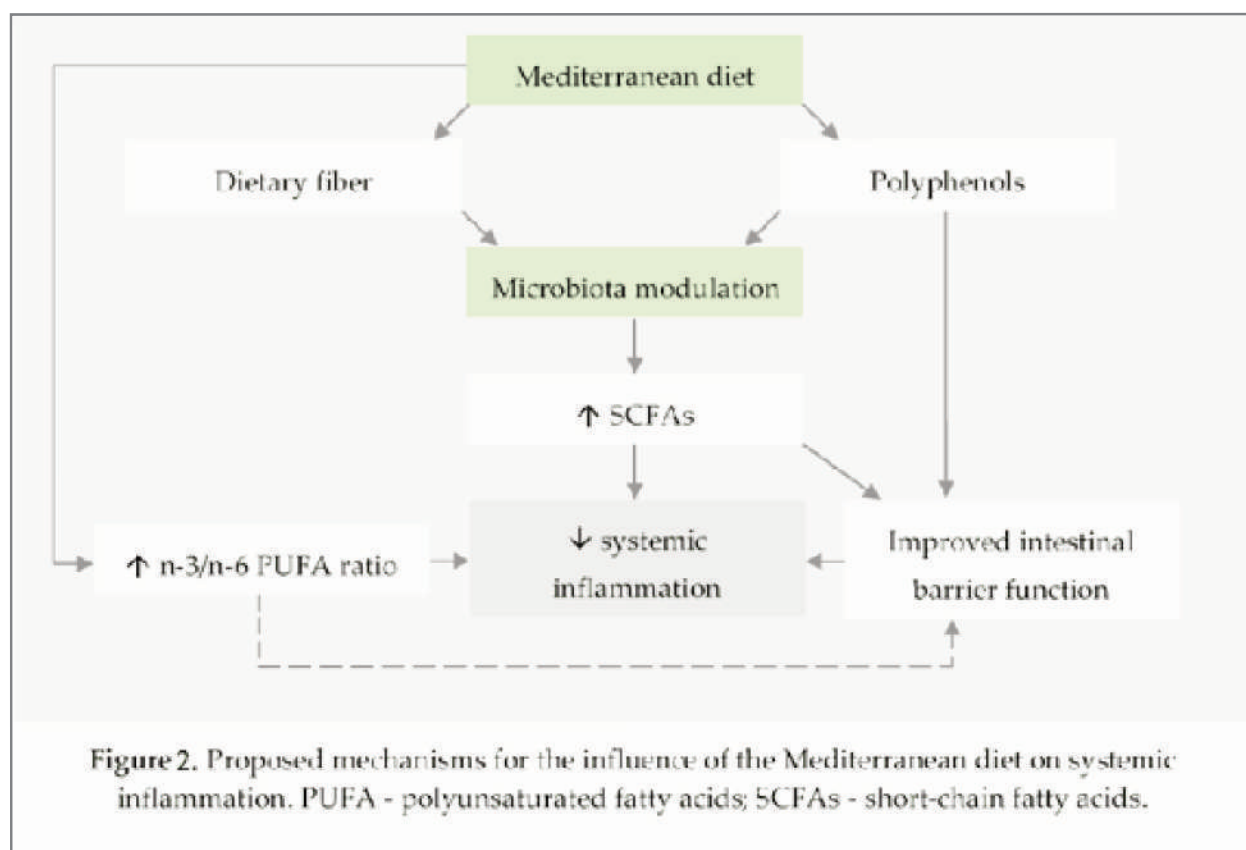


Figure 1. Proposed mechanisms of Mediterranean diet (MD) and fermented foods influences on rheumatoid arthritis-associated quality of life and mortality. 🍴 represents direct influence of MD or nutrients. 🍲 represents direct influence of fermented foods. 🍲+ represents indirect MD and fermented foods influence through gut microbiota modulation. CV – cardiovascular.



lites to an almost ideal dietary pattern for RA patients.
Conclusion: Current data warrants further exploration of the MD complemented with fermented foods as a potential adjuvant therapy for RA patients, ideally in well-designed studies with large sample sizes and a multidisciplinary team of researchers, including rheumatologists and nutritionists.

PO 40 - SEGURANÇA DA VACINA CONTRA O VÍRUS INFLUENZA EM UTENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE SOB DMARDS BIOLÓGICOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Alexandre Vasques¹; José Chaves¹; Inês Sintra¹; Camila Gonçalves¹; Diogo Evangelista¹; Marta Barroso¹
 1. USF Oriente

Introdução: A Artrite Reumatóide (AR) é uma patologia que está associada a maior incidência de infecção pelo vírus Influenza, não só pela fisiopatologia em si, mas também devido à imunossupressão causada pela terapêutica. Como tal, é indicada a administração anual da vacina contra o vírus Influenza em utentes imuno-

deprimidos.

Inicialmente, esta vacinação levantava questões relativamente à sua segurança, ou seja, à possibilidade de maior frequência dos seus efeitos adversos e à possibilidade de agravamento súbito da patologia nos utentes com artrite reumatóide. No entanto, tem-se vindo a comprovar a segurança e eficácia da vacinação.

Com a evolução das medidas de gestão de doença, nomeadamente o desenvolvimento de novos medicamentos antirreumáticos modificadores de doença (DMARDs) biológicos, coloca-se a questão relativamente à segurança da vacina da gripe em doentes a realizar essa terapêutica.

Objetivos: Averiguar a segurança da vacina contra influenza em utentes com artrite reumatóide, medicados com DMARDs biológicos.

Material e Métodos: Pesquisa sistemática na base de dados Pubmed/MEDLINE com os termos: "Influenza vaccine" And " Rheumatoid Arthritis" OR "Influenza vaccine" And "Rheumatic disease". A literatura foi avaliada e selecionada conforme PICO (P: doentes com Artrite Reumatóide tratados com DMARDs biológicos;

I: Vacinação contra Influenza; C: Ausência de vacinação contra Influenza; O: Frequência de efeitos adversos ou flares da doença, associados à vacinação).

Resultados: Da pesquisa obteve-se 164 artigos que passaram pelo processo de selecção atendendo aos critérios de inclusão. Teve-se em conta o título e resumo para exclusão de artigos para leitura integral. Foram incluídos na presente revisão 12 artigos: 2 guidelines/recomendações na prática clínica; 2 revisões; 2 estudos retrospectivos e 6 estudos clínicos.

Discussão/Conclusão: De acordo com a literatura, não parece haver nenhuma contra-indicação ou necessidade de ajuste de medicação perante a vacinação contra o vírus Influenza em doentes com artrite reumatóide, medicados com DMARDs biológicos, não sendo observada uma maior incidência de efeitos adversos associados à vacinação nem flares da doença, de forma estatisticamente significativa. A eficácia da vacinação neste grupo de doentes é conhecida e está comprovada pelo que é válida e deverá ser oferecida, explicando os seus benefícios e riscos de não vacinação.

PO 41 - LOMBALGIA E PSORÍASE OU ESPONDILITE PSORIÁTICA?

Mariana da Silva Leal¹; Ana Carolina Pereira¹;
Bernardo Santos¹; Renata Aguiar¹;
Anabela Barcelos¹

1. Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: A artrite psoriática é uma artropatia inflamatória crónica associada à psoríase, podendo apresentar-se com envolvimento axial sob a forma de espondilite ou sacroileíte. Estudos demonstram uma maior prevalência de dor lombar com características inflamatórias associada à psoríase, no entanto a definição da sua etiologia pode ser desafiante devido à facilidade na presunção de um diagnóstico relacionado com a doença de base, negligenciando outras etiologias de dor lombar. O quisto de Tarlov é um quisto perineural, comumente localizado na região sagrada, que pode condicionar compressão nervosa sagrada, apresentando-se com dor referida à região sagrada e articulações sacroilíacas.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de um jovem de 36 anos com diagnóstico prévio de psoríase vulgar, avaliado em contexto de quadro de lombalgia intermitente com cerca de 9 anos de evolução, com irradiação para o membro inferior esquerdo e parestesias no pé ipsilateral. Referia agravamento recente da dor, com episódios diários, associada a despertares no-

turnos (segunda metade da noite), agravamento com o esforço e com o posicionamento copioso. Sem queixas articulares periféricas, rigidez matinal, uveíte, dactilite ou noção de episódios de entesite. Ao exame objetivo, apresentava psoríase cutânea (placas eritematosas dispersas por todo o corpo, poupando os genitais, palma das mãos e planta dos pés) e ungueal, dor à palpação das articulações sacroilíacas, com testes de Fabere e Volkman positivos. Tomografia-Computorizada da coluna lombar a demonstrar alterações degenerativas com osteofitose marginal e discos intervertebrais de L3-L4, L4-L5 e L5-S1 com ligeiras procidências circunferenciais. Analiticamente, hemograma com fórmula leucocitária sem alterações, velocidade de sedimentação 13mm na 1ª hora, proteína C reativa 0.97mg/dL; HLA-B27 negativo. A ressonância magnética das sacroilíacas demonstrou ausência de lesões erosivas ou alterações relevantes das lâminas ósseas subcondrais quer a nível dos ilíacos quer a nível do sacro; presença de uma formação quística radicular a nível do sacro com 19mm, compatível com quisto de Tarlov. O doente não cumpria critérios para Espondilite Psoriática de acordo com os critérios da classificação de CASPAR tendo tido alta da consulta de Reumatologia e orientado para avaliação por Neurocirurgia para adequada abordagem terapêutica.

Discussão: O diagnóstico diferencial da dor lombar no doente com psoríase deve ter em consideração outras etiologias de dor de padrão inflamatório, sendo essencial uma abordagem diagnóstica abrangente. A maioria dos quistos de Tarlov são assintomáticos. Quando sintomáticos, os doentes podem apresentar lombalgia ou sacralgia com comprometimento radicular nos membros inferiores, região perineal, disestesias ou hipoprestesias. Apesar dos quistos de Tarlov estarem já bem documentados na literatura, nem sempre estão presentes nos nossos diagnósticos diferenciais, sendo na maioria das vezes um achado imagiológico.

Conclusões: Em doentes com doenças imunomediadas que podem cursar com dor lombar inflamatória, o diagnóstico pode ser um desafio devido aos fatores confundidores existentes, sendo necessária a realização de estudo complementar adequado. O reconhecimento dos quistos de Tarlov na etiologia da dor lombar tem sido negligenciado, sendo o seu diagnóstico essencial para a correta orientação do doente e posterior abordagem terapêutica. Este caso evidencia a necessidade do estudo diferencial da lombalgia em todos os doentes, com exclusão de outras causas menos observadas na prática clínica.

PO 42 - UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL EM CONTEXTO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Mariana da Silva Leal¹; Priscila Silva¹;
Ana Carolina Pereira¹; Renata Aguiar¹; Anabela Barcelos¹
1. Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune com potencial envolvimento multissistémico, com apresentação clínica diversificada. A dor abdominal é um sintoma relativamente comum, decorrente de processos inflamatórios associados à progressão da doença, de complicações relacionadas com a terapêutica ou de infeções. A paniculite mesentérica caracteriza-se por uma inflamação crónica do tecido adiposo, cuja patogénese permanece pouco esclarecida, reconhecendo-se o papel da autoimunidade na sua etiologia.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 26 anos, com diagnóstico de LES com envolvimento imunológico, cutâneo (sob a forma de lesões psoriasiformes), vasculítico e Síndrome de Sjögren secundária, admitida no serviço de urgência por dor abdominal recorrente com 3 semanas de evolução, sem outra sintomatologia associada. Do estudo complementar, ecografia abdominal com massa periumbilical de causa não esclarecida, tendo sido medicada com anti-inflamatório não esteróide durante 10 dias. Reavaliada por manutenção das queixas, objetivou-se distensão abdominal com massa periumbilical palpável e dolorosa. Analiticamente com discreta elevação da proteína C reativa (0.99mg/dL) e da velocidade de sedimentação (28mm), sem outras alterações. Tomografia Computorizada (TC) abdominal com exuberante densificação difusa da gordura mesentérica, englobando as goteiras parietocólicas e retroperitoneu, compatível com paniculite mesentérica; associadamente, múltiplas formações ganglionares mesentéricas, lombo-aórticas e ilíacas, não adenopáticas. Prosseguiu estudo com realização de biópsia de gânglio inguinal, com exame anátomo-patológico a mostrar características reativas de padrão misto e fibrose do hilo, interpretado em contexto de atividade da doença. Iniciou prednisolona 0.5mg/Kg/dia com resposta inicialmente lenta à terapêutica instituída. Foi reavaliada após 3 meses com resolução da dor abdominal; ao exame objetivo, regressão parcial das formações nodulares, com manutenção de achados ecográficos compatíveis com paniculite mesentérica. Posteriormente realizou RMN-abdominal, com aumento difuso da intensidade de sinal nas ponderações sensíveis

ao líquido da gordura da raiz do mesentério, a qual se apresentava hipertrofiada, mas menos extensas e sem evidentes lesões sistematizadas a este nível, interpretado como melhoria do padrão inflamatório.

Discussão: A paniculite mesentérica é uma patologia rara, havendo apenas 4 casos descritos na literatura da sua ocorrência como manifestação de LES. Apresenta-se o caso de uma doente com diagnóstico conhecido de LES que se apresentou com dor abdominal subaguda, com TC-abdominal compatível com paniculite mesentérica. A marcha diagnóstica nestes doentes pode ser desafiante, implicando exclusão de complicações gastrointestinais da doença, sendo a TC o exame de eleição. Apesar da evidência histológica ser necessária para o diagnóstico definitivo, considerando os achados imagiológicos, a biópsia ganglionar, a resposta clínica ao tratamento e o risco não negligenciável da biópsia, assumido o diagnóstico de paniculite mesentérica em contexto de LES. A corticoterapia mostrou-se eficaz em doentes com componente inflamatório podendo, no entanto, haver uma resposta lenta ao tratamento, descrita nomeadamente em doentes com doença autoimune associada. A resposta terapêutica avalia-se pela evolução clínica, havendo pouca correlação com a evolução radiológica.

Conclusões: A paniculite mesentérica deve ser reconhecida como uma possível entidade na dor abdominal no doente com LES, podendo ocorrer como primeira manifestação da doença. A discussão multidisciplinar com marcha diagnóstica adequada torna-se essencial no diagnóstico e na abordagem terapêutica. A evolução clínica é o principal fator a ser avaliado na resposta à terapêutica, sendo as avaliações imagiológica e analítica fracos preditores de sucesso terapêutico.

PO 43 - VASCULITE DE PEQUENOS E MÉDIOS VASOS COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Joao Paulo Vilas-Boas¹
1. Centro Hospitalar Baixo Vouga

Introdução: A doença infamatória intestinal (DII) possui inúmeras manifestações extra-intestinais, nem todas facilmente reconhecidas. Expomos o caso de um doente com presença de nódulos subcutâneos nos membros inferiores associados a quadro constitucional e dejeções diarreicas. Foi diagnosticada vasculite de pequenos e médios vasos associada à DII, uma associação rara.

Caso Clínico: Jovem de 19 anos, que recorreu à consulta de Reumatologia por nódulos cutâneos eritema-

tosos em ambos os membros inferiores, dolorosos, com cerca de dois meses de evolução, levando a compromisso na marcha. Associadamente às lesões cutâneas apresentava astenia generalizada, anorexia e perda ponderal de 6Kg em dois meses. Referia também episódios intermitentes de carácter crónico de dor abdominal generalizada, bem como dejeções diarreicas sem presença de muco ou sangue. Relatava ainda história de aftose oral recorrente. Negava queixas de outros órgãos e sistemas. Como antecedentes relevantes destacamos cirurgia a abcesso perianal. Não cumpria medicação crónica. Ao exame físico foram observados múltiplos nódulos eritematosos em nos membros inferiores, tendo inicialmente sido interpretados como eritema nodoso. O estudo complementar inicial demonstrou anemia normocítica e normocrómica, elevação dos parâmetros inflamatórios (VS 46 mm/s; PCR 8,2 mg/dL), ANAs positivos com título de 1/160, p-ANCA e c-ANCA negativos. Sem outras alterações analíticas relevantes. Foi medicado com prednisolona oral 10mg/dia com posterior esquema de desmame. Inicialmente, verificou-se melhoria do estado geral e diminuição da extensão das lesões cutâneas, mas com novo agravamento após redução da dose para 5mg/dia. Para esclarecimento etiológico das lesões cutâneas foi realizada biópsia de um dos nódulos, cujo relatório anátomo-patológico descreveu um infiltrado misto predominantemente perivascular, com infiltração de células inflamatórias nas paredes vasculares, compatível com um processo vasculítico de atingimento de pequenos e médios vasos. Dois meses depois teve um episódio de retorragias de novo. A colonoscopia revelou ulcerações no ileo terminal e histologicamente ileíte crónica. A calprotectina fecal estava elevada (775ug/g). Foi excluído o envolvimento de outros órgãos e sistemas. Foi assumido como diagnóstico mais provável uma vasculite de pequenos e médios vasos como manifestação inicial de uma DII.

Discussão: A DII corresponde a um grupo de condições crónicas inflamatórias que afetam o tubo digestivo, sendo a doença de Crohn e a colite ulcerosa as principais patologias. Cerca de um terço dos doentes desenvolvem manifestações extraintestinais, sendo as mais comuns as dermatológicas. As alterações cutâneas surgem geralmente durante o curso da doença, embora em 10% dos casos possam ser a apresentação inicial. Incluem não apenas entidades como o eritema nodoso e o pioderma gangrenoso, mas também manifestações mais raras como a síndrome de Sweet, a doença de Crohn metastática e as associadas às vasculites. Existem

diversas publicações que associam várias classes de vasculites à DII, especialmente a arterite de Takayasu e a granulomatosa com poliangéite, contudo a literatura sobre esta associação permanece escassa. As vasculites observadas nos doentes com DII afetam predominantemente a pele, estando descritas lesões como púrpura palpável, úlceras, rash maculopapular e a presença de nódulos cutâneos. De assinalar que as vasculites também podem levar a manifestações gastrointestinais, pelo que podem ocasionalmente mimetizar uma DII.

Conclusão: Este caso ilustra um doente com DII com uma vasculite de pequenos e médios vasos como a manifestação inicial da doença. As lesões cutâneas de vasculite associadas à DII, apesar de serem descritas como raras, podem estar na verdade subvalorizadas. As manifestações extra-intestinais imuno-mediadas devem ser sempre procuradas num doente com suspeita de DII dado que podem ter importantes implicações na terapêutica e prognóstico.

PO 44 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA DOENÇA ÓSSEA DE PAGET NUMA UNIDADE DO INTERIOR DO PAÍS

Cátia Cristina¹; Catarina Silva²; Tiago Miranda³; Joana Baptista¹; Renato Brilhante¹; Svitlana Kachan⁴; Pedro Abreu⁵

1. USF Beira Saúde, ULS Castelo Branco, EPE
2. UCSP S. Tiago Saúde, ULS Castelo Branco, EPE
3. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior
4. UCSP S. Miguel, ULS Castelo Branco, EPE
5. Unidade de Reumatologia, ULS Castelo Branco, EPE

Introdução: A prevalência e a apresentação clínica e demográfica da Doença Óssea de Paget (DOP) podem variar consoante a população. Dado a morbilidade que esta doença pode causar, é importante conhecer as suas características.

Objetivo: Avaliar os parâmetros clínicos e demográficos de pacientes com DOP seguidos em consulta na Unidade de Reumatologia de Castelo Branco.

Material e métodos: Estudo observacional e retrospectivo dos utentes com DOP até junho de 2020, com o código diagnóstico 731.0 da ICD-9, com recolha de dados do processo clínico eletrónico e tratamento de dados no programa *Microsoft Excel*®.

Resultados – Foram encontrados 8 diagnósticos com preponderância masculina (87,5%), com uma média de idades de 72 anos e uma média de idades ao diagnóstico de 67 anos. As principais características clíni-

cas foram dor óssea e dor lombar. Nesta população não foram encontradas fraturas e todos apresentaram envolvimento ósseo típico. Nenhum doente tinha história familiar de DOP. 12,5% (n=1) dos doentes têm doença polioestótica, sendo que os restantes têm doença monostótica. Pélvis (62,5%), coluna (12,5%) e fémur (37,5%) são os locais mais afetados. O perfil bioquímico ao diagnóstico tinha uma Fosfatase Alcalina (FA) média de 179 IU/L (de 63-421 IU/L), média de cálcio sérico de 9,3 mg/dL, média de iPTH de 48,9 pg/mL (de 17,8-112,3 pg/mL) e média de 25-hidroxivitamina D de 24,4 ng/mL. Todos os doentes tinham cintigrafia óssea e todos necessitaram de tratamento. Bifosfonato endovenoso (EV) foi o tratamento mais utilizado (100% dos doentes foram tratados com 5mg de ácido zolendronico EV). A maioria dos doentes respondeu bem ao tratamento, com diminuição dos níveis de FA (média de 81,7 IU/L, de 57-96 IU/L). Um doente (12,5%) ainda não realizou análises de reavaliação, um doente (12,5%) abandonou o seguimento, todos os outros mantêm-se na consulta.

Discussão/Conclusões – Neste grupo de doentes com DOP, há uma maioria masculina e de doença monostótica, sem história familiar significativa. As características clínicas e bioquímicas clássicas responderam bem à terapêutica com bifosfonatos. As características demográficas e de apresentação clínica diferem da maioria dos estudos, o que se pode dever ao reduzido número da amostra.

PO 45 - QUANDO A IDADE AVANÇA E A OSTEOPOROSE TAMBÉM

Cátia Cristina¹; Catarina Silva²; Joana Baptista¹; Renato Brilhante¹; Svitlana Kachan³; Pedro Abreu⁴

1. USF Beira Saúde, ULS Castelo Branco, EPE
2. UCSP S. Tiago Saúde, ULS Castelo Branco, EPE
3. UCSP S. Miguel, ULS Castelo Branco, EPE
4. Unidade de Reumatologia, ULS Castelo Branco, EPE; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: A Osteoporose (OP) caracteriza-se por uma redução da massa óssea com aumento de fragilidade do osso, levando muitas vezes a fraturas de fragilidade. A dor e incapacidade funcional resultantes são a grande causa da morbilidade provocada por esta doença. Com uma prevalência estimada de 10,2% na população portuguesa em 2011-2013, particularmente no sexo feminino, o seu diagnóstico e gestão são essenciais na redução da dor crónica e na prevenção do

aumento de dependência nos idosos.

Caso Clínico: Mulher de 92 anos, polimedicação, parcialmente dependente nas atividades de vida diárias e com quedas frequentes, recorre repetidamente a consultas por dor crónica osteoarticular de difícil gestão. De momento mais focada na dor dorso-lombar, com irradiação às ancas, com evolução de várias décadas. Exame objetivo: IMC de 19,5 kg/m², cifose dorsal acentuada (aparentemente a agravar desde há mais de 30 anos). Refere baixo aporte de cálcio na dieta com um FRAX calculado de 27% para fratura maior osteoporótica e de 18% para fratura da anca. Analiticamente com défice de vitamina D (8,31 ng/mL), níveis de paratormona e cálcio normais, com uma taxa de filtração glomerular de 41 mL/min. A radiografia dorsal e lombar revela escoliose, sinais de osteoartrose, bem como várias fraturas vertebrais. Após contacto com o Reumatologista, decide-se iniciar tratamento com denosumab subcutâneo de 6/6 meses, juntamente com calcifediol 0,266 mg a cada duas semanas e cálcio oral diariamente.

Discussão: Tendo em conta a relação custo-benefício, optou-se por iniciar terapêutica com denosumab, para prevenção de novas fraturas. Apesar do contexto inicial se focar na gestão da dor, tornou-se uma prioridade não permitir que a situação se continuasse a deteriorar, com provável aumento do nível de dependência caso houvesse nova fratura, o que foi facilitado pela articulação entre especialidades.

Conclusões: A OP é uma doença que pode ser atrasada ou prevenida através de modificações do estilo de vida, cuja morbilidade poderá ser evitada se for diagnosticada e tratada atempadamente.

PO 46 - ANÁLISE COMPARATIVA DA FREQUÊNCIA DOS SINTOMAS GASTRO-INTESTINAIS NA AVALIAÇÃO CLÍNICA E NO UCLA SCTC GIT 2.0

Beatriz Samões¹; Diogo Fonseca¹; Romana Vieira¹; Taciana Videira¹; Abelha Aleixo¹; Patrícia Pinto¹; Miguel Guerra²

1. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho
2. Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Introdução: Estima-se que o tracto gastrointestinal (GI) esteja envolvido em cerca de 90% dos doentes com Esclerose Sistémica (ES). O questionário UCLA Scleroderma Clinical Trials Consortium Gastrointestinal Tract 2.0 (UCLA SCTC GIT 2.0) foi validado em vários países como uma ferramenta útil na avaliação dos sin-

tomas GI nesta patologia.

Objetivos: Avaliar se a aplicação do questionário é uma mais-valia na prática clínica ao comparar a frequência de sintomas GI apurados durante a avaliação clínica na consulta vs. aplicação do questionário.

Material e métodos: Foi realizado um estudo transversal numa coorte de doentes com ES. Durante a consulta, os doentes foram questionados quanto à presença de sintomas GI e foi entregue o questionário UCLA SCTC GIT 2.0 para preenchimento. Foram avaliados os subgrupos que analisam o refluxo, a distensão abdominal, a sujidade, a diarreia e a obstipação e as suas respostas foram transformadas em variáveis dicotómicas (presente/ausente). A análise estatística foi realizada usando IBM SPSS Statistics 26®.

Resultados: Foram incluídos 27 doentes, a maioria do sexo feminino [n = 23 (85.2%)], com uma média de idades de 53.3 ± 13.5 anos. Todos os doentes cumpriam os critérios de classificação de Leroy/medsger de 2001 ou ACR/EULAR de 2013: 14 (51.9%) tinham ES limitada, 6 (22.2%) tinham um Síndrome de Sobreposição, 4 (14.8%) tinham ES difusa e 3 (11.1%) tinham ES precoce. A prevalência dos sintomas em todos os subgrupos avaliados foi superior no questionário do que na avaliação clínica, observando-se uma diferença estatisticamente significativa no subgrupo refluxo [n = 16 (59.3%) vs. n = 13 (48.1%), p=0.018]. Nos restantes subgrupos, esta diferença, embora não estatisticamente significativa, também se verificou [distensão abdominal n = 20 (74.2%) vs. n = 1 (3.7%), p = 1.0; sujidade n = 2 (7.4%) vs. n = 0 (0%); diarreia n = 22 (91.7%) vs. n = 3 (11.1%), p = 1.0; obstipação n = 11 (40.7%) vs. n = 4 (14.8%), p = 0.273]. Na avaliação clínica, 12 doentes diziam-se assintomáticos do ponto de vista GI, mas todos eles reportaram algum sintoma GI durante o preenchimento do questionário. Os subgrupos em que a discordância entre as respostas durante a avaliação clínica e o preenchimento do questionário foi mais frequente foram a distensão [n = 19 (70.4%) e a diarreia [n = 19 (79.2%)].

Discussão/Conclusões: A detecção dos sintomas GI é importante, uma vez que o envolvimento GI na ES é dos mais frequentes, contribuindo para a morbidade e mortalidade nesta patologia. Os resultados do presente estudo permitem reforçar a utilidade do questionário UCLA SCTC GIT 2.0, habitualmente mais aplicado em contexto de ensaios clínicos, na prática clínica, ao concluir que este permite encontrar mais sintomas GI nos doentes com ES do que a avaliação clínica em ambiente de consulta, sendo esta diferença estatisticamente

significativa no subgrupo que avalia o refluxo. A diferença considerável encontrada nos subgrupos que avaliam sintomas do tracto GI baixo, como a diarreia e a obstipação, embora sem significado estatístico, pode dever-se ao facto do doente não se sentir confortável ao falar sobre eles, dificuldade que pode ser contornada com a aplicação do questionário. Por outro lado, esta ferramenta também pode ser um meio de quantificar a gravidade dos sintomas, monitorizar a sua evolução e de rentabilizar o tempo de consulta. São precisos mais estudos com amostras maiores para continuar a estudar o seu papel na prática clínica.

PO 47 - DESAFIOS DA INTERPRETAÇÃO DA RESSONÂNCIA NA ESPONDILARTRITE

Beatriz Samões¹; Diogo Fonseca¹; Miguel Guerra²; Romana Vieira¹; Taciana Videira¹; Abelha Aleixo¹; Patrícia Pinto¹

1. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho
2. Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Introdução: A ressonância magnética (RM) tem adquirido uma importância crescente no diagnóstico de Espondilartrite axial (SpAax) ao detectar precocemente alterações inflamatórias das articulações sacroilíacas (SI) e da coluna. É também usada no diagnóstico de outras patologias que envolvem o sistema nervoso central (SNC) e outros tecidos moles. No entanto, a sua interpretação nem sempre é linear.

Caso clínico: Homem de 31 anos com antecedentes de exérese de tumor epidermóide intra-medular em T1-T4 em 1997 e 2005 e sob eslicarbazepina 800 mg/dia por epilepsia. Recorreu à consulta de Reumatologia em 2018 por dor nadegueira com agravamento nocturno e ao início da marcha e alívio com anti-inflamatório. Tinha ainda dor disestésica desde a face lateral da coxa até ao tornozelo direitos com falta de força. Ao exame objectivo com coxalgia lateral à direita na manobra de Faber-Patrick, restantes manobras de avaliação das SI negativas, sem alterações na mobilidade e sem artrite. Reflexos vivos e simétricos, sem área alargada, alteração da força, da sensibilidade ou da marcha. Apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios (VS 47 mm/h e PCR 3.15 mg/dL) e HLA-B27 negativo, radiografia da bacia com esclerose do lado ilíaco da articulação SI direita e uma RM dorsal prévia (2012) com edema medular ósseo dos corpos vertebrais D3 e D4 com extensão aos elementos posteriores, com componente de tecidos moles a envolver os buracos de con-

jugação entre D1-D2 e D2-D3 e a região paravertebral lateral direita com extensão epidural de D3 a D6 e moldagem do cordão medular por D4, assumindo-se provável resíduo ou recidiva tumoral. Iniciou acetaminofina 90 mg/dia com melhoria sintomática e analítica (VS 29 mm/h e PCR 1.76 mg/dL). Realizou RM das SI que mostrava alterações compatíveis com sacroileíte direita e RM dorsal que descrevia estabilidade das lesões ao nível do buraco de conjugação de D3-D4, podendo corresponder a processo fibrótico/cicatrizial, da região intracanal extra-dural posterior entre D3-D4 e D5, de espessura mais reduzida, e dos elementos posteriores esquerdos de D3 e D4 com associação de pequeno componente de tecidos moles, podendo reflectir infiltração tumoral. As alterações da RM dorsal foram discutidas com a Radiologia para avaliar eventual contexto inflamatório/neoplásico. Considerou como causa mais provável a seqüela cirúrgica e sugeriu reavaliação em 6 meses cujo relatório descrevia progressão discreta relativamente ao exame anterior e levantou a hipótese de etiologia inflamatória para as lesões dos corpos e elementos vertebrais posteriores. Cerca de 16 meses depois, foi internado por uma sépsis por infecção do SNC envolvendo a medula espinhal, meninges e tecidos moles perivertebrais. Iniciou antibioterapia empírica com vancomicina e meropenem e corticoterapia endovenosa. Foram isolados *Streptococcus intermedius* multissensível nas hemoculturas e *Candida albicans* no líquido cefalo-raquídeo, tendo-se adicionado fluconazol. Por agravamento neurológico ao 10º dia de internamento, necessitou de cirurgia, mas sem recuperação da consciência no pós-operatório por vasculite infecciosa. Faleceu ao 17º dia de internamento.

Discussão: Este caso destaca-se pela dificuldade da interpretação da RM, cujas alterações foram observadas por diferentes radiologistas e que dada a sua inespecificidade e estabilidade foram interpretadas como seqüela pós-cirúrgica, quando na verdade poderiam já traduzir uma infecção indolente que veio a revelar-se fatal. Os agentes isolados estão descritos como causadores de infecções pós-cirúrgicas, nomeadamente com formação de abscessos do SNC. Num indivíduo jovem com lombalgia nocturna e com elevação dos parâmetros inflamatórios os diagnósticos de infecção/neoplasia devem ser excluídos, ainda que cumpra critérios de classificação ASAS de SpAax.

Conclusões: A interpretação da RMN é dependente do operador e devemos estar atentos a outros sinais clínicos ou complementares que nos possam ajudar na sua interpretação.

PO 48 - ARTRITE REUMATÓIDE E LEUCEMIA LINFOCÍTICA DE GRANDES CÉLULAS GRANULARES – QUAL A CAUSA? QUAL A CONSEQUÊNCIA?

Diogo Esperança Almeida¹; Emanuel Costa¹;
Joana Sousa Neves¹; Ana Roxo Ribeiro¹;
Marcos Cerqueira¹

1. Serviço de Reumatologia do Hospital de Braga

Introdução: A artrite reumatóide (AR) é uma doença reumática inflamatória que, apesar de se caracterizar por envolvimento articular preponderante, tem manifestações extra-articulares importantes. A leucemia linfocítica de grandes células granulares (LGL) é uma doença hematológica cuja fisiopatologia se baseia na proliferação de um clone de linfócitos grandes granulares, com invasão do sangue periférico e da medula óssea, e cujas manifestações mais usuais são esplenomegalia, citopenias, com neutropenia em particular, e intercorrências infecciosas facilitadas pela última. Encontra-se mais frequentemente associada a doenças imunomediadas do que de forma “primária”, podendo ser uma complicação habitualmente tardia de AR. Nesses casos, o seu curso é, em regra, crónico e indolente. O metotrexato está indicado em primeira linha tanto no tratamento da AR como da LGL.

Caso Clínico: Doente de 38 anos de idade, em seguimento em consulta de hemato-oncologia desde 2017 por neutropenia, linfocitose e hipergamaglobulinemia, detectadas em análises de rotina e sem qualquer queixa associada. Do estudo por esta especialidade, destacava-se expansão clonal de células CD8+ no sangue periférico e medula óssea, que conduziu ao diagnóstico de LGL. Não foi instituída terapêutica, mantendo apenas vigilância clínica e analítica. Em 2019, desenvolveu episódios frequentes e autolimitados de sintomas e sinais inflamatórios articulares a envolver joelhos, cotovelos, punhos e articulações das mãos. Em primeira avaliação por reumatologia, destacava-se antecedente familiar de AR numa irmã e não foram reportadas queixas extra-articulares. A avaliação complementar mostrou positividade em títulos elevados de factor reumatóide (FR) e anticorpos anti-peptídeos citrulinados (antiCCP), uricemia dentro da normalidade, elevação de parâmetros inflamatórios e ausência de evolução erosiva radiográfica. Foi estabelecido um diagnóstico de AR e iniciou terapêutica com metotrexato, com boa resposta clínica sustentada e melhoria das contagens de neutrófilos.

Discussão: Até 25% dos doentes com LGL têm AR.

Ainda assim, a ocorrência de LGL em doentes com AR é incomum e encontra-se mais frequentemente descrita em doentes com longo curso de doença. Especula-se que esta entidade e a síndrome de Felty (SF) façam parte de um mesmo espectro de doença hematológica, uma vez que as manifestações são semelhantes, com a provável diferença a residir na expansão mono ou policlonal dos linfócitos granulares e na severidade do quadro articular inflamatório (maior na SF). O surgimento concomitante de AR e LGL também se encontra descrito e as possibilidades de a expansão clonal na base da LGL preceder o desenvolvimento de AR ou de fazerem parte de um mesmo processo patológico também têm vindo a ser levantadas. No caso descrito, o início de manifestações de LGL e o seu diagnóstico precedeu largamente o início de manifestações clínicas atribuíveis a uma eventual artropatia inflamatória imunomediada. Por conseguinte, o valor da sua descrição reside na dificuldade em discernir, numa primeira avaliação, a causa e a consequência: seria a LGL em 2017 já uma consequência de um quadro de AR “pré-clínica” ou será o quadro inflamatório articular neste doente uma manifestação paraneoplásica de uma entidade que ocorre com pouca frequência de uma forma primária/isolada? Ainda que atípico em qualquer um dos cenários, neste caso particular, a positividade de FR e antiCCP e a história familiar favorecem a primeira hipótese.

Conclusões: Apesar do envolvimento articular dominante, a AR tem manifestações extra-articulares importantes, nomeadamente hematológicas, que todos os reumatologistas devem conhecer. A possibilidade de queixas músculo-esqueléticas constituírem manifestação de uma doença neoplásica deve sempre ser integrada no raciocínio clínico quando a história clínica o indicia. A LGL é uma entidade rara. Contudo, quando surge, encontra-se muitas vezes associada a doenças reumáticas inflamatórias.

PO 49 - “UMA DOR NUNCA VEM SÓ”: A PROPÓSITO DE UM DIAGNÓSTICO ACIDENTAL DE DOENÇA DE FORESTIER

Andreia Morais¹; Rita Moreira¹; Ângela Cerqueira¹

¹USF Tornada

Introdução: A hiperostose esquelética idiopática difusa, também conhecida como hiperostose anquilosante ou doença de Forestier, caracteriza-se por calcificação e ossificação dos ligamentos espinhosos. A sua etiologia permanece desconhecida mas acredita-se que fato-

res mecânicos, ambientais, dieta ou fármacos possam ter um papel importante. Atinge sobretudo homens com mais de 40 anos e os principais sintomas são cervicalgia, toracalgia e/ou lombalgia, bem como dor e diminuição da mobilidade da coluna ou articulações afetadas. Menos frequentemente, pode haver disfgia, dor nas ancas, ombros, cotovelos ou joelhos. No entanto, o diagnóstico pode ser apenas radiológico, na ausência de sintomas. O tratamento consiste em fisioterapia e fármacos como paracetamol, AINES e duloxetina orais ou glicocorticóides injetáveis. Em regra, o prognóstico é favorável.

Caso Clínico: JSB, sexo masculino, 72 anos, caucasiano, praticante regular de atividade física, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 - medicado com metformina, cancro colorretal em fase de remissão e cirurgias a ambos os joelhos por lesões meniscais.

Recorre à consulta aberta da sua Unidade de Saúde Familiar em setembro de 2020 por toracalgia posterior direita com agravamento naquela noite, associando a esforço físico mais intenso realizado há 4 meses. Admitiu-se contratura muscular e foi medicado com ciclobenzaprina e naproxeno. Regressa passados 21 dias referindo melhoria sintomática nos primeiros dias mas, após esse período, voltou a ter agravamento da dor na região interescapular e nas ancas (de novo) que agrava quando se senta. Solicitam-se radiografias da coluna cervico-toraco-lombar e medica-se com diazepam e tramadol + paracetamol, por resistência à terapêutica anterior. Decorridas cerca de 2 semanas, mantém queixas algicas, com intolerância à medicação instituída. As radiografias da coluna revelaram “a nível cervical, doença de Forestier, com aguçamento das apófises unciformes, osteofitose marginal dos pratos epifisários em L1-L2 e artrose das inter-apofisárias posteriores lombares”. Tem nova consulta 3 dias depois, acrescentando às queixas anteriores omalgia esquerda, cervicalgia e dor na coxa e joelhos direitos. Solicitam-se radiografias da anca e joelho, que revelam osteoartrose marcada da articulação coxo-femural direita, e a terapêutica é alterada para tramadol + dexcetoprofeno. regressa a consulta por dor intensa no membro inferior direito com edema da metade inferior e sinal de Homans positivo. Solicita-se ecodoppler venoso do membro, que confirma trombose venosa profunda. Inicia terapêutica com rivaroxabano a 30 de outubro.

Discussão: O caso descrito realça a importância da procura de uma causa etiológica para qualquer dor musculoesquelética que surge pela primeira vez e de forma progressivamente incapacitante num doente au-

tónomo, ativo e sem história de dor osteoarticular prévia. O achado imagiológico de doença de Forestier despertou-nos especial interesse, aliado ao facto de, a cada consulta, apresentar novas queixas algicas, com uma progressão rápida – cerca de 2 meses. As características epidemiológicas da doença são compatíveis com o sexo e idade do doente. As dores osteoarticulares deste doente foram-se tornando progressivamente incapacitantes, tendo ficado neste período mais imobilizado, o que poderá ter contribuído para o desenvolvimento do evento trombótico.

Salienta-se ainda neste caso, o desafio de instituição terapêutica, quer pelos efeitos adversos, quer pela ausência de resposta.

Conclusões: Com este caso pretendemos alertar para as queixas agudas frequentes na nossa consulta, e que por vezes escondem desafios etiológicos mais complexos.

PO 50 - MÉDICO DE FAMILIA, UM DETETIVE EM SAÚDE

Ângela Figueiredo Costa¹; Afonso Carvalhal¹; Gabriela Veloso¹; Afonso Batista¹

1. USF Senhora de Vagos

Introdução: A Polimialgia Reumática (PMR) afeta essencialmente mulheres acima dos 60 anos. Apresenta uma etiologia ainda desconhecida, mas fatores ambientais e genéticos parecem ter alguma influência na sua génese. Os sintomas são tipicamente dor de ritmo inflamatório e rigidez acentuada das cinturas pélvica e escapular, de início subagudo e de agravamento progressivo. Pode apresentar-se associada a arterite temporal (urgência médica) e sintomas sistémicos como febre, fadiga, anorexia e perda de peso. Como tal, uma história clínica e um exame físico detalhados, complementados com um estudo laboratorial e imagiológico permitem-nos fazer um diagnóstico e tratamento dirigido.

Caso Clínico: Mulher de 68 anos, medicada com atorvastatina 20mg id. Sem antecedentes pessoais relevantes. Em consulta não presencial, solicita receita de Naproxeno 500mg. Ao consultar o processo constata-se que é o terceiro pedido desta medicação nos últimos 2 meses – na altura introduzida por queixas músculo-esqueléticas de novo. Contacta-se telefonicamente a utente para esclarecimento. Previamente autónoma, refere início subagudo e agravamento progressivo de dor nas cinturas escapular e pélvica, mãos e joelhos; rigidez matinal superior a 30min e limitação nas AVD's (movi-

mentar-se na cama, levantar-se, vestir-se, pentear-se, lavar a loiça, higiene pessoal, ...). Convoca-se para uma consulta presencial e ao exame objetivo apresenta dor, limitação e rigidez dos movimentos das cinturas pélvica e escapular, com dor irradiada para a região cervical e dorso-lombar; edema das mãos (+ direita); squeeze test positivo bilateralmente. Negava cefaleias, alterações visuais ou perda de peso. Rastreios oncológicos negativos. Foi pedido estudo analítico e imagiológico, destacando-se discreta anemia normocítica-normocrômica, leucocitose, trombocitose, VS e PCR aumentadas, ANAs positivos, FR positivo. Colocou-se como hipóteses de diagnóstico PMR ou Artrite reumatoide do idoso de apresentação PMR-like. Contactou-se colega de Reumatologia para discussão do caso e introdução de terapêutica imediata dadas as queixas marcadas da utente. O colega confirmou suspeitas diagnósticas, optando-se por suspender medicação anti-inflamatória em curso, e iniciar prednisolona 15mg oral e Calcitab-D®. Referenciou-se a utente para a especialidade de Reumatologia para posterior avaliação e orientação. Contactada posteriormente para reavaliação, refere melhoria marcada das queixas.

Discussão: A PMR pode ser facilmente confundida com uma patologia osteoarticular degenerativa se não valorizarmos os sintomas dos utentes nestas faixas etárias e se não possuímos conhecimentos robustos na área da reumatologia. Assim sendo, é de extrema importância a colheita de uma boa história clínica e realização de um exame objetivo dirigido. Neste caso em particular, o facto de estarmos a enfrentar a pandemia pelo SARS-CoV-2 (em plena fase de desconfinamento), com redução marcada de consultas presenciais levou a um atraso no diagnóstico desta patologia, com consequências negativas para a nossa utente. De realçar a importância de associar suplementação de cálcio para prevenção de osteoporose secundária à terapêutica com corticoides.

Conclusão: A PMR é uma patologia relativamente comum nos Cuidados de Saúde Primários. Implica um diagnóstico, tratamento e acompanhamento cuidados e ao longo do tempo. Este caso clínico pretende realçar a importância de um olhar atento e crítico do médico de família (MF) em todas as situações, sejam elas presenciais ou não. Todos os contactos devem ser uma oportunidade para o MF rever o processo clínico e a medicação dos seus utentes. No entanto, a lista extensa de utentes e a grande procura de cuidados médicos dificultam essa abordagem.

PO 51 - SÍNDROME DE MCCUNE-ALBRIGHT

Margarida Faria¹; Alberto Quintal¹; Lídia Teixeira¹; Mário Rodrigues¹

I. SESARAM

Introdução: A síndrome de McCune-Albright é uma doença rara, com uma prevalência de 1 em 100,000 a 1 em 1,000,000, caracterizada por displasia fibrosa óssea, manchas *café-au-lait* e endocrinopatias hiperfuncionantes. A displasia fibrosa é uma condição óssea benigna, na qual ocorrem substituição da porção medular do osso por tecido conjuntivo fibroso e uma perturbação da diferenciação osteoblástica, que acometer um só osso – monostótica, ou vários ossos – poliostótica. Consequentemente, a maioria dos pacientes apresenta fraturas de baixo impacto, deformação óssea e dor óssea. A tradução radiográfica desta condição tem características específicas conforme o osso afetado. O diagnóstico de síndrome de McCune-Albright num paciente com displasia fibrosa requer a presença de, pelo menos, uma manifestação extra-esquelética.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 56 anos, caucasiano, observado na consulta de Reumatologia no contexto de antecedentes de fraturas de fragilidade do osso ilíaco, tibia e fémur direitos. Ao exame objetivo, apresentava escoliose lombar esquerda, dismetria dos membros inferiores e deformações nos ossos do crânio. Analiticamente, a destacar a hipofosfatemia (1.51 mg/dL), défice de vitamina D (20 ng/mL) e níveis ele-

vados de fosfatase alcalina (238 UI/L), de hormona paratiroideia (99.9 pg/mL) e de osteocalcina (92.3 ng/mL). Na radiografia pélvica, observa-se, no osso ilíaco e fémur direitos, um osso cortical de espessura reduzida e lesões ósseas quísticas e expansivas, com aspeto em “fundo de garrafa” que condicionam, ao nível do fémur proximal, a típica deformação em “bastão de pastor” (Fig. 1). A tomografia computadorizada crânio-encefálica revelou a presença de lesões ósseas líticas e expansivas com a típica de aparência em vidro fosco (Fig. 2). A avaliação da presença de outras endocrinopatias conduziu ao diagnóstico de hipertiroidismo. Neste sentido, o doente foi, inicialmente, medicado com hexafosfato de inositol 200 mg/dia e calcitriol 0,25 mcg/dia e, posteriormente, com 70 mg de ácido alendrónico por semana.

Discussão: Neste caso clínico, a história de fraturas de baixo impacto e deformação dos ossos do crânio motivaram uma avaliação imagiológica e do metabolismo fosfocálcio. Destes resultaram a identificação de lesões ósseas características de displasia fibrosa, neste caso poliostótica com envolvimento dos ossos do crânio e envolvimento unilateral do esqueleto apendicular, e de hiperparatiroidismo hipofosfatémico. Perante a suspeição clínica de síndrome de McCune-Albright, foram requisitados doseamentos hormonais e feito o diagnóstico de hipertiroidismo.

Conclusão: A síndrome de McCune-Albright é uma doença rara, para a qual o médico deve estar alerta



Imagem 1: Radiografia da bacia, do doente do caso clínico, onde se podem observar lesões de displasia fibrosa no osso ilíaco e fémur direitos e metade direita do osso sacrado. Note ainda, a deformação em “bastão de pastor”, característica do envolvimento do fémur proximal.

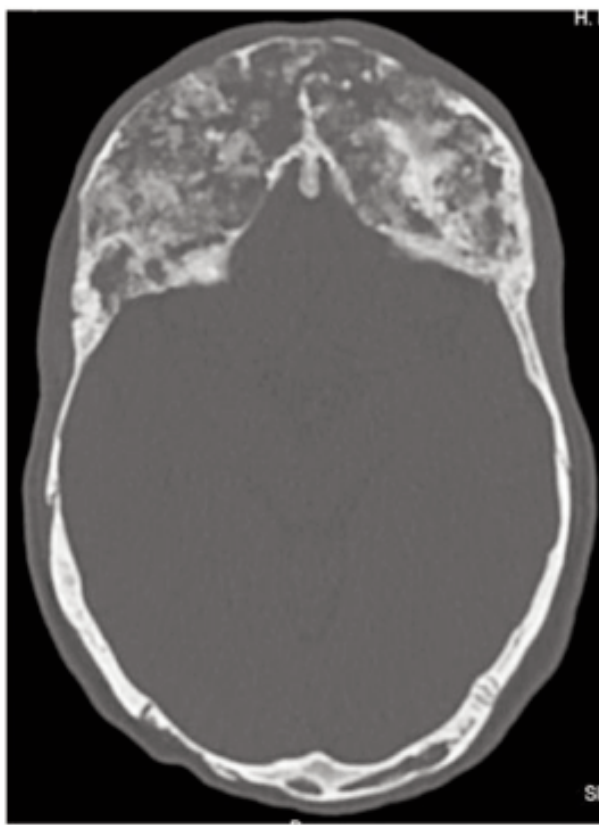


Imagem 2: A tomografia computadorizada crânio-encefálica, do doente apresentado no caso clínico, onde se podem observar lesões com aparência em vidro fosco, características do envolvimento dos ossos crânio-encefálicos.

quando um doente apresenta displasia fibrosa uma vez que, poderá coexistir uma endocrinopatia não diagnosticada. Das alterações endócrinas que deverão ser ativamente pesquisadas no doente com displasia fibrosa, destacam-se o hipertireoidismo, hiperparatireoidismo primário, osteomalácia hipofosforémica hipofosfatúrica, hipercortisolismo, acromegália e hiperprolactinemia. Apesar de não terem efeito no curso natural da doença, os bifosfonatos são efetivos no alívio da dor óssea, sobretudo no envolvimento no esqueleto axial e apendicular, conferindo uma melhor qualidade de vida a estes pacientes. Além do tratamento da dor, importa o tratamento do hiperparatireoidismo hipofosfatémico, frequentemente presente, e de outras endocrinopatias identificadas.

PO 52 - CALÇADO ORTOPÉDICO E ORTÓTESES DE PÉ EM PATOLOGIA REUMATOLÓGICA

Rita Santos¹; José Bernardo Ferreira¹; André Canelas¹; Filipa Januário¹

1. Centro Hospitalar de Leiria, Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

Introdução: As alterações estruturais e funcionais que ocorrem ao nível do pé no doente com artropatia inflamatória afetam frequentemente a marcha e a mobilidade, constituem uma causa de dor e de limitação na realização de atividades de vida diária, levando consequentemente a um importante impacto na qualidade de vida. Na artrite reumatóide, o envolvimento dos pés atinge cerca de 90% dos doentes. Numa fase precoce, os doentes denotam o calçado apertado, devido ao edema associado à sinovite, optando muitas vezes por adquirir calçado de um tamanho superior. Numa fase já avançada e estabelecida da doença, à medida que as deformidades agravam, ocorrem importantes alterações na estrutura anatómica do pé, que podem incluir pés planovalgus (até 50%), hallux abducto-valgus, dedos em garra, estreitamento do calcanhar em relação ao antepé, proeminências na face plantar e lesões por hiperpressão. Também na artrite psoriática ocorrem deformidades no pé, nomeadamente hallux valgus, dedos em garra e em martelo, entesite, dactilite e pés planovalgus. O calçado ortopédico e ortóteses adaptados ao pé reumático têm como principais objetivos preservar a função e a mobilidade do pé, atuando também no alívio da dor. São executados segundo prescrição médica.

Caso Clínico: Foram avaliados dois doentes com artropatia inflamatória com envolvimento do pé em contexto de consulta de Medicina Física e Reabilitação. Uma doente com artrite reumatóide (AR), que apresentava alterações que incluíam hallux valgus, calcâneo valgus, pé triangular e dedos em garra. Um doente com artrite psoriática (AP) pseudo-reumatóide e mutilante, com alterações que incluíam pé planovalgus, hallux valgus e dactilite. Foi prescrito calçado e ortóteses confeccionados à medida. Realizou-se a reavaliação numa segunda consulta, tendo-se verificado a adequabilidade e adaptação ao calçado, a melhoria da capacidade de marcha e alívio da dor.

Discussão: O calçado ortopédico tem como objetivos suportar e limitar o movimento articular, acomodar deformidades, melhorar o padrão de marcha, aliviar zonas de hiperpressão e diminuir a dor. O uso de calçado ortopédico e de ortóteses de pé em doentes com AR é suportado por evidência científica, estando descrito que há melhorias significativas na funcionalidade e dor, quando comparado com os doentes que usam calçado normal. O benefício do calçado ortopédico na AP tam-

bém é evidente, embora menos descrito na literatura. O calçado ortopédico deve incluir características específicas para minimizar o impacto das deformidades na funcionalidade do pé. Estas podem incluir uma gáspea alta e larga para acomodar as deformidades do antepé; um contraforte alto e longo para limitar a mobilidade da articulação do tornozelo; uma barra de balanço para melhorar a propulsão na marcha e diminuir a pressão nas cabeças dos metatarsos. Como ortóteses de pé, poderão ser usadas palmilhas de contacto total que têm um papel importante na redistribuição uniforme da carga em toda a planta do pé, reduzindo pontos de hiperpressão e conseqüente risco de ulceração; e ortesiologia digital em silicone para acomodar as deformidades dos dedos. Podem ainda ser realizadas modificações no sistema de aperto se o doente apresentar deformidade da mão (por exemplo, velcro).

Conclusões: O uso de calçado ortopédico e ortóteses de pé em doentes com artropatia inflamatória com atingimento do pé são de extrema importância para a funcionalidade do doente, não devendo ser subestimado o seu valor. Estes doentes beneficiam de uma avaliação precoce em consulta de Medicina Física e Reabilitação para a prescrição individualizada destes produtos de apoio. É importante o seguimento destes doentes, pois pode ocorrer agravamento das deformidades com a evolução da doença, tornando-se necessária a readaptação do calçado/ortóteses.

PO 53 - DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL COMO APRESENTAÇÃO DE UMA SÍNDROME ANTI-SINETASE - A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA ERA COVID-19

Susana P. Silva¹; Bárbara Paracana Oliveira²; Renata Aguiar¹; Inês Cunha¹; Pedro Ferreira³; Andreia do Carmo Lopes²; Mariana Sousa²

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Aveiro

2. Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Aveiro

3. Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Aveiro

A Síndrome Anti-Sinetase (SAS) é uma doença autoimune rara caracterizada pela presença de auto-anticorpos contra uma aminoacil-tRNA sintetase (Ac. anti-histidil-tRNA sintetase). Esta síndrome pode manifestar-se com doença pulmonar intersticial (DPI), artrite, mio-site, fenómeno de Raynaud, febre e/ou hiperqueratose cutânea, sendo considerável a heterogeneidade clínica

que pode apresentar. Faz parte das Miopatias Inflamatórias Idiopáticas (MII), sendo aquela com maior prevalência de DPI, muitas vezes severa e rapidamente progressiva, causando maior morbimortalidade nos seus doentes. Apresenta-se o caso de um doente com DPI em contexto inaugural de SAS.

Homem de 28 anos, autónomo, de nacionalidade indiana, soldador, sem antecedentes pessoais e familiares conhecidos. Recorreu ao serviço de urgência por tosse seca, posteriormente com expectoração mucóide, associada a toracalgia pleurítica, dispneia para pequenos esforços, febre e perda ponderal de 10% do peso corporal prévio, com 3 meses de evolução. Negava outra sintomatologia de órgão ou sistema relevante. À admissão, apresentava-se febril (temperatura auricular 37.8°C), hemodinamicamente bem, com saturação transcutânea de oxihemoglobina de 96% em ar ambiente e murmúrio vesicular diminuído na base esquerda do pulmão. Do estudo efetuado, destacava-se significativa elevação da CPK (41 460 U/L), citólise hepática (AST 941 U/L, ALT 413 U/L) e PCR 1.75 mg/dL, e uma radiografia de tórax com infiltrados intersticiais bilaterais de predomínio inferior. Admitido inicialmente no serviço de Medicina Interna, veio a evoluir com insuficiência respiratória aguda tipo 1 progressiva com necessidade de admissão em Cuidados Intensivos com início de oxigenoterapia de alto fluxo nasal e posterior transferência para Pneumologia. Por suspeição inicial de pneumonia a SARS-CoV-2 realizaram-se vários testes por PCR, incluindo em lavado broncoalveolar, todos negativos. Verificou-se agravamento radiológico para um padrão de Dano Alveolar Difuso em TC torácica de alta resolução. Todo o estudo microbiológico invasivo foi negativo. No estudo imunológico, identificaram-se anticorpos antinucleares positivos (1/320), com anti-Jo1 e anti-Ro52 positivos, e anti-MDA5 negativo. Curiosamente, observou-se melhoria espontânea da CPK. Tendo em conta o agravamento clínico e radiológico e o padrão de anticorpos, assumiu-se DPI em contexto inaugural de SAS. Apresentava uma FVC de 39% e uma DLCO de 51% do previsto em provas de função respiratória. Foi submetido a 3 pulsos de metilprednisolona (1g) endovenosa (EV), seguido de prednisolona oral (1mg/kg/dia), e iniciou terapêutica de indução com ciclofosfamida segundo esquema NIH (750 mg EV). Pela ausência de resposta significativa fez 5 dias de imunoglobulina EV (0.4g/kg/dia). Após melhoria clínica e radiológica parciais teve alta sob esquema regressivo de prednisolona e pulsos de ciclofosfamida mensais e ativação de con-

centrador portátil de oxigénio.

A pandemia da Covid19 tem desviado a atenção médica para a identificação de casos, sobretudo quando a clínica e imagem são altamente sugestivas da infeção. Contudo, este caso relembra-nos a importância da avaliação multidisciplinar (Medicina Interna, Reumatologia e Pneumologia) onde todas as hipóteses devem ser equacionadas. Apesar de cumprir os critérios de diagnóstico de Connors, não preenche os de Solomon. Contudo, são já vários os casos descritos na literatura que relatam DPI como manifestação única da SAS. Além disso, a inexistência de sintomas miopáticos clássicos definidores de Polimiosite não é incomum, podendo inclusive virem a surgir numa fase posterior.

Espera-se que este relato chame à atenção para a DPI como manifestação inicial de uma MII, mesmo que com características clinicamente amiopáticas. Esta hipótese diagnóstica deve ser evocada perante a presença de DPI na presença de um Ac. anti-histidil-tRNA sintetase, dado que o seu reconhecimento precoce pode associar-se à diminuição do risco de mortalidade associado.

PO 54 - AS MUITAS FACES DA SARCOIDOSE: PERSPETIVA DO REUMATOLOGISTA

Emanuel Costa¹; Diogo Esperança Almeida¹;
Margarida Correia¹; Marcos Cerqueira¹;
Ana Roxo Ribeiro¹; Joana Sousa-Neves¹
1. Hospital de Braga

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória sistémica de etiologia desconhecida, caracterizada pela formação de granulomas não caseosos, virtualmente em qualquer órgão, sendo o pulmão o mais afetado. As manifestações musculoesqueléticas da sarcoidose são relativamente comuns, estimando-se que ocorram em até 30% dos doentes.

Caso 1: Mulher de 43 anos, com antecedentes de uveíte intermédia bilateral recorrente. Iniciou quadro de artrite do punho direito e tornozelos. Ecograficamente apresentava hipertrofia sinovial da radiocárpica e tibiotársica à direita, tenossinovite em vários tendões do punho direito e ambos os tornozelos, destacando-se marcada infiltração do tecido celular subcutâneo nos tornozelos e pés. Analiticamente, apenas apresentava elevação de parâmetros inflamatórios. A Tomografia de Alta Resolução do tórax (TCAR-T) revelou várias adenomegalias hilares e mediastínicas, com distribuição simétrica e padrão nodular difuso, de distribuição perilinfática no parênquima (padrão típico).

Caso 2: Mulher de 42 anos, com diagnóstico prévio de Lúpus Eritematoso Sistémico aos 22 anos com envolvimento cutâneo, articular, hematológico e renal. Estava medicada, à data de observação, com micofenolato de mofetil e tinha suspenso, por autoiniciativa, a hidroxiquina. Apresentou-se em consulta com queixas de novo de nódulos eritematosos subcutâneos, dispersos pelas superfícies extensoras dos membros e abdómen. Analiticamente com elevação das transaminases, fosfatase alcalina, da enzima conversora de angiotensina e leucopenia com linfopenia. Realizou biópsia que revelou infiltrado granulomatoso de tipo sarcóide, formado por histiócitos epitelióides, numerosas células gigantes e multinucleadas. A TCAR-T demonstrou padrão típico de sarcoidose.

Caso 3: Homem com diagnóstico de Espondilite Anquilosante desde os 35 anos, sob tratamento com anti-inflamatórios não esteroides (AINE). Aos 52 anos, por agravamento de dorso-lombalgia inflamatória, sem resposta a dois AINE distintos, e com evidência de atividade inflamatória em Ressonância Magnética da coluna dorsal e lombar, iniciou terapêutica com adalimumab, com excelente resposta clínica. Aos 54 anos, por falência secundária, e no contexto de *switch* terapêutico para secucinumab, realizou radiografia do tórax que apresentou reforço intersticial difuso marcado não presente na radiografia prévia ao início de adalimumab. Analiticamente, apresentava elevação de parâmetros inflamatórios sem outros dados anormais. Realizou TCAR-T que demonstrou um padrão típico de sarcoidose.

Discussão: Apesar das manifestações músculo-esqueléticas da sarcoidose serem relativamente comuns, na maioria dos casos, as queixas são transitórias levando a uma baixa referência para a observação em reumatologia.

Os casos apresentados ilustram três possíveis cenários em reumatologia, onde a sarcoidose se revelou o diagnóstico inicial, concomitante a outro diagnóstico, ou secundário a terapêutica. Nenhum dos doentes apresentava sintomatologia respiratória. Em todos os casos foram excluídas outras possíveis causas.

Cada caso pretende evidenciar particularidades das manifestações sarcoides e alertar para a complexidade do quadro clínico e seu diagnóstico diferencial.

Conclusão: Pela miríade de possíveis apresentações clínicas e curso imprevisível, a sarcoidose pode mimetizar outras patologias reumatológicas ou algumas das suas afeções orgânicas. O conhecimento das possíveis manifestações da doença, bem como as subtis pistas

clínicas para a sua identificação, podem colocar o reumatologista no enalço do diagnóstico de sarcoidose.

PO 55 - LES – UM EXEMPLO DA IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS INTEGRADOS

João R. Nunes Pires¹; Violeta Florova¹;
Raquel Baptista Leite¹; Catarina Moita¹; Ana Dantas¹;
Ana Paes Vasconcellos¹

1. USF São Martinho de Alcabideche

Introdução: Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença crónica imunomediada, que afeta 0.07% da população portuguesa, tipicamente mulheres em idade fértil, sendo mais prevalente na raça africana, asiática e hispânica. A etiologia parece incluir fatores genéticos, hormonais, imunológicos e ambientais. A evolução é variável, desde constante atividade com persistência de sintomas, até evoluir por períodos de agudização (*flares*) intercalados com períodos de remissão. A exposição solar parece ter um papel crucial no despoletar da doença e *flares*. Em 90% dos casos estão presentes manifestações cutâneas ou articulares aquando do diagnóstico, mas a clínica é variada e multissistémica. É essencial uma anamnese e exame físico minuciosos, aliados a um estudo complementar dirigido, para o diagnóstico e abordagem atempados quer da patologia de base, quer das suas complicações.

Caso: Sexo feminino, 33A, diagnosticada com LES (envolvimento mucoso, cutâneo, articular, vascular e imunológico) há 3 anos e medicada com prednisolona (PDN) 5mg id, azatioprina 150mg id e hidroxiquina 400mg id. Recorre a consulta aberta no centro de saúde por quadro de cansaço para esforços progressivamente menores, episódios de dispneia, febre essencialmente vespertina que regride espontaneamente e dores generalizadas, com 1 mês de evolução e agravamento desde há 1 semana. À observação, destacavam-se apenas ferveres crepitantes na base pulmonar esquerda. Trazia consigo um eletrocardiograma (ECG) recente que não revelava quaisquer alterações. Pediu-se radiografia tórax com urgência, que mostrou 2 dias depois, revelando “alteração fibrótica da pleura mediastínica inferior direita com imagem em tenda, provavelmente sequelar; acentuação do desenho broncovascular nas regiões hilo-basais; sem lesões parenquimatosas ou cardiomegalia”. Assumida infeção respiratória baixa, foi medicada com amoxicilina/ác. clavulânico e azitromicina, com pedido de avaliação analítica, ecocardiograma e novo ECG, e reavaliação ao 6º dia de antibioterapia. Um dia depois, realiza eco-

cardiograma que revelou derrame pericárdico circunferencial, sugerindo-se doseamento de enzimas cardíacas pelo risco de miopericardite, razão pela qual é enviada ao Serviço de Urgência (SU). No SU, e após esboço de padrão S1Q3T3 no ECG, pede-se angioTC que, além de confirmar derrame pericárdico com 15mm de espessura, revela “derrame pleural esquerdo com atelectasia subsegmentar basal antero-medial”. Assumida polisserosite em contexto de flare de LES, fica internada em Serviço de Observação sob PDN 1mg/kg/d (60mg/d) e colchicina, com regressão dos derrames e parâmetros inflamatórios. Tem alta 2 dias depois, mantendo a dose de PDN e colchicina 1mg até consulta de Reumatologia. Nos 5 meses subsequentes fez desmame de PDN até 7.5mg/d com remissão clínica, imagiológica e laboratorial mantidas (VS 8mm/h, anti-dsDNA 1.6UI/mL, sem consumo de complemento).

Discussão: A pericardite é uma das complicações do LES, podendo preceder as manifestações articulares e cutâneas clássicas. O envolvimento pericárdico afeta mais de 50% dos doentes, é geralmente assintomático e benigno, sendo rara a progressão para tamponamento pericárdico ou pericardite constrictiva. A sua associação com outras serosites (nomeadamente derrame pleural) é comum durante os *flares* da doença. Quando sintomática, tem uma boa resposta aos anti-inflamatórios (AINEs) ou, se refratário, à corticoterapia (CE), sendo que a associação com colchicina permite uma redução franca da recorrência.

Conclusão: É crucial o Médico de Família estar despojado para o diagnóstico das doenças auto-imunes e suas complicações, muito dificultado pela inespecificidade e variabilidade das manifestações, bem como pela sobreposição de diagnósticos. A sua referenciação ou mesmo abordagem precoce nos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente início de CE e eventual imunossupressão, permite minimizar o risco de complicações e o impacto funcional e biopsicossocial na vida do doente.

56 - GOTA E DOENÇA DE MADELUNG – UMA ARTROPAZIA COMUM NO CONTEXTO DE UMA DOENÇA RARA

Hugo Parente¹; Francisca Guimarães¹;
Soraia Azevedo¹; Joana Ramos Rodrigues¹;
Diogo Almeida²; Ana Sofia Pinto³; Joana Leite Silva¹;
Carmo Afonso¹; Filipa Teixeira¹

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

2. Serviço de Reumatologia, Hospital de Braga, Braga,

Portugal

3. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda, Guarda, Portugal

Introdução: A doença de Madelung ou lipomatose simétrica múltipla é uma entidade rara, de etiologia desconhecida, caracterizada pela formação progressiva e simétrica de lipomas não capsulados¹ e indolores, sobretudo na face, pescoço, região occipital, supraclavicular e ombros, e, mais raramente, nas extremidades. Afeta cerca de 15-30 vezes mais frequentemente o sexo masculino, entre os 30 a 60 anos, havendo casos descritos de agregação familiar^{2,3}, admitindo-se uma hereditariedade autossómica dominante com penetrância variável da transmissão do genoma mitocondrial⁴. Aproximadamente 60 a 90% destes doentes têm antecedentes de alcoolismo⁵, sendo, igualmente, conhecida uma associação a patologias endócrino-metabólicas, como a hiperuricemia e gota.

Casos clínicos: Apresentam-se dois casos de artropatia gotosa no contexto de doença de Madelung.

Doente do sexo feminino, de 73 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, hábitos etílicos marcados e lipomatose simétrica múltipla com anos de evolução, observada por artralgiias de ritmo inflamatório envolvendo ombros, punhos e joelhos. Objetivamente, apresentava artrite dos punhos e joelhos. Tinha sido medicada 15 dias antes com alopurinol 300mg/dia, no contexto de hiperuricemia (11.40 mg/dL). A artrocentese do joelho demonstrou líquido sinovial com características macroscópicas de inflamação e cristais de monourato de sódio na microscopia ótica. Iniciou colchicina, mantendo o alopurinol, com melhoria acentuada das queixas algicas e regressão dos sinais inflamatórios articulares. Atualmente, o ácido úrico é de 3 mg/dL.

Doente do sexo feminino, de 57 anos, com antecedentes de lipomatose simétrica múltipla e consumo etílico excessivo, observada em consulta de reumatologia por queixas articulares inflamatórias do punho esquerdo, de início súbito e com sinais inflamatórios locais. Realizada artrocentese do punho e observação do líquido sinovial ao microscópio ótico, denotando-se a presença de cristais de monourato de sódio.

Em ambos os casos, concluiu-se por quadro de artropatia gotosa em contexto de doença de Madelung.

Discussão: A doença de Madelung, também designada lipomatose simétrica benigna ou síndrome de Lauenois-Bensaude, inicia-se com um crescimento lipomatoso rápido que, posteriormente, estabiliza numa pro-

gressão indolente. Estão descritos dois subtipos, segundo a classificação mais consensual, de Enzi⁶: tipo 1 – disposição em redor do pescoço (colar de Madelung, collar de cavalo e bossa de búfalo); tipo 2 – distribuição mais caudal em padrão ginecóide, semelhante a obesidade. Pode, também, afetar estruturas mais profundas, como o retroperitoneu ou o mediastino⁷, e envolver vasos, nervos e músculos, gerando sintomatologia por compressão do trato respiratório e/ou digestivo, sendo que a sua natureza não capsulada pode tornar a excisão cirúrgica mais complexa. Embora etiologicamente pouco esclarecida, tem sido proposto um distúrbio mitocondrial subjacente, do tecido adiposo castanho⁸, a par de alterações da membrana adipocitária ou da lipólise adrenérgica⁹. Além da já bem estabelecida associação ao consumo de álcool, agente pro-lipogénico e anti-lipolítico, estão descritas correlações a hiperuricemia (13,6%-17,5%^{10,11}), gota (4,5%¹⁰), doença hepática, diabetes mellitus e intolerância a glicose, hipertensão arterial, dislipidemia, hipotireoidismo e polineuropatia¹³. Apesar dos escassos relatos de transformação maligna¹⁴ e da recidiva frequente, o prognóstico é geralmente bom.

Os casos apresentados procuram documentar mais duas associações entre a lipomatose simétrica múltipla e a artropatia gotosa, sublinhando, assim, a importância das alterações metabólicas subjacentes à doença de Madelung e a sua possível repercussão osteoarticular.

Conclusão: Apesar de rara, a doença de Madelung é clinicamente diagnosticada com base na anamnese e exame objectivo, sendo fundamental, para o reumatologista, reconhecer, na sua presença, a associação possível com a artropatia gotosa.

PO 57 - TENOSSINOVITE SIMÉTRICA DA INSERÇÃO DISTAL DO BICÍPITE: MANIFESTAÇÃO INCOMUM DE DOENÇA REUMÁTICA INFLAMATÓRIA

Hugo Parente¹; Francisca Guimarães¹; Soraia Azevedo¹; Joana Ramos Rodrigues¹; Diogo Almeida²; Ana Sofia Pinto³; Carmo Afonso¹; Filipa Teixeira¹; José Tavares-Costa¹

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

2. Serviço de Reumatologia, Hospital de Braga, Braga, Portugal

3. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda, Guarda, Portugal

Introdução: A tendinopatia da inserção distal do bicí-

pite está frequentemente na dependência de eventos traumáticos, com rotura tendinosa parcial ou completa, sendo tipicamente associada ao sexo masculino, tabagismo e corticoterapia prolongada (1). Contudo, raramente é descrita no contexto de patologia reumatisma inflamatória

Apresenta-se, assim, o caso de uma doente com poliartrite seronegativa que cursou com tenossinovite bilateral da inserção distal do bicipite.

Caso clínico: Mulher de 72 anos de idade, não fumadora, seguida em consulta de reumatologia por polimialgia reumática, medicada com corticoide com boa resposta. Após 1 ano, inicia dor nos cotovelos, objetivando-se, ao exame físico, tumefacção mole e simétrica da região antecubital, de crescimento progressivo, dolorosa à palpação e agravada na supinação resistida, provocando limitação ligeira na flexão completa do cotovelo e, igualmente, na extensão terminal. Adicionalmente, apresentava artrite de algumas articulações metacarpofalângicas e elevação de parâmetros inflamatórios. Na avaliação ecográfica, constatou-se tenossinovite bilateral da inserção distal do bicipite e bursite bicipitoradial. Foi realizada aspiração da bolsa, com saída de líquido sinovial de características inflamatórias. Pelo quadro agravado e refractário a tratamento com corticosteróides, iniciou terapêutica imunomoduladora com metotrexato, com melhoria clínica.

Discussão: Este caso evidencia uma apresentação clínica da tendinopatia da inserção distal do bicipite, independente de trauma e dos fatores epidemiológicos tipicamente associados (sexo, idade e tabagismo), à exceção da corticoterapia, com dor e tumefacção da face ventral do cotovelo, podendo causar limitação e/ou fraqueza nos movimentos de flexão, extensão e supinação do membro superior. Estas manifestações devem levar à suspeição de lesões desta porção tendinosa, apesar de pouco comuns no contexto de patologia reumática crónica inflamatória.

A ecografia, pelos avanços na área musculoesquelética, e pela sua disponibilidade, baixo custo e sensibilidade para achados precoces, é um exame fundamental na avaliação desta tendinopatia.

Conclusão: A tenossinovite da inserção distal do bicipite, apesar de rara, é uma alteração que pode surgir como manifestação de uma doença reumática inflamatória, devendo, por isso, ser reconhecida, nos seus aspetos clínicos e imagiológicos.

PO 58 - TOFOS GOTOSOS NUMA MULHER COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE GOTA

Svitlana Kachan¹; Cátia Cristina²; Jorge Pereira³;

Catarina Silva⁴; Pedro Abreu⁵

1. UCSP S. Miguel, ULSCB,EPE

2. USF Beira Saúde, ULSCB,EPE

3. UCSP São Miguel, ULSCB,EPE

4. UCSP S. Tiago Saúde, ULSCB,EPE

5. Unidade de Reumatologia, ULSCB, EPE;

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: A Gota é uma doença metabólica caracterizada por depósito de cristais de monourato de sódio nas articulações, ossos e diferentes tecidos do corpo, incluindo pele e tecidos moles, que se pode manifestar como artrite aguda ou crónica. Raramente, os tofos gotosos surgem como manifestação inicial desta situação clínica. Tipicamente, a Gota tofácea crónica ocorre após 10 ou mais anos de gota poliarticular recorrente. Os autores apresentam o caso pela forma de apresentação rara de gota tofácea.

Caso Clínico: Mulher, de 67 anos, com antecedentes de hipertensão arterial; diabetes *mellitus*; obesidade. Referenciada a consulta de Reumatologia por aparecimento tumefacção em ambos os cotovelos e dedos da mão direita. Previamente já havia recorrido ao Centro de Saúde onde um dos nódulos volumosos da mão direita foi picado com saída de material descrito como purulento. Terá cumprido antibioterapia, mas sem qualquer melhoria clínica e posterior ressurgimento da tumefacção. Exame objectivo: tumefacção dura, sob tensão, de 2^a e 3^a interfalângica proximal da mão direita, falange distal do polegar direito e ambos os cotovelos. Sem estudo analítico de MGF tendo-se procedido a avaliação hospitalar que revelou: ac. úrico 11,22 mg/dl, VS 24 mm; PCR <0,5 mg/dl; Creatinina 1,23 mg/dl. Rx das mãos: tumefacção mole dos tecidos envolventes da 2^a e 3^a IFP proximal e de ambos os cotovelos, sugestivo de artropatia metabólica. Presumido diagnóstico de gota tofácea pelo que iniciou tratamento com metilprednisolona 4mg id e Colchicine 1mg id. Resolvida crise aguda iniciou 2 semanas depois Febuxostat 80 mg id com substancial melhoria clínica e analítica.

Discussão: A Gota afecta sobretudo homens, ocorrendo geralmente a partir dos 40 anos no sexo masculino e dos 60 no sexo feminino. Factores predisponentes são: sexo masculino, pós-menopausa, obesidade, insuficiência renal, medicamentos (diuréticos tiazídicos e de ansa, aspirina, ciclosporina), consumo excessivo de alimentos ricos em purinas e síndrome metabólica. A apresentação inicial mais comum é a monoartrite

aguda e a articulação mais frequentemente atingida é a primeira metatarso-falângica (50% dos casos). A Gota crônica tofácea manifesta-se pela presença de tofos (aglomerados de cristais de monourato) tipicamente no hélix do pavilhão auricular, ou tendão de Aquiles, ou na superfície extensora dos cotovelos e dedos. No presente caso, verificou-se uma apresentação pouco habitual numa mulher com Gota e após estudo analítico foi evidenciada uma insuficiência renal, até então desconhecida, que poderá ter espoletado esta situação (em contexto de provável nefropatia diabética). Não foi usado AINE sob pena de poder agudização de disfunção renal.

Conclusão: O tratamento da Gota deve ser iniciado o mais precocemente possível, a fim de evitar a evolução da doença para a forma tofácea crônica, responsável pelas deformidades articulares e suas consequências funcionais. O caso apresentado, além de ser pouco habitual numa mulher, ainda mais raro se tornou pela manifestação inicial de gota tofácea.

PO 59 - CERVICALGIA, RIGIDEZ DA CINTURA ESCAPULAR E ELEVAÇÃO DOS MARCADORES DE INFLAMAÇÃO: PATOLOGIA OSTEOARTICULAR DEGENERATIVA/NEUROCIRÚRGICA OU POLIMIALGIA

Svitlana Kachan¹; Jorge Pereira²; Pedro Abreu³

1. UCSP S. Miguel, ULSCB,EPE
2. UCSP São Miguel, ULSCB,EPE
3. Unidade de Reumatologia, ULSCB,EPE; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: A patologia osteoarticular degenerativa da coluna cervical é uma situação cada vez mais comum atendendo ao envelhecimento da população e é geradora de dor, por vezes até irradiada. Por seu turno, a polimialgia reumática (PMR) é uma patologia inflamatória de etiologia não estabelecida, que afeta indivíduos acima dos 50 anos de idade e que cursa com elevação de marcadores inflamatórios (VS e PCR). Estes, contudo, não se encontram aumentadas nas situações degenerativas. Os autores apresentam um caso em que a demora no estabelecimento diagnóstico (6 meses) conduziu a substancial limitação funcional.

Caso Clínico: Mulher, 71 anos, agricultora, com antecedentes de Diabetes *mellitus* tipo 2; hipertensão arterial; hipercolesterolemia, com quadro clínico, com evolução de pelo menos 6 meses, de instalação insidiosa de cervicalgia, rigidez da cintura escapular, omalgia bilateral, com progressivo agravamento e acentua-

da limitação funcional dos ombros, incapacitando a paciente para realização das suas AVDs. Negava sintomas constitucionais ou intercorrências infecciosas. Já tinha sido medicada pelo seu médico assistente com anti-inflamatório e analgésico, mas sem melhoria. Foi orientada para fisioterapia (40 sessões), mas também sem melhoria. Ao exame objetivo: dor e marcada limitação à mobilização ativa dos ombros (abdução máx 90°). Sem adenopatias cervicais ou supraclaviculares. Inicialmente, efetuou Rx dos ombros, ecografia dos ombros, Rx coluna cervical, lombar e TC coluna cervical. Foi orientada para consulta de Neurocirurgia. Só posteriormente fez análises: VS 75 mm; PCR 24 mg/l e FR negativo. Após ter chegado à consulta de Reumatologia e estabelecido o diagnóstico de PMR, iniciou esquema de prednisolona *per os*, com rápida melhoria clínica e recuperação funcional.

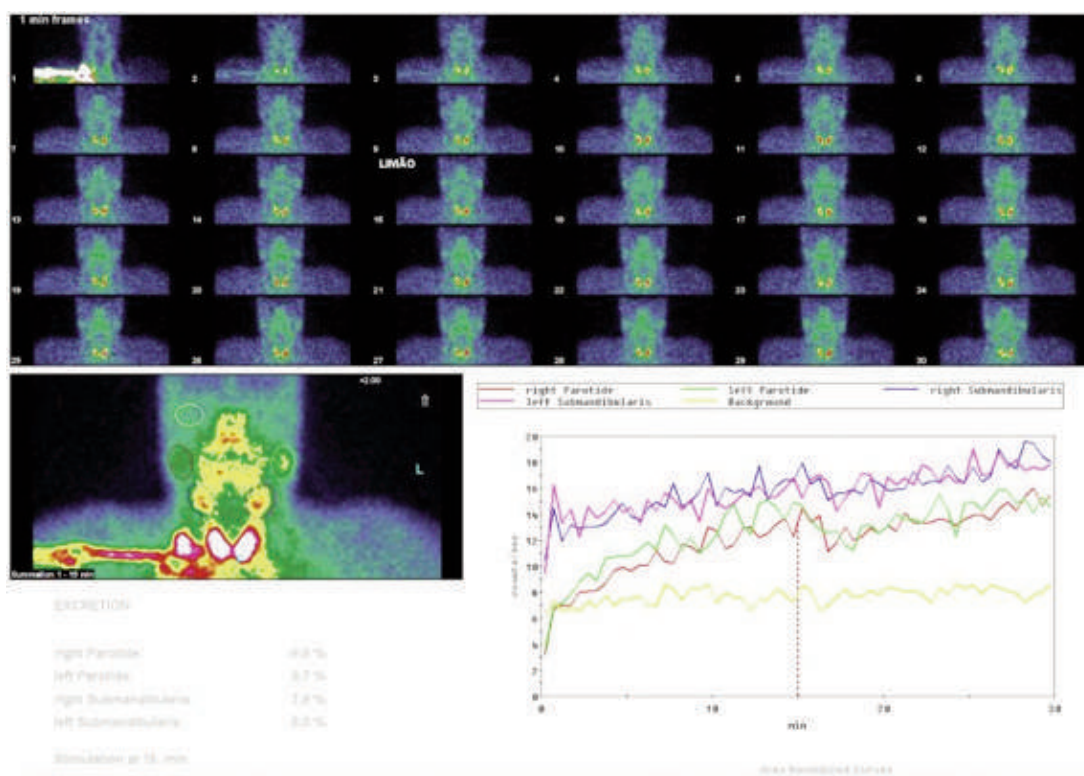
Discussão: Desde o início do quadro, a doente recorreu várias consultas no seu médico assistente. Por não se ter verificado uma melhoria significativa do quadro algico com plano terapêutico nem com fisioterapia, e dada a limitação da cintura escapular foi presumido um quadro cervical pelo que foi orientada para consulta de Neurocirurgia. Foi medicada com pregabalina 50 mg bid e etodolac 300 mg bid, mas também sem resultados. Observou-se melhoria do quadro clínico após observação e orientação terapêutica em Reumatologia. **CONCLUSÃO:** Apesar do caso cumprir os critérios diagnósticos de PMR, a hipótese de existência de patologia osteoarticular degenerativa, frequente na faixa etária em questão, e a existência de protrusões discais herniárias poderão ter atuado como fator de confundi-mento, e ter atrasado o correto diagnóstico e tratamento, bem como a adequada referenciação com consequências menos agradáveis para a doente.

60 - A CINTIGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES NO SÍNDROME DE SJÖGREN – RELATO DE UM CASO

Andreia Baptista Marques¹; Fernando Abreu¹; Sophia Pintão¹

1. Serviço de Medicina Nuclear - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução: A cintigrafia das glândulas salivares (CGS) com pertecnato de sódio ($\text{Na}^{99\text{m}}\text{TcO}_4^-$) é um método simples e não invasivo para a avaliação da função das glândulas salivares no Síndrome de Sjögren (SS). Reporta-se o caso clínico de uma doente com xerostomia e xeroftalmia, à qual foi pedida a realização de CGS para



confirmação da suspeita diagnóstica de SS primário.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, de 67 anos de idade, sem antecedentes pessoais e história familiar de relevo, foi enviada à consulta de Reumatologia por xerostomia e xerofthalmia com três anos de evolução. Sem outras queixas relevantes e sem alterações ao exame objetivo. Analiticamente destacavam-se anti-SSA e anti-SSB positivos. Realizou CGS com $\text{Na}^{99\text{m}}\text{TcO}_4^-$ que revelou hipocaptação acentuada do radiofármaco nas glândulas parótidas e submandibulares. Sem evidência de excreção salivar após o estímulo secretório com ácido cítrico em todas estas glândulas, sendo este estudo compatível com envolvimento funcional patológico severo (estadio IV de I-IV da classificação de Schall).

Discussão: A CGS com $\text{Na}^{99\text{m}}\text{TcO}_4^-$ é útil na avaliação da xerostomia, permitindo a avaliação simultânea do parênquima e função das glândulas parótidas e submandibulares. Esta técnica é de execução simples, não invasiva, reprodutível e bem tolerada pelos doentes. O SS é uma das indicações mais frequentes da CGS, sendo que uma CGS anormal é aceite como critério objetivo de SS pela classificação do *American-European Consensus Group*. A CGS correlaciona-se com outros métodos, nomeadamente a sialografia e a biópsia das glândulas salivares menores. No presente caso clínico, a

CGS foi importante no diagnóstico de SS através da confirmação do envolvimento patológico funcional das glândulas salivares.

Conclusão: A CGS tem um papel importante no diagnóstico de SS pela avaliação simultânea do parênquima e função das glândulas salivares maiores, como é demonstrado neste caso clínico.

61 - DERMATOMIOSITE: FLARE DA DOENÇA OU ALGO MAIS?

Maria Seabra Rato¹; Filipe Oliveira Pinheiro¹; Alexandra Bernardo¹; Lúcia Costa¹

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução: A síndrome de Guillain-Barré é uma polineuropatia desmielinizante aguda do sistema nervoso periférico mediada imunologicamente. Caracteriza-se pelo início agudo e rapidamente progressivo de uma tetraparésia ascendente, acompanhada frequentemente por arreflexia. As miopatias inflamatórias e a síndrome de Guillain-Barré são duas entidades clínicas distintas que podem ter manifestações clínicas semelhantes, fazendo parte do diagnóstico diferencial de um doente com fraqueza muscular.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino de 58 anos seguida em consulta de Reumatologia por dermatomiosite com envolvimento pulmonar com 10 anos de evolução. Medicada com metotrexato 25mg/semana e prednisolona 7.5mg/dia em remissão nos últimos anos. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com 48h de evolução e agravamento progressivo de mialgias, parestesias e fraqueza muscular dos membros inferiores, com incapacidade para a marcha, com posterior envolvimento dos membros superiores. Ao exame objetivo apresentava uma tetraparésia flácida associada a hiporreflexia. Negava febre, história de infeção respiratória ou gastrointestinal, cirurgias ou imunização recente. Analiticamente apresentava enzimas musculares e lactato desidrogenase dentro dos valores da normalidade, velocidade de sedimentação normal e elevação discreta da proteína C reativa 11.5mg/L (N<3). Foi realizada punção lombar que relevou uma dissociação albuminocitológica (elevação de proteínas no LCR - 77mg/dL - com contagem celular normal). A eletromiografia dos membros superiores e inferiores mostrou sinais compatíveis com polirradiculoneuropatia de predomínio motor de características mistas: padrão desmielinizante e degenerescência axonal com esboço de reinervação. A pesquisa de anticorpos anti-gangliosídeos (IgM e IgG) foi negativa. Iniciou tratamento com ciclo de imunoglobulina endovenosa (IgIV), numa dose diária de 0.4g/kg durante 5 dias. Apesar disso, apresentou agravamento neurológico com disfunção bulbar com necessidade de suporte ventilatório mecânico prolongado. Realizada traqueostomia complicada com fístula traqueoesofágica e necessidade de colocação de gastrostomia percutânea endoscópica (PEG). Repetiu ciclo de IgIV 3 semanas após o primeiro, apresentando uma melhoria clínica lenta mas progressiva. Após 65 dias de internamento teve alta para um centro de reabilitação. Passados 9 meses apresenta uma evolução favorável do quadro neuromotor e da funcionalidade, mantendo ainda traqueostomia e PEG.

Discussão: Algumas das manifestações clínicas da doente, nomeadamente a instalação súbita da sintomatologia, a hiporreflexia e a ausência de elevação de enzimas musculares são compatíveis com o diagnóstico de uma neuropatia, nomeadamente síndrome de Guillain-Barré em detrimento de um *flare* da dermatomiosite.

Conclusão: A associação de miopatia inflamatória e neuropatia, ambas doenças imunomediadas, não é frequente e pode dificultar a correta interpretação da semiologia, pelo que uma avaliação cuidadosa e integral

do doente é crucial para o diagnóstico e orientação terapêutica.

PO 63 - LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: UMA ENTIDADE HETEROGÉNEA

Margarida Correia¹; Luís Dias¹; Sara Costa¹; Marta Braga¹; Bárbara Oliveira¹; Vânia Gomes¹; Céu Rodrigues¹; Guilherme Castro Gomes¹
1. Hospital de Braga

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença auto-imune crónica de causa desconhecida que pode afetar qualquer órgão, apresentando-se de forma variável, num espectro de gravidade que vai da doença ligeira à severa. Pela sua heterogeneidade de apresentação conta com múltiplos diagnósticos diferenciais, sendo o seu diagnóstico um desafio.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 65 anos, com antecedentes de HTA de difícil controlo, dislipidemia, obesidade, cardiopatia isquémica, psoríase e anemia ferropénica em estudo na CE de Medicina Interna. Recorreu ao SU por cansaço fácil, agravamento do padrão habitual de dispneia e edema marcado dos membros inferiores. À admissão no SU verificada anemia agravada, Hb 7.8 g/dL, com ferropenia e critérios de hemólise (LDH 376 e haptoglobulina < 1; sem hiperbilirrubinémia), trombocitopenia (103 000/uL) e creatinina à admissão de 2.1 mg/dL. Visualizado ainda relatório de TAC toracoabdominopélvico do ambulatório, a demonstrar múltiplas adenomegalias supra e infra-diafragmáticas, derrame pleural bilateral de moderado volume e hepatoesplenomegalia. Apresentava ainda EDA e EDB recentes sem alterações de relevo. Decidido internamento por IC descompensada, bicitopenia e adenomegalias. Realizado estudo exaustivo para esclarecimento etiológico, levantando-se hipóteses como doença linfoproliferativa, doença auto-imune ou microangiopatia, do qual se resume: reticulócitos 4,2%, teste de Coombs direto e indireto, ambos positivos, com maior reatividade a 4°C; VS 122 mm/h com PCR de 6,3 mg/L; estudo imunológico que revelou ANA s positivos de 1/1280 com padrão homogéneo difuso, anti-dsDNA 517,3 UI/mL, anti-RNP fortemente positivo (25,0) e anti-PmScl100 equívoco (12,1), consumo de C3 (53 mg/dL) com C4 normal e imunocomplexos circulantes elevados (100 U/mL). Restante estudo, nomeadamente serologias víricas e crioglobulinas, negativo. Realizou ainda esfregaço de sangue periférico com anisocitose e policromasia, imunofenotipagem de linfócitos que não revelou alterações e bió-

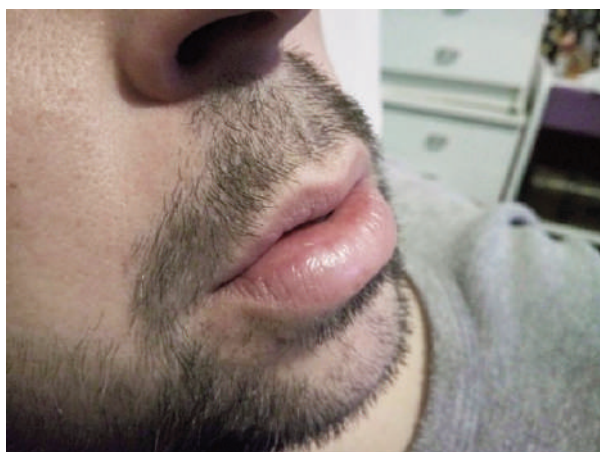
psia ganglionar cuja histologia demonstrou tratar-se de gânglio involutivo. Dada a lesão renal aguda e uma proteinúria nefrótica de 5,92 g/dia com hipoalbuminemia prosseguiu-se estudo com biópsia renal, que sugeriu nefrite lúpica difusa classe IV. Assim, estabelecido o diagnóstico de LES, tendo sido instituída terapêutica dirigida com pulsos de metilprednisolona, seguidos de prednisolona 60 mg/dia, imunoglobulina humana e hidroxicloroquina. Dada a presença de nefrite lúpica, associou-se ainda micofenolato de mofetil 2 g/dia.

Discussão: Atendendo à idade e à presença de anemia hemolítica com adenopatias e hepatoesplenomegalia, levantada como principal hipótese diagnóstica a doença linfoproliferativa. No entanto, é de ter em conta também as microangiopatias e as doenças auto-imunes, neste caso o LES, como diagnósticos diferenciais ou mesmo concomitantes, sendo importante dirigir o estudo nas várias vertentes. Para além disso, salienta-se a franca positividade do anticorpo anti-RNP, que apesar de poder ser positivo em cerca de 25% dos doentes com LES, também nos faz equacionar a hipótese de doença mista do tecido conjuntivo (DMTC). Atualmente a doente não manifesta clínica sugestiva de outra conectivite, mas deverá manter vigilância regular, uma vez que os altos títulos deste anticorpo são um forte preditor de uma evolução posterior para DMTC. Conclusões: Este caso alerta-nos para uma apresentação tardia de LES, com atingimento predominantemente hematológico e renal, um diagnóstico diferencial a ter sempre em consideração dada a sua diversidade de formas de apresentação e acometimento orgânico. Para além disso, alerta-nos para a hipótese de podermos estar perante não apenas de um LES, como também de uma possível evolução para a DMTC.

PO 64 - REAÇÃO URTICARIFORME LÚPUS-LIKE INDUZIDA POR ADALIMUMAB: UM EFEITO ADVERSO RARO

Maria Helena Lourenço¹; Ana Bento da Silva¹; Inês Silva²; Jaime C. Branco³

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal; Centro de Estudos de Doenças Crónicas (CEDOC), NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal
2. Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal; NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal
3. NOVA Medical School, Faculdade de Ciências



Médicas, Lisboa, Portugal; Centro de Estudos de Doenças Crónicas (CEDOC), NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal; Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa

Introdução: O adalimumab é um anticorpo monoclonal recombinante humano (IgG1) antagonista do fator

de necrose tumoral alfa (anti-TNF α) aprovado na artrite reumatóide, espondilartrite, artrite idiopática juvenil, psoríase, hidradenite supurativa, uveíte anterior e doença inflamatória intestinal. Os efeitos adversos reportados mais frequentemente são as infecções e a reação local da punção. Outras reações cutâneas reportadas em estudos (cerca de 1%) incluem reação anafilática, rash cutâneo, erupção fixa e urticária. O lúpus induzido por fármacos é um subtipo de lúpus associado à exposição prolongada de alguns fármacos, sendo os mais frequentes hidralazina, procainamida e anti-TNF α . Neste caso clínico, apresentamos um doente com Artrite Psoriática medicado com adalimumab que desenvolveu uma reação urticariforme com elevação de anticorpos antinucleares (ANA) e anticorpos *anti-double stranded DNA* (anti-dsDNA) e que, após exclusão de outras causas, concluiu-se ser secundário à terapêutica biotecnológica.

Caso Clínico: Homem, 43 anos, seguido em consulta de Reumatologia por Artrite Psoriática, com envolvimento poliarticular assimétrico e entesopático com 6 anos de evolução e psoríase cutânea; sem outros antecedentes. Inicialmente sob corticoterapia (prednisolona 2,5 mg/dia) e metotrexato subcutâneo 25mg/semana com necessidade de *switch* para leflunomida 20mg/dia por intolerância gastrointestinal. Por manutenção de atividade inflamatória articular e entesopática, com *minimal disease activity* (MDA) < 5, iniciou adalimumab (Humira®) 40mg quinzenal em julho de 2019, com remissão clínica. Em março de 2020 inicia quadro de erupções maculopapulares eritematosas, evanescentes e migratórias, pruriginosas e não dolorosas, principalmente em zonas de intertrigo, couro cabeludo e membros superiores, acompanhadas de angioedema (sem rouquidão ou estridor), com periodicidade de 2-3 vezes por semana. As lesões não apresentavam fase cicatricial após resolução. Sem sintomas de outros órgãos ou sistemas. A frequência das reações urticariformes diminuiu após suspensão do adalimumab, com toma concomitante de anti-histamínicos *on-demand*, sem necessidade de corticoterapia sistêmica. Do estudo analítico inicial salientava-se um padrão de citólise hepática sem colestase (aspartato aminotransferase 49 U/L, alanina aminotransferase 60 U/L; lactato desidrogenase 349 U/L), ANA positivo forte de padrão nuclear homogêneo com subespecificidade anti-dsDNA e restante estudo imunológico negativo (C3, C4, anticorpos contra antigénios extraíveis do núcleo – ENA, anticorpos anti-citoplasma dos neutrófilos – ANCA, anticorpos anti-histonas). O doseamento das

imunoglobulinas não revelou alterações (nomeadamente IgE total), bem como o doseamento do componente C1q do complemento e triptase. O sedimento urinário foi normal, sem alterações da função renal. Assumiu-se reação urticariforme Lúpus-like induzida por anti-TNF α e fez-se *switch* para secukinumab.

Discussão: As reações alérgicas associadas ao adalimumab, como urticária e angioedema, são efeitos raros uma vez que o fármaco é maioritariamente uma IgG1 com sequência humana. No entanto, poderá haver alguma imunogenicidade residual. Para o diagnóstico de Lúpus induzido por fármacos são necessárias, classicamente, três condições: relação causa-tempo, um critério serológico e um critério clínico. Apesar dos sintomas e sinais serem exclusivamente cutâneos e de hipersensibilidade, verificou-se uma relação de causalidade entre o início e resolução das alterações analíticas séricas e dos achados ao exame objetivo após a interrupção do adalimumab. A estratégia terapêutica consistiu no *switch* do mecanismo de ação do fármaco biotecnológico, suspensão da leflunomida e manutenção de terapêutica com anti-histamínicos *on-demand*.

Conclusões: Este caso clínico relata um efeito adverso raro, embora reconhecido, da classe dos fármacos anti-TNF α , salientando o pleomorfismo das suas formas de apresentação.

PO 65 - ORQUIALGIA REVELADORA DE TUMOR RETROPERITONEAL EM DOENTE COM ARTRITE PSORIÁTICA

Catarina Silva¹; Cátia Cristina²; Svitlana Kachan³; Jorge Pereira³; Pedro Abreu⁴

1. UCSP S. Tiago Saúde, ULSCB,EPE
2. USF Beira Saúde, ULSCB,EPE
3. UCSP S. Miguel, ULSCB,EPE
4. Unidade de Reumatologia, ULSCB,EPE

Introdução: Os sarcomas retroperitoneais são tumores malignos que se originam a partir de células mesenquimatosas, localizadas no tecido adiposo, músculo-esquelético e conjuntivo. Apresentam uma incidência de 4/100.000 na Europa. Apenas 20% dos sarcomas têm localização retroperitoneal e histologicamente apenas 28% são leiomiossarcomas. Na maioria dos casos, a apresentação clínica inicial consiste numa massa abdominal assintomática. Os doentes com psoríase têm um risco ligeiramente mais elevado de neoplasias não melanoma e linfomas T. Os autores apresentam um caso raro de neoplasia em doente com artropatia pso-

riática cuja manifestação também se verificou ser pouco habitual (orquialgia).

Caso clínico: Paciente do sexo masculino, 67 anos, acompanhado em Reumatologia por Artrite Psoriática e psoríase sob terapêutica biotecnológica com adalimumab SC e metotrexato (em remissão clínica tanto do ponto de vista articular quanto cutâneo) que em Janeiro.2019 refere orquialgia esquerda, com 1.5 meses de evolução, de intensidade ligeira, mas agravada à noite e com irradiação para o membro inferior esquerdo. Recorre inicialmente ao serviço de urgência sendo medicado com ciprofloxacina e diclofenac mas sem melhoria do quadro. Posteriormente, consulta urologista e ao exame não apresenta alterações de relevo. Solicitada ecografia: bexiga sem alterações, próstata sem alterações, pequeno hidrocele bilateral; rim esquerdo de difícil visualização devido a massa volumosa. Solicitada TC toraco-abdomino-pélvica que revelou massa sólida expansiva, retro-peritoneal, de origem sarcomatosa. Suspensa, entretanto, terapêutica biológica e encaminhado para Oncologia-IPO onde foi intervencionado cirurgicamente. Resultado anatomo-patológico revelou sarcoma retroperitoneal.

Discussão: Este tipo de situação, apresenta-se, na grande maioria dos casos, como uma massa abdominal assintomática, não dolorosa à palpação. Quando os sintomas estão presentes, estes resultam do efeito massa ou da invasão local do tumor, tais como: saciedade precoce, oclusão gastrointestinal, edemas dos membros inferiores ou dor abdominal. No presente caso não existiu nenhuma das situações anteriores mas antes uma orquialgia esquerda. O tratamento mais indicado é a remoção radical do tumor e dos órgãos adjacentes com evidência de invasão (no presente caso com nefrectomia esquerda e ressecção parcial do diafragma). A taxa de sobrevivência aos 5 anos é de 50-60%, mas no presente caso a sobrevida foi de apenas um ano. Apesar de ser um doente com artrite psoriática sob tratamento biotecnológico, na literatura não existe evidência de que este tipo de terapêutica aumente o risco de cancro, ainda que os doentes com psoríase possam ter por si um ligeiro aumento desse mesmo risco.

Conclusão: Este caso realça a importância de uma abordagem global do doente pelas diferentes especialidades implicadas no tratamento e seguimento. É um caso clínico ilustrativo de uma entidade rara quer pela sua localização, quer pela sua histologia, quer pela sua apresentação clínica mas que deverá ser equacionada no diagnóstico diferencial de dor abdominal e/ou orquialgia, neste tipo de situações.

PO 66 - APLICAÇÃO DE BANDAS NEUROMUSCULARES NO ALÍVIO ÁLGICO DA SÍNDROME MIOFASCIAL, QUAL A EVIDÊNCIA?

Mariana Fonseca Silva¹; Inês Rua¹; José Garcia¹; Pedro Ruivo¹; Teresa Amaral¹

1. USF Santa Joana

Introdução: A síndrome miofascial é definida como dor subaguda ou crónica, com sintomas autonómicos, sensoriais e motores, originados a partir de pontos-gatilho ativos com disfunções algícas associadas. É caracterizada por dor na zona muscular correspondente e por dor irradiada, e pela presença de uma banda de tensão, com aumento de consistência e dolorosa, identificável à palpação, onde no centro se encontra o ponto gatilho. Atinge mais as mulheres, com idades entre 30-50 anos. O diagnóstico passa pelo exame físico e anamnese. O tratamento é dirigido à dessensibilização das estruturas hipersensíveis, procurando inativar os pontos gatilho. Classicamente, nos estádios iniciais aconselha-se uma abordagem não invasiva como eletroterapia (TENS burst, ultra-sons), massagem, reeducação neuromuscular e alongamentos. Já nos estádios avançados, estão recomendadas punção seca do ponto gatilho ou com infiltração de substância (soro fisiológico, anestésico local/corticóide).

As bandas neuromusculares foram criadas nos anos 70 com o objetivo de melhorar o tônus muscular, melhorar a drenagem linfática e melhorar a postura pela pressão que exerce quando aplicada, garantindo assim suporte aos músculos, articulações, tendões e ligamentos, além de promover estabilidade e amplitude aos movimentos. Sendo assim, e tendo a conta a fisiopatologia da síndrome miofascial, foi colocada a hipótese das bandas neuromusculares terem impacto no seu alívio algíco.

Objetivos: Determinar se a aplicação de bandas neuromusculares tem efeito no alívio algíco da síndrome miofascial.

Material e Métodos: Pesquisa de normas de orientação clínica, revisões baseadas na evidência, metanálises (MA), revisões sistemáticas (RS) e ensaios clínicos controlados e aleatorizados (EC), utilizando os termos de pesquisa MeSH “Myofascial Pain Syndromes” e “Athletic Tape” em artigos publicados nos últimos 10 anos, em português, inglês e espanhol e aplicando uma escala Strength of Recommendation Taxonomy (SORT) da American Academy of Family Physicians para atribuição de níveis de evidência e forças de recomendação. Critérios de inclusão: População – população com sín-

drome miofascial; Intervenção – terapêutica com bandas neuromusculares; Controle – placebo ou ausência de tratamento; Outcomes – alívio algico na síndrome miofascial.

Critérios de exclusão: pacientes com imunossupressão, pacientes com doenças crônicas, estudos em população pediátrica.

Fontes de dados: PubMed, Medline, The Cochrane Library, DARE, Nacional Guideline Clearing House, Canadian Medical Association Infobase e Índice de Revistas Médicas Portuguesas.

Resultados: Foram identificados 12 artigos, dos quais foram selecionados 9 que cumpriam os critérios de inclusão: 2 MA e 7 EC. A evidência atual permite recomendar as bandas neuromusculares no alívio algico da síndrome miofascial em comparação ao placebo ou em ausência de tratamento. De duas meta-análises encontradas, a mais antiga não recomendava a utilização das bandas neuromusculares e a mais recente, de 2019, já recomenda a sua utilização. Todos os ensaios clínicos recomendam a utilização desta técnica no alívio algico da síndrome miofascial.

Discussão e conclusão: A maioria dos estudos encontrados foram dos últimos 4 anos, o que nos pode indicar que esta é uma área em crescimento e promissora. Os resultados menos encorajadores foram os da meta-análise mais antiga, de 2015, que apesar de um maior nível de evidência que os ensaios clínicos, pode já não demonstrar todas as técnicas atualmente atualizadas nos ensaios clínicos dos últimos anos. Sendo assim, e tendo em conta o baixo custo e risco praticamente inexistente na utilização das bandas neuromusculares, esta revisão recomenda a sua aplicação com força de recomendação SORT A para o alívio algico da síndrome neuromuscular, em estádios iniciais, em comparação com o placebo ou ausência de tratamento.

PO 67 - OSTEOPOROSE MASCULINA – O HOMEM TAMBÉM MERECE ATENÇÃO!

Jorge Bruno Pereira¹; Svitlana Kachan¹; Román Márquez¹; Pedro Abreu²

1. UCSP S. Miguel, ULS Castelo Branco, EPE
2. Unidade de Reumatologia, ULS Castelo Branco, EPE; Faculdade Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: Apesar do reconhecimento da osteoporose (OP) e das fraturas osteoporóticas serem mais comuns na mulher, os homens também podem apresentar um risco aumentado. A OP continua subdiagnosti-

cada nos homens e permanece não tratada na maioria daqueles com fraturas. 1/3 de todas as fraturas da anca no mundo, ocorre no homem e mais homens morrem no 1º ano do que as mulheres, no 1º ano pós-fratura. Podem surgir sintomas/fatores de risco que indicam presença de OP, no homem: hipogonadismo, tabagismo e alcoolismo, défice de cálcio e vitamina D, pouca atividade física, défice de hormona de crescimento, hipercaleiúria; excesso de glucocorticóides.

Caso clínico: Homem de 70 anos, totalmente independente para as AVDs, com antecedentes pessoais de fibrilhação auricular, hipertensão arterial, enfisema pulmonar, fratura do ramo ilio púbico, ex-fumador e hábitos alcoólicos marcados que recorreu ao serviço de urgência do Hospital Amato Lusitano em Agosto.2019 por queda e da qual resultou fratura da anca direita tendo sido submetido a tratamento cirúrgico. Em consulta de MFR foi solicitada osteodensitometria óssea (Coluna lombar T-Score: -3,5; colo do fémur T-Score: -1,8) e RX da coluna dorsal e lombar onde se observava rarefação óssea generalizada. Em Abril.2020 regressou ao Serviço de Urgência por novo traumatismo da anca direita, tendo apresentado no RX coluna lombar fraturas em L1, L2 e da apófise espinhosa D12. Foi posteriormente orientado e avaliado em consulta de Reumatologia, sendo proposto para terapêutica com Teriparatida.

Discussão/Conclusão: As fraturas vertebrais e da anca em contexto de OP acarretam morbilidade de mortalidade significativa. Os autores apresentam o caso, pela ocorrência e sua gravidade num homem, a existência de vários fatores de risco que foram descurados e, como tal, acabou por se verificar um prejuízo claro para o doente. Apesar da menor prevalência desta patologia junto do sexo masculino, é importante tê-la sempre presente devido aos fatores de risco já identificados e pelo envelhecimento da população portuguesa.

PO 68 - AVALIAÇÃO DA LITERACIA NUTRICIONAL EM FUNCIONÁRIOS E UTENTES DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA ALUSIVO AO DIA MUNDIAL DA ALIMENTAÇÃO

Tânia Fernandes¹; Alexandra Cardoso¹; Rita Fernandes¹; Ana Ribeiral¹; Flávia Neca¹; Ricardo Teixeira¹; José Vaz Patto¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A cada ano, a 16 de outubro, é celebrado o Dia Mundial da Alimentação [1]. Para a população portuguesa, as recomendações recaem sobre a Dieta

Saber comer - Quiz

1. Qual a gordura de eleição na dieta Mediterrânica?

- Óleo de girassol
- Azeite

2. As ervas aromáticas podem ser usadas como alternativa ao uso do sal?

- Sim
- Não

3. Qual dos seguintes alimentos contém lactose?

- Leite
- Bebida de soja
- Todos

4. Quais dos seguintes são importantes no fortalecimento dos ossos?

- Cálcio
- Vitamina D
- Todos

5. Na gastronomia tradicional Portuguesa, o pão é o ingrediente principal de que prato?

- Açorda
- Carne de porco à Alentejana
- Todos

6. Qual o padrão alimentar recomendado para a população Portuguesa?

- Dieta mediterrânica
- Dieta macrobiótica

7. As pessoas com doença celíaca não podem consumir que tipo de alimentos?

- Alimentos que contenham glúten
- Alimentos que contenham lactose

8. Qual das seguintes opções é considerada uma leguminosa?

- Amendoim
- Ervilha
- Tâmaraço
- Tofas

9. Quais dos seguintes alimentos devem ser consumidos menos de uma vez por semana e em pequenas quantidades?

- Vegetais e fruta
- Enchidos

10. Qual dos seguintes alimentos pode ser benéfico na prevenção da osteoporose?

- Leite
- Sumo de frutos naturais

RESPOSTAS

1. Azeite. O Azeite é considerada a gordura de eleição na dieta mediterrânica devido ao seu elevado teor de gorduras monoinsaturadas, vitamina K e minerais, para além de não interferir com o risco de Ómega-3/Ómega-6, ao contrário do óleo de girassol.
2. Sim. As ervas aromáticas são uma alternativa viável ao sal nos pratos.
3. Leite. A lactose é um açúcar naturalmente presente apenas no leite e dos seus derivados.
4. Todos. Enquanto que o cálcio contribui para a remineralização óssea, a vitamina D contribui para que o cálcio seja depositado no tecido ósseo.
5. Açorda.
6. Dieta mediterrânica. Apesar da dieta macrobiótica poder ser benéfica para certos indivíduos, é uma dieta radicalmente diferente das outras e não atrange os benefícios que a dieta mediterrânica apresenta para a maioria da população geral.
7. Glúten. Os alimentos com lactose não estão indicados para indivíduos com intolerância à lactose.

8. Todas.

9. Enchidos. Os enchidos são considerados alimentos processados e contêm um teor elevado de sal e gordura saturada, que apesar de benéfica em pequenas quantidades, não deve ser ingerida na mesma quantidade que os outros tipos de gorduras. Para além disso, é frequente usarem compostos N-nitrosos de forma a conservar as carnes, compostos esses potencialmente carcinogénicos.

10. Leite. O leite continua a ser um dos alimentos mais ricos que pode ser consumido e não é exceção na prevenção da osteoporose, devido ao seu elevado teor em cálcio e outros minerais sinérgicos na remodelação óssea.

REFERÊNCIAS

Questão 1

Rosa Casas, Emilio Sacanello, Ramon Estruch. The Immune Protective Effect of the Mediterranean Diet against Chronic Low-grade Inflammatory Diseases. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. 2016.

Questão 2

Anezis Douglas, Marine Vannereux, Agnès Giboreau. The Impact of Herbs and Spices on Increasing the Appreciation and Intake of Low-Salt Legume-Based Meals. *Nutrients*. 2019.

Questão 4

Thomas R. Hill, Terry J. Appray. The role of vitamin D in maintaining bone health in older people. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2017.

Questão 5

Wu K, Giovannucci E, Byrne C, et al. Meat Mutagens and Risk of Distal Colon Adenoma in a Cohort of U.S. Men. *Cancer Epidemiol Biomark*. pp. 1123-1125. 2006.

Questão 10

Hidayat, K, Du, X, Shi, B, et al. Systematic review and meta-analysis of the association between dairy consumption and the risk of hip fracture: critical interpretation of the currently available evidence. *Osteoporos*. 2020.

Mediterrânica que se traduz num estilo de vida, recorrendo à simplicidade e à variedade dos alimentos que privilegiam os produtos frescos, locais e da época [2]. Apesar da conexão bem conhecida entre hábitos alimentares e saúde, grande parte da população não se alimenta de forma saudável contribuindo para a etiologia de diversas doenças, nomeadamente a diabetes *Mellitus* tipo II, obesidade, doenças cardiovasculares e certos tipos de cancro [3].

Objetivos: Contribuir para o aumento da literacia alimentar junto desta população.

Materiais e Métodos: Estudo de natureza observacional, realizado nas instalações do IPR, que englobou pacientes e funcionários ($n=60$) que frequentam esta unidade de saúde. Integrou um questionário não validado constituído por 10 perguntas, que engloba temas gerais sobre alimentação saudável, com duas ou mais opções de resposta. A implementação do questionário foi realizada oralmente, com facultação de um folheto de cariz informativo, com as perguntas e respostas corretas e com informação detalhada sobre estas. Foram recolhidas informações relativas à idade e ao género dos participantes no presente estudo.

Resultados: O género mais observado na participação desta atividade foi o género feminino, com uma percentagem de 77% ($n=46$), enquanto que a percentagem do género masculino foi de 23% ($n=14$). Verifi-

cou-se que na questão “na gastronomia tradicional Portuguesa, o pão é o ingrediente principal de que prato” e na questão “quais dos seguintes alimentos devem ser consumidos menos de uma vez por semana e em pequenas quantidades” houve uma percentagem de respostas certas de 100% ($n=60$). Verificou-se uma maior percentagem de respostas erradas nas questões “quais dos seguintes são importantes no fortalecimento dos ossos” e “qual das seguintes opções é considerada uma leguminosa” com valores de 57% ($n=34$) e 63% ($n=38$), respetivamente. Relativamente às percentagens de cada opção escolhida na questão “qual dos seguintes alimentos contém lactose”, verificou-se 65% ($n=39$) de respostas certas. Relativamente à questão “qual das seguintes opções é considerada uma leguminosa” foi possível observar que apenas 30% ($n=18$) acertou na resposta.

Discussão e Conclusão: A maioria da população estudada reconhece o azeite como a gordura de eleição na dieta mediterrânica e refere o uso de ervas aromáticas como alternativa para o uso do sal. No entanto, é de salientar que uma larga percentagem não reconhece determinados fatores como a associação do cálcio e da vitamina D no fortalecimento ósseo. Revela-se uma taxa de sucesso positiva relativamente ao conhecimento da dieta Mediterrânica como a preferencial, bem como o consumo de azeite como gordura de eleição. O conhe-

cimento relativo à boa saúde óssea através da vertente nutricional ficou aquém do esperado. Considera-se que a distinção entre a lactose e glúten e a sua associação às respetivas intolerâncias deveria ser mais clara. Retira-se que a população idosa beneficiaria de panfletos informativos e/ou de palestras relativamente às boas práticas nutricionais nas vertentes de maior foco na faixa etária inserida, nomeadamente no fortalecimento ósseo.

REFERÊNCIAS

- 1 Serviço Nacional de Saúde. Dia Mundial da Alimentação: Data alerta para a problemática da fome, pobreza e desnutrição no mundo. 2020. Acedido a: 31 de outubro de 2020. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/10/16/dia-mundial-da-alimentacao-3>
- 2 Instituto Nacional de Estatística. Balança Alimentar Portuguesa: 2012-2016. INE. 2017. Acedido a: 31 de outubro de 2020. Disponível em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=290085640&att_display=n&att_download=y
- 3 Marques, Águeda; Luzio, Fátima; Martins, José; Vaquinhas, Marina. Eating habits: scale validation for the portuguese population. Escola Anna Nery. 2011.

PO 69 - ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA EM SITUAÇÃO DE CONTENÇÃO SOCIAL EM CRIANÇAS DO PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR

Patrícia Paiva¹; Bruno Sousa²

1. Agrupamento de Escolas Cónego Dr. Manuel Lopes Perdigão; Associação de Bem-Estar de Urqueira
2. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira; CBIOS - Centro de Investigação em Biociências e Tecnologias da Saúde

Introdução: A alimentação saudável é essencial para o crescimento e desenvolvimento adequado das crianças.

Em tempos de pandemia do COVID-19, mais propriamente com a interrupção de toda a rotina diária com o propósito de prevenir a propagação do vírus, a realização de atividade física e de uma alimentação saudável são comprometidas, colocando as crianças na presença de um risco constante.

Segundo o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016 (IAN-AF 2015-2016), cerca de 25% das crianças portuguesas com idades inferiores a 10 anos possuem excesso de peso. Em circunstâncias de isolamento social, a má alimentação e o sedentarismo são fatores frequentes que podem promover o ganho de peso e poderão originar outras comorbilidades associadas, sendo de extrema importância detê-los.

Objetivos: Identificar alterações no comportamento alimentar e na atividade física em crianças do pré-es-

colar e escolar durante o período de confinamento.

Metodologia: Questionaram-se os encarregados de educação dos alunos do pré-escolar e 1º ciclo do ensino básico do Agrupamento de Escolas Cónego Dr. Manuel Lopes Perdigão através de um questionário online sobre os seus educandos de idades compreendidas entre os 3 e os 10 anos de ambos os sexos, no ano letivo de 2019/2020.

Resultados: A amostra foi constituída por 99 questionários numa população de 305 alunos pertencentes ao agrupamento, sendo que 42.4% dos que retrucaram eram encarregados de educação de crianças do pré-escolar. Segundo os resultados, as crianças estavam há cerca de 7.3 semanas (± 1.9) em isolamento social a maior parte com 4 pessoas (34.3%), e na generalidade com a mãe presente (96%).

A idade média encontrada nestas crianças foi de 6.4 anos (± 1.9) sendo que a maioria pertencia ao sexo feminino (52.5%).

Relativamente à alimentação, foi verificado que o pequeno-almoço, almoço e jantar são as refeições mais importantes para os encarregados de educação (97%). Contudo, o número de refeições não se alteraram (59.6%), alterou-se sim, o número de vezes que a criança comia entre as refeições principais (50.5%), para mais do que o habitual (72%). Ainda assim, foi possível observar que o consumo de fruta (51.5%), água (43.4%) e iogurte (31.3%) foram aumentados e que o consumo de take-away (51.5%), refeições pré-preparadas (44.4%) e leite gordo (44.4%) diminuídos, visto que consideram que os hábitos alimentares não foram alterados (58.6%) e a qualidade da alimentação também não (57.6%).

Sobre a atividade física, a maioria dos pais considera que a criança tem feito atividade física (94.9%), em média 4.6 (± 1.9) dias por semana, 46.5 (± 34.5) minutos por dia, sendo que estão em média 4.2 (± 2.5) horas por dia em sedentarismo, principalmente em atividades como ver televisão (97.0%) ou estudar/atividades pedagógicas (88.9%). Conforme os relatos, afirmam que quer o sedentarismo (36.4%), quer a atividade física (40.4%) se mantêm os mesmos de uma rotina diária normal.

Conclusão: Apreende-se dos resultados que a qualidade da alimentação melhorou aquando da presença do isolamento social, contudo a atividade física mantém-se a mesma de uma rotina diária normal. Assim, é necessário um maior acompanhamento da comunidade para que estes hábitos se possam manter e melhorar no dia a dia futuro.

PO 70 - "TENHO PINTAS DISPERSAS NO MEU CORPO": UM CASO CLÍNICO

Catarina Silva¹; Cátia Cristina²; Joana Baptista²; Svitlana Kachan³; Renato Brillhante²; Pedro Abreu⁴

1. UCSP S. Tiago Saúde, ULSCB,EPE
2. USF Beira Saúde, ULSCB,EPE
3. UCSP S. Miguel, ULSCB,EPE
4. Unidade de Reumatologia, ULSCB,EPE; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Introdução: A Vasculite Leucocitoclástica (VLC) é uma vasculite de pequenos vasos que se caracteriza pelo aparecimento de púrpura palpável ou petéquias, mais frequentemente nos membros inferiores. Pode ser desencadeada por infeções agudas, novas medicações, doenças auto-imunes, do tecido conjuntivo ou neoplasias, embora na maioria dos casos não seja possível identificar a causa. Surge igualmente em ambos os sexos, tendo uma incidência estimada de 30 casos por milhão, por ano. O tratamento é geralmente dirigido, sendo realizada terapêutica imunossupressora em casos idiopáticos, refratários ou severos.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 27 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, sem alergias medicamentosas conhecidas, sem medicação habitual, recorre a consulta de MGF por quadro de erupção cutânea nos membros inferiores e superiores, com cerca de 4 dias de evolução. Ao exame objetivo, apresentava petéquias e máculas eritemato-violáceas nos membros inferiores, até ao nível do joelho, e em ambas as mãos, até ao nível do antebraço. Sem febre, queixas urinárias, gastrointestinais, sintomas respiratórios ou toma de nova medicação. Analiticamente apresentava hemograma, coagulação, função renal, hepática e tiroideia normais, IgA, ANCA e ac anti-dsDNA negativos mas ANA positivos; sem outras alterações. Encaminhada a consulta de Reumatologia para orientação e seguimento. Por recusa da doente, não foi realizada biópsia cutânea. Optou-se por iniciar tratamento com lepicortinolo 7,5mg id durante 2 semanas, com desmame progressivo. Melhorou após 2 semanas, com resolução total do quadro após 7 semanas. Mantém estudo e seguimento em consulta de Reumatologia.

Discussão: Apesar de ser aconselhável a procura de uma causa para a VLC, a maioria dos casos é idiopático. Quando a suspeita é forte, e se torna possível excluir certas patologias através da história clínica e estudos complementares, também tem de pesar a decisão do doente em relação à realização de exames invasivos,

como a biópsia cutânea que, apesar de sugerir fortemente o diagnóstico de vasculite, acaba por não ser específica de uma entidade única, não alterando o rumo terapêutico no presente caso.

Conclusões: Existem vários fatores que podem desencadear uma VLC, tornando-se importante estarmos atentos à existência desta entidade para um diagnóstico e tratamento precoce das possíveis causas, intervindo de forma a respeitar a vontade de cada doente.

PO 71 - ADESÃO AO PADRÃO ALIMENTAR MEDITERRÂNICO NUMA POPULAÇÃO DE CRIANÇAS DO 1º CICLO

Patrícia Paiva¹; Bruno Sousa²

1. Agrupamento de Escolas Cónego Dr. Manuel Lopes Perdigão; Associação de Bem-Estar de Urqueira
2. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira; CBIOS - Centro de Investigação em Biociências e Tecnologias da Saúde

Introdução: Nas crianças é de extrema importância uma alimentação saudável para o seu crescimento e desenvolvimento.

A adesão ao padrão alimentar mediterrânico tem sido associada à saúde através da prevenção de diversas patologias e aumento da longevidade, quer nos adultos e idosos, quer nas crianças.

Contudo, Portugal como outros países do mediterrânico tem vindo a demonstrar um afastamento deste padrão alimentar devido a alterações do estilo de vida social e cultural. Esta modificação do dia a dia da nossa população tem mudado os hábitos alimentares para um maior número de refeições diárias constituídas principalmente por alimentos processados com elevada densidade energética e reduzida qualidade nutricional verificando-se juntamente um aumento do consumo de alimentos de origem animal e a diminuição do consumo de hortofrutícolas, que evidenciam efeitos negativos não só na saúde da nossa população, mas também na saúde do ambiente.

Assim, é de extrema importância a necessidade de intensificar a promoção desta herança cultural e alimentar, baseada no consumo de alimentos de origem vegetal, para o futuro da saúde pública.

Objetivos: Identificar e classificar a adesão ao padrão alimentar mediterrânico em crianças do 1º ciclo.

Metodologia: Questionaram-se 43 alunos do 1º ciclo de ambos os sexos, no ano letivo 2020/2021, através do questionário *Mediterranean Diet Quality Index for children and adolescents* (KIDMED). Posteriormente foram

analisadas todas as respostas e classificadas como: alta adesão (≥ 8), adesão intermédia (4-7) e baixa adesão (≤ 3).

Resultados: Na amostra de 43 alunos do 1º ciclo a idade média foi de 7.0 (± 1.1) anos e 72.1% eram do sexo masculino.

Ao avaliar a adesão ao padrão alimentar mediterrânico, verificou-se que 67.4% apresentava uma alta adesão, 27.9% mostrava uma adesão intermédia e 4.7% uma baixa adesão.

Também se observou que 100% destas crianças tomavam o pequeno-almoço diariamente, mas 18.6% ainda tinham produtos de pastelaria e confeitaria nesta refeição e apenas 81.4% apresentava laticínios e 72.1% cereais ou derivados. Reparou-se também que 16.7% consumia doces e guloseimas diariamente, tal como 9.3% vão a restaurantes de “fast food” mais de uma vez por semana.

Contudo, cerca de 90.7% come uma fruta ou sumo de fruta diariamente, mas somente 58.1% consome duas, tal como 93% ingerem uma vez hortícolas frescos ou cozinhados, mas só 62.8% ingere duas vezes por dia. Além disso, 90.7% comem massa ou arroz mais de cinco vezes por semana e 88.4% utilizam azeite em casa, mas apenas 41.9% consome frequentemente frutos oleaginosos.

Conclusão: Assim urge a necessidade de promover mais este padrão alimentar não só com as crianças, mas também com os pais e a escola. É de extrema importância a valorização do tempo dedicado à confeção dos alimentos, da partilha familiar das refeições e dos produtos de origem vegetal. Sendo que, apesar de uma alta adesão desta amostra de crianças do 1º ciclo, ainda existem erros nos hábitos alimentares.

PO 72 - CARACTERIZAÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL DE IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO SÉNIOR

Patrícia Paiva¹; Bruno Sousa²

1. Agrupamento de Escolas Cónego Dr. Manuel Lopes Perdígão; Associação de Bem-Estar de Urqueira

2. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira; CBIOS - Centro de Investigação em Biociências e Tecnologias da Saúde

Introdução: O estado nutricional no idoso tem sido reconhecido como um importante fator modificável determinante da saúde e bem-estar que pode influenciar o processo de envelhecimento. Em Portugal, cerca de 21% da população é idosa e estima-se que nos próxi-

mos anos aumente.

A malnutrição é bastante comum nesta faixa etária devido às alterações do metabolismo consequentes desta fase da vida que podem acarretar desequilíbrios nutricionais, e, por conseguinte, a possibilidade de um maior número de complicações e/ou uma maior dificuldade de recuperação durante um (re)internamento.

Assim é crucial que os idosos apresentem uma alimentação completa, variada e equilibrada de modo a assegurar um estado nutricional adequado a um envelhecimento saudável.

Objetivos: Caracterizar o risco nutricional dos idosos pertencentes a uma instituição sénior.

Metodologia: Avaliaram-se 51 utentes, através da ferramenta de risco nutricional *Mini Nutritional Assessment* (MNA), com idades iguais ou superiores a 65 anos de ambos os sexos pertencentes ao lar, centro de dia e serviço de apoio domiciliário da entidade. Conjuntamente a esta avaliação realizaram-se as avaliações antropométricas do peso, estatura, perímetro braquial, perímetro geminal e perímetro da cintura. Para a classificação do estado nutricional foram considerados os critérios de Lipschitz.

Resultados: Na amostra avaliada (n=51) a idade média foi de 86.1 anos (± 6.1), uma estatura de 155.4 cm (± 7.2), um peso de 66.6 kg (± 13.9) e um índice de massa corporal (IMC) de 27.7 kg/m² (± 6.1), sendo que 76.5% dos idosos eram do sexo feminino. Verificaram-se também valores médios de 29.3 cm (± 3.7) de perímetro braquial e de 32.2 cm (± 3.8) de perímetro geminal.

De acordo com a pontuação de triagem encontrada pela ferramenta MNA, 15.7% dos seniores apresentavam-se desnutridos, 49.2% demonstravam-se sob o risco de desnutrição e 35.3% em estado nutricional adequado. No entanto, apuraram-se também valores de excesso de peso a 49% dos idosos.

Conclusão: Concluimos assim que nesta população sénior é de extrema importância uma nutrição adequada a esta faixa etária para a diminuição da mortalidade, hospitalização, institucionalização e agravamento do prognóstico evidenciando uma qualidade de vida apropriada ao envelhecimento.

PO 73 - DOUTORA A MINHA BEBÉ COXEIA!

Ana Cristina Vitorino¹; Maria Lurdes Ferreira¹

1. USF Sobreira, ACeS Almada-Seixal

Enquadramento: A Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) engloba um grupo heterogéneo de doenças raras que têm

em comum a inflamação das articulações (artrite), terem causa desconhecida (idiopática) e surgirem na infância ou adolescência (juvenil).

A AIJ oligoarticular é o subgrupo mais frequente, dividindo-se em persistente e estendida (menos de 4 e 4 ou mais articulações atingidas após 6 meses de doença, respectivamente).

O joelho é a articulação mais frequentemente envolvida e a claudicação da marcha é geralmente a primeira manifestação. A uveíte é a complicação mais frequente (afecta 1/4 das crianças).

O diagnóstico é efetuado perante um quadro de artrite com mais de 6 semanas de duração, após serem excluídas outras causas como infeções ou tumores.

Em relação ao tratamento, o controlo da dor, da inflamação e das manifestações extra-articulares são o centro da terapêutica.

Descrição de caso: 8 anos, caucasiana. A.P.: varicela e escarlatina recentes, antes do aparecimento dos primeiros sintomas. A.F.: prima com Lúpus Eritematoso Sistémico.

Recorreu à urgência do CS, aos 20 meses, por dor e tumefação do tornozelo esquerdo, desde há 1 mês, sem fator desencadeante aparente. Os pais notaram claudicação da marcha e despertares noturnos. À observação apresentava bom estado geral, apirética, tumefação do tornozelo esquerdo e tumefação do joelho direito. Enviou-se à urgência hospitalar onde realizou radiografias (sem alterações), análises (Hb 11,5 g/dL; G.B. 14 900 x 10³/mm³ (N42,6%; L48,5%); plaquetas 499 000 x 10³/mm³; VS 44 mm/H; PCR 2,4 mg/L) e foi pedida consulta de Reumatologia.

Na consulta de Reumatologia, apresentava tumefação do joelho direito, tumefação do tornozelo esquerdo e palpação dolorosa das metatarsofalângicas bilaterais. Foi pedida ecografia, análises e avaliação por Oftalmologia. Prescreveu-se AINE e agendou-se consulta em 1 mês.

Ao fim de 12 dias, os pais recorreram à urgência hospitalar por persistência da dor articular e impotência funcional. À observação, estava queixosa, apirética, mantendo as tumefações prévias. Em termos analíticos, ANA 1/230; FR IgM 22,4 UI/mL. IgG 1099 mg/dL; IgA 79 mg/dL; IgM 126 mg/dL; Albumina 3,8 g/dL; Creatinina 0,2 mg/dL. Ecografia: ligeiro aumento volumétrico e densificação do tecido celular subcutâneo do tornozelo esquerdo e joelho direito, sem líquido intra-articular. Avaliação oftalmológica sem alterações. Iniciou metotrexato 5 mg/sem., ácido fólico 5 mg/sem., manutenção de AINE e programou-se consulta em 15

dias.

A doente teve melhoria clínica e laboratorial progressiva, tendo tolerado bem a terapêutica instituída e mantendo o seguimento pela Reumatologia e Oftalmologia.

Discussão: Tal como o nome indica a etiologia e patogénese não são conhecidas. Uma hipótese é que a artrite possa ser desencadeada em crianças geneticamente predispostas após infeção viral ou bacteriana.

Não existe cura, mas o tratamento possibilita, na maioria dos casos, um controlo adequado da doença e manutenção de vida normal. Os AINE são os fármacos de eleição para o controlo da dor. O Metotrexato é um medicamento modificador da doença devendo ser introduzido o mais precocemente possível (controla a inflamação e pode conduzir à remissão). O ácido fólico é utilizado para reduzir os efeitos indesejáveis do metotrexato. Os medicamentos biológicos estão reservados para doentes com uveíte ou com AIJ oligoarticular estendida.

As recorrências da doença ocorrem em 1/5 destas crianças e, portanto, o acompanhamento da doença deve ser periódico.

Conclusões: Pretendeu-se com este caso clínico alertar para o diagnóstico e tratamento desta patologia, devendo este iniciar-se o mais precocemente possível. Além disso, nestes casos, uma boa relação entre o médico, a criança e os familiares é fundamental pois tratando-se de uma doença crónica esta vai ter impacto na dinâmica familiar, sendo importante a ajuda na adaptação e reorganização da família, para que não ocorram relações disfuncionais entre os seus membros.

PO 74 - SÍNDROME DE SAPHO OU DOENÇA ÓSSEA DE PAGET? OS DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO INICIAL

Ana Bento da Silva¹; Maria Helena Lourenço¹; Tiago Saldanha²; Maria João Gonçalves¹; Manuela Costa³; Jaime C. Branco⁴

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal ; Centro de Estudos de Doenças Crónicas (CEDOC), NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal
2. Serviço de Radiologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal
3. Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

4. NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal ; Centro de Estudos de Doenças Crónicas (CEDOC), NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal ; Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar

Introdução: A síndrome de SAPHO é uma entidade heterogênea caracterizada pela presença de sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte. Apesar de maioritariamente identificada em adultos jovens, pode manifestar-se em todas as faixas etárias.

Caso Clínico: Mulher, 55 anos de idade, administrativa, com antecedentes de obesidade, dislipidemia, tabagismo (40 UMA), perturbação de ansiedade, alopecia areata e psoríase palmo-plantar sob Metotrexato (MTX). Enviada à consulta de Reumatologia por episódios intermitentes de dor torácica anterior constante, tipo pressão, sem irradiação, agravada em períodos de maior ansiedade e com resposta parcial a anti-inflamatórios não esteroides (AINEs). Tinha sido previamente excluída causa cardiopulmonar. Adicionalmente, apurou-se dor generalizada, fadiga e perturbação do sono; objetivamente, destacava-se obesidade, dor intensa à palpação das articulações condroesternais e lesões pustulosas e descamativas, coalescentes entre si, na face plantar e medial de ambos os pés. O estudo analítico revelou ligeiro aumento de parâmetros inflamatórios (VS 44mm/h e PCR 1.26mg/dL), elevação isolada da Fosfatase Alcalina (FA 119 U/L), Ca²⁺ 10.3mg/dL, PTHi 13.8pg/mL e Vitamina D 40.5nmol/L. Perante elevação da FA e parâmetros inflamatórios, foi solicitada Cintigrafia Óssea, que revelou: “aumento intenso da atividade osteoblástica no esterno, possivelmente traduzindo envolvimento por Doença Óssea de Paget (DOP).” Contudo, tendo em consideração a baixa prevalência do envolvimento esternal pela DOP e os antecedentes de pustulose palmo-plantar da doente, foram revistas as imagens cintigráficas. Para além do descrito, era evidente o envolvimento simétrico das primeiras articulações condroesternais. A TC de tórax prévia demonstrava igualmente um aumento da densidade circunscrita ao manúbrio esternal e primeiras articulações condroesternais, com envolvimento da cartilagem e irregularidades da cortical óssea interna e externa. Perante estes achados, colocou-se como hipótese diagnóstica mais provável a síndrome de SAPHO. A doente realizou perfusão única de ácido zoledrónico e iniciou reforço de vitamina D, com boa resposta clínica e laboratorial.

Discussão: A Síndrome de SAPHO pode ser considerada um subgrupo de artrite psoriática; é uma entidade rara, encontrada em menos de 3% destes doentes, mas cerca de 67% dos doentes com SAPHO, apresenta psoríase vulgar ou pustulose palmo-plantar. A parede torácica anterior é a região mais frequentemente afetada. De salientar, o envolvimento das clavículas, esterno e articulações esternoclaviculares, que se apresenta cintigraficamente como um aumento da captação de radionucleótidos numa distribuição típica conhecida como “*bull’s head sign*”, muito sugestiva desta síndrome, não verificada, contudo, neste caso, dada a ausência de envolvimento das articulações esternoclaviculares. A TC, por sua vez, demonstra frequentemente erosões das articulações adjacentes, como aqui observado. O tratamento de primeira linha consiste em AINEs, que a doente cumpria com alguma resposta. Outras opções incluem corticoides sistémicos, metotrexato ou, em casos refratários, antagonistas do fator de necrose tumoral. Alguns estudos, demonstraram também eficácia terapêutica com bifosfonatos como o ácido zoledrónico, justificando deste modo o benefício clínico observado nesta doente. Pondera-se ainda o aumento da dose de MTX.

Conclusões: Este caso clínico alerta o profissional para a necessidade de uma suspeita clínica apurada para deteção precoce desta doença, tendo em consideração a sua raridade e clínica inespecífica. Salienta-se ainda a reduzida especificidade da cintigrafia óssea para o diagnóstico diferencial, como se verificou neste caso ao se assumir o diagnóstico inicial de DOP. O tratamento atempado é crucial, de modo a evitar a progressão da doença e eventuais complicações, como a síndrome do desfiladeiro torácico, secundária a inflamação dos tecidos moles adjacentes.

PO 75 - FEBRE DE ORIGEM DESCONHECIDA COMO SINTOMA DE APRESENTAÇÃO EM DOENÇAS REUMÁTICAS

Ana Isabel Maduro¹; André Saraiva¹; Mariana Luís¹; Liliana Saraiva¹; Armando Malcata¹; Margarida Coutinho¹; Sara Serra¹
1. CHUC

Introdução: As doenças auto-inflamatórias sistémicas (DAIS) fazem parte do diagnóstico diferencial de febre de origem desconhecida, encontrando-se associadas a disfunção de células do sistema imune inato. Caracterizam-se por episódios de febre e sinais/sintomas inflamatórios sistémicos, desde manifestações cutâneas

e musculoesqueléticas a alterações neurológicas, gastrointestinais e hematológicas variáveis. As DAIS compreendem não só as síndromes febris hereditárias recorrentes monogénicas (como a febre familiar do Mediterrâneo, síndrome de febre periódica associada ao TNF e a síndrome periódica associada à criopirina), mas também doenças poligénicas/etiologia genética incerta, onde se inclui a Doença de Still do Adulto. O conhecimento sobre estas patologias é limitado e o atraso no diagnóstico é comum. A ausência de controlo adequado da atividade inflamatória subjacente, pode levar a falência de órgão-alvo e morte por amiloidose secundária.

Os autores comparam dois casos de febre de origem desconhecida. O primeiro caso refere-se a uma doente de 25 anos, com história de febre recorrente dos 12 até aos 20 anos de idade (duração média de 15 dias; cerca de 2-3 episódios por ano). Estes episódios eram ainda acompanhados de vômitos, cervicalgia e mialgias (assintomática entre crises). O estudo realizado na infância tinha sido inconclusivo. Foi internada ao cuidado da Reumatologia aos 25 anos, por recorrência do quadro. Ao exame objetivo, apresentava-se febril, sem outras alterações de relevo. O estudo analítico revelou anemia microcítica hipocrômica (já presente e estudada desde a infância), padrão de citocolestase e elevação marcada dos reagentes de fase aguda. Imagiologicamente, apresentava hepatoesplenomegalia e serosite. Realizou tratamento com AINES e colquicina, tendo apresentado apenas resposta favorável à corticoterapia na dose de 1mg/kg/dia. Após terem sido descartadas doenças infecciosas, auto-imunes e neoplásicas, dada a clínica de febre recorrente sem outra etiologia, foi colocada a hipótese de Síndrome Auto-Inflamatório e pedido estudo genético, que foi negativo. Aguarda autorização para início de tratamento biológico com inibidor da IL-1. O segundo caso, retrata uma doente de 33 anos transferida para o Serviço de Reumatologia ao 25º dia de internamento, a partir do Serviço de Doenças Infecciosas, por febre de origem desconhecida. À admissão, teria apresentado odinofagia, tendo sido colocada a hipótese inicial de amigdalite e iniciada antibio-terapia empírica, sem resposta. Analiticamente, de destacar o padrão citocolestático e a elevação dos reagentes de fase aguda. À nossa observação, apresentava-se febril, com artralguas, adenopatias cervicais e exantema maculopapular evanescente, envolvendo o tronco e os membros proximais. A febre evoluiu para picos diários superiores a 39°C, de predomínio vespertino e sem resposta aos AINEs. Apresentava hiperferritinemia

marcada (68916 ng/mL) e os exames imagiológicos revelaram hepatoesplenomegalia e serosite. Face à presença de febre prolongada de padrão vespertino, rash característico, artralguas, adenopatias, hepatoesplenomegalia, após exclusão de etiologia infecciosa e neoplásica, foi considerado o diagnóstico de Doença de Still do Adulto, cumprindo os critérios de Yamaguchi. Iniciou prednisolona 1mg/kg/dia, sem resposta clínica ou analítica. Por resposta insuficiente à corticoterapia, foi iniciado o anakinra, com resolução completa do quadro.

Discussão: os autores pretendem ilustrar dois diagnósticos pouco frequentes de febre de origem desconhecida, em idade adulta, que têm em comum o facto de se incluírem no grupo das DAIS.

Conclusão: As DAIS constituem diagnósticos de exclusão que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial da febre de origem desconhecida. Os reumatologistas podem desempenhar um papel importante no reconhecimento precoce e tratamento adequado destas doenças, de forma a controlar a inflamação sistémica e prevenir a lesão de órgão e amiloidose secundária.

PO 76 - DERRAME PLEURAL COMO SINAL DE APRESENTAÇÃO DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

André Pinto Saraiva¹; Ana Isabel Maduro¹; Sara Serra¹; Margarida Coutinho¹; Armando Malcata¹; Marlene Sousa¹; Liliana Saraiva¹; Cátia Duarte¹
1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: As doenças do tecido conjuntivo (DTC) têm fisiopatologia complexa e, por vezes, mal compreendida. O diagnóstico é feito com base num conjunto de sinais, sintomas e alterações analíticas, nomeadamente o perfil de auto-imunidade. A sua apresentação é muito variável, podendo apresentar uma multiplicidade de sinais e sintomas que envolvem praticamente todos os sistemas. Em alguns doentes apresentam-se de forma clara, noutros pode levar anos até que a doença assuma um perfil esclarecedor.

Caso Clínico: Os autores relatam o caso de uma doente, de 26 anos, com o diagnóstico de Síndrome de Sjogren primário (SS) com nove anos de evolução e antecedentes de dermatomiosite juvenil, em remissão. Na consulta de reumatologia foi objetivado derrame pleural esquerdo de pequeno volume, sem compromisso respiratório. Decorridos três dias, a doente recorreu ao

serviço de urgência por agravamento do estado geral, com quadro de tosse, dispneia, febre e dor torácica de características pleuríticas. Apresentava radiografia torácica com agravamento do derrame pleural. Ao exame objetivo apresentava múltiplas adenopatias e artrite periférica. Foram excluídos tromboembolismo pulmonar e infecção por SARS COV2

Analicamente salienta-se a presença de anemia microcítica hipocrômica (Hb:7,1 g/dl, VCM:78,8ft/L), sem evidência de hemólise intravascular, elevação dos reagentes de fase aguda (VS 72 mm/1^oh mm e PCR:4,53 mg/dl), hipocomplementémia (C3 0,37 g/L, C4 <0,03 g/l) e o seguinte padrão de auto-imunidade: anticorpos antinucleares (ANAs):1/1280 padrão mosqueado, Anti- dsDNA>1000, Anti-SSA e Anti-SSB positivos fortes e Anti-Sm positivo moderado, e culturas e serologias negativas. Por agravamento progressivo do derrame pleural foi realizada toracocentese evacuadora e diagnóstica com líquido pleural com características de exsudado, com baixa celularidade e com título de ANAs sobreponíveis aos níveis séricos, sem presença de células neoplásicas. A ecografia revelou adenopatias cervicais e axilares, a maior das quais com 4,5cm de maior eixo, sem captação sugestiva de doença linfoproliferativa de alto grau em tomografia por emissão de positrões.

Perante o quadro de serosite, febre, anemia, artrite e o perfil de auto-imunidade, e tendo sido excluídas causas infecciosas e neoplásicas, foi assumido o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico em *flare*. Realizou bólus de metilprednisolona (125mg) e iniciou toma diária de hidroxiquina 400mg e prednisolona 30 mg, com melhoria clínica, laboratorial e imagiológica.

Discussão: O diagnóstico diferencial das doenças do tecido conjuntivo ao longo da sua evolução é desafiante. A associação entre linfoma de Hodgkin e SS está bem descrita, representando, possivelmente, a associação mais reconhecida entre doença auto-imune e neoplasias malignas. Os portadores de SS apresentam um risco 44 vezes superior à população saudável, por este motivo, a principal prioridade foi a exclusão de linfoma.

Feita esta exclusão, perante a clínica e alteração do padrão de auto-imunidade, relativamente ao basal da doente, agora com Anti-dsDNA e Anti-Sm positivos, foi estabelecido o diagnóstico de LES em *flare* o que motivou início de corticoterapia, com excelente resposta. A pleurite é a manifestação pulmonar mais comum do LES, contudo, segundo a literatura, o derrame pleural associado é mais comumente bilateral ou

direito.

Conclusão: Este caso demonstra a importância de se manter uma vigilância adequada dos doentes portadores de DTC, não só pelas possíveis complicações a que estão associadas, mas também pela sua alteração fenotípica salientando-se a necessidade de uma vigilância contínua e por vezes uma atitude expectante perante um diagnóstico inicial.

PO 77 - RADIOSSINOVIORTESE NO TRATAMENTO DA SINOVITE VILONODULAR PIGMENTADA

Ana Isabel Maduro¹; André Saraiva¹; João Freitas¹; Flávio Costa¹; Armando Malcata¹; Margarida Coutinho¹; Sara Serra¹
1. CHUC

Introdução: A sinovite vilonodular pigmentada (SVP) é uma doença proliferativa do tecido sinovial, benigna, rara, que afeta com mais frequência a articulação do joelho. A base do tratamento é a ressecção cirúrgica (sinovectomia total). Contudo, devido à elevada taxa de recorrência local pós-cirurgia, em muitos casos, é usada a radio-sinoviotese (RSO), que tem demonstrado uma boa eficácia nas formas recorrentes da doença. A RSO consiste na injeção intra-articular de um radiofármaco, permitindo que este entre em contato com a membrana sinovial e que seja fagocitado. A radiação destrói a sinovial e interrompe a atividade inflamatória, o que resulta num alívio da dor e do derrame.

Casos Clínicos e revisão: Apresenta-se o caso de dois jovens com formas recorrentes de SVP e aos quais foi aplicada a técnica de RSO. É, ainda, descrito sumariamente o procedimento, indicações, contra-indicações e principais complicações associadas. O primeiro caso retrata um doente de 36 anos, com antecedentes de psoríase e monoartrite do joelho esquerdo, associada a derrame articular exuberante e incapacidade para a marcha. Teria sido inicialmente assumido o diagnóstico de artrite psoriática e medicado com AINE e tratamento imunossupressor, sem melhoria. Neste contexto, foi pedida RMN do joelho, que revelou alterações compatíveis com sinovite vilonodular pigmentada, posteriormente confirmadas por biópsia sinovial. Perante estes achados, foi submetido a sinovectomia aberta, mantendo, contudo, dor e derrame articular. Por apresentar recidiva pós sinovectomia, foi proposto a tratamento com RSO. Atualmente, mantém-se sem queixas de dor e de tumefação do joelho. O segundo caso refere-se a uma doente de 28 anos, seguida em

consulta de Reumatologia por sinovite crónica do joelho esquerdo com derrames articulares de repetição, apesar de vários tratamentos e infiltrações locais. A radiografia simples do joelho nas incidências anteroposterior e perfil não apresentava alterações. Optou-se por realizar RMN e biópsia sinovial, que foram fortemente sugestivas de sinovite vilonodular pigmentada, tendo sido submetida a sinovectomia artroscópica. Contudo, manteve queixas, com incapacidade funcional, tendo-se programado tratamento com RSO. Durante o procedimento, houve alguma dificuldade na injeção do radiofármaco na bolsa subquadriceptal, por provável septação da sinovial. O cintigrama de controlo mostrou captação difusa na bolsa quadriceptal e pouca dispersão do produto aos restantes recessos do joelho. Apesar disso, no global, referia melhoria da dor no joelho e capacidade funcional, já não necessitando de auxiliares de marcha. Dada a inflamação residual (confirmada por ecografia) irá repetir o procedimento, desta vez, sob controlo fluoroscópico. A RSO é uma técnica ainda utilizada em poucos centros no tratamento da patologia articular inflamatória crónica dolorosa, após claro insucesso da terapêutica médica e cirúrgica, e com eficácia demonstrada. As principais indicações são a sinovite crónica persistente em doenças articulares inflamatórias (como a artrite reumatóide), artrose, hemartrose em hemofílicos, derrame articular recorrente e SVP. As contra-indicações absolutas incluem gravidez e amamentação, infeção cutânea ou articular, fratura óssea e quisto de Baker. As complicações são raras, podendo ocorrer dor local, sinovite aguda, artrite séptica, radiodermite e necrose dos tecidos.

Discussão: com estes dois casos, os autores pretendem demonstrar que a RSO pode ser uma alternativa para casos de SVP recidivantes, após cirurgia. No primeiro caso, o doente ficou totalmente assintomático e recuperou a capacidade funcional. No segundo caso, apesar de haver dificuldade no procedimento (por septação sinovial), a doente apresentou melhoria das queixas.

Conclusão: A técnica de RSO pode ser um método local, simples e relativamente não invasivo, a considerar nas formas recorrentes da doença, permitindo a diminuição significativa da dor e edema das articulações envolvidas.

PO 78 - REAÇÃO CUTÂNEA SECUNDÁRIA À ADMINISTRAÇÃO DE ANAKINRA, UM EFEITO A TER EM MENTE

André Pinto Saraiva¹; Ana Isabel Maduro¹; Mariana Luís¹; Luísa Brites¹; Armando Malcata¹;

Sara Serra¹; Margarida Coutinho¹

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

Introdução: A doença de Still do Adulto é uma doença inflamatória sistémica caracterizada por febre diária, artrite e eritema evanescente. A sua etiologia é desconhecida e o seu tratamento tem por objetivo principal atingir a remissão, evitando o desenvolvimento de complicações, como a síndrome de ativação macrofágica ou a amiloidose secundária. A terapêutica instituída irá depender da gravidade do quadro. Casos severos, com atingimento de órgão nobre ou refratários à terapêutica de primeira linha poderão beneficiar da introdução de fármacos biológicos, nomeadamente com ação inibidora sobre a interleucina-1 (IL-1), como o Anakinra. Este fármaco é administrado de forma subcutânea, diária. Os efeitos adversos mais frequentes são as reações cutâneas no local da injeção, ocorrendo em algumas séries em até 64% dos doentes.

Caso Clínico: Os autores relatam o caso de uma doente do sexo feminino, de 33 anos, com o diagnóstico de Doença de Still do Adulto (febre diária, artrite, rash evanescente, leucocitose, serosite, linfadenopatias e esplenomegalia) medicada inicialmente com anti-inflamatórios não esteroides e prednisolona 1mg/kg/dia, sem qualquer resposta. Posteriormente iniciou terapêutica biológica com Anakinra 100mg/dia, com resolução rápida e completa do quadro. Decorridas três semanas de terapêutica, inicia quadro de lesões eritematosas, maculares, pruriginosas e bem delimitadas nos locais de administração do fármaco, com parca resposta à aplicação de corticoide tópico e anti-histamínico oral, o que motivou a suspensão do fármaco. Apenas 24h após a suspensão da terapêutica com Anakinra, e apesar da manutenção de prednisolona em alta dose, reinicia quadro de febre, odinofagia e mal-estar geral com leucocitose e elevação dos reagentes de fase aguda, sugestivo de reagramento da doença de base.

Foi iniciada terapêutica com Tocilizumab, com boa resposta. Inicialmente, optou-se pela administração endovenosa (por receio de nova reação local) que acabou por ser substituída pela subcutânea, para maior comodidade da doente.

Nas consultas de seguimento foi possível objetivar a boa tolerância a esta terapêutica, sem evidência de novos efeitos adversos cutâneos locais, e manutenção de bom controlo da doença

O caso foi discutido com Imunoalergologia no sentido de tentar determinar se a reação alérgica foi devi-



da ao princípio ativo ou a um excipiente presente na formulação, encontrando-se a doente a aguardar estudo. Esta questão poderá ser relevante no caso de nova reação local ou falência secundária de resposta com o Tocilizumab, atendendo à forma de apresentação exuberante da doença ao diagnóstico, à ausência de resposta à corticoterapia mesmo em alta dose e à escassez de outras alternativas terapêuticas restantes.

Discussão: O efeito adverso mais comumente reportado ao Anakinra são as reações no local da injeção, sendo o principal motivo de descontinuação da terapêutica. A maioria dos doentes apresenta placas quentes, eritematosas, com edema, com 3 a 5 centímetros de diâmetro no local da injeção e as lesões surgem geralmente ao fim de oito a 16 dias de utilização do fármaco, tal como reportado neste caso. A reativação da doença num curto espaço é justificada pela curta semi-vida do Anakinra (cerca de 6h). A utilização de fármacos inibidores da IL-6, enzima chave na cascata inflamatória, representa uma excelente alternativa.

Estão bem descritos na literatura, casos em que foi realizada dessensibilização ao Anakinra, sobretudo em doentes com reações de hipersensibilidade tardia, pela ausência de alternativa terapêutica. Neste caso tal poderá vir a ser necessário se existir intolerância/falência ao Tocilizumab

Conclusão: Este caso denota a importância de ter sempre um plano terapêutico alternativo em caso de falência das terapêuticas de primeira linha. Realça, ainda, a necessidade de uma abordagem multidisciplinar por várias especialidades médicas, neste caso por parte da reumatologia e imunoalergologia.

PO 79 - QUANDO A PSORÍASE SURGE DEPOIS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ana Isabel Maduro¹; André Saraiva¹; Marlene Sousa¹; Luísa Brites¹; Armando Malcata¹; Margarida Coutinho¹; Sara Serra¹
1. CHUC

Introdução: A artrite psoriática (AP) é uma doença inflamatória sistémica crónica que apresenta heterogeneidade na apresentação clínica e na gravidade dos sintomas cutâneos e articulares. A evidência é contraditória em relação à existência ou não de uma correlação entre a gravidade da doença cutânea e articular. Alguns estudos mostram que existe associação entre psoríase ungueal e o envolvimento das interfalângicas distais (IFD) na AP. O padrão de atingimento pode ser muito variado, desde uma mono-oligoartrite ligeira até uma

poliartrite, erosiva e destrutiva (indistinguível de artrite reumatoide) ou espondilartropatia com envolvimento axial ou entesite. Nas formas mais graves (como é o caso da forma mutilante), a AP pode levar a deformação e dano articular irreversível, associado a comprometimento da qualidade de vida e função. A confirmação de psoríase pode alertar para um diagnóstico precoce de AP. No entanto, alterações menos extensas como psoríase ungueal e/ou lesões psoriáticas na fenda glútea e no couro cabeludo podem ser as únicas alterações cutâneas e não serem detetadas ao exame objetivo.

Casos clínico: Os autores relatam o caso de um homem de 38 anos, mediador de seguros, com história de poliartrite deformante das mãos e pés, com 15 anos de evolução, que sempre foi desvalorizada. Há cerca de 8 anos, o doente procurou Reumatologista, tendo sido assumido o diagnóstico de Artrite Reumatóide, face a quadro de poliartrite e fator reumatóide positivo. Neste contexto, foi medicado com AINEs e metotrexato, que suspendeu por intolerância gastrointestinal, tendo abandonado as consultas de Reumatologia. Mais recentemente, foi referenciado à nossa consulta por quadro progressivo de deformação articular, que o doente continuava a não valorizar. Na consulta de Reumatologia foi confirmado o diagnóstico de poliartrite com atingimento preferencial das mãos e pés. Apresentava ainda uma cervicalgia de ritmo inflamatório de evolução recente. Não existia história de psoríase cutânea, mas desde há dois anos apresentava alterações distróficas unguais interpretadas como micose ungueal e tratadas como tal, sem sucesso. A nossa suspeita foi de psoríase ungueal (confirmada pela Dermatologia). Este achado, associado a alterações radiográficas típicas (fenómenos de reabsorção óssea, deformação em “bico de lápis e taça” e a existência de sindesmófitos cervicais), assim como envolvimento de algumas IFD, permitiu assumir o diagnóstico de AP Deformante/Mutilante. Atualmente encontra-se medicado com metotrexato 20mg/semana, com bom controlo da artrite. Contudo, apresenta já um dano articular considerável, com limitação da mobilidade dos punhos, anquilose e luxações das pequenas articulações de mãos e pés e encurtamento de falanges, com fenómeno de telescopagem (imagem).
Discussão: Este caso clínico ilustra um diagnóstico de AP Deformante/Mutilante num adulto jovem, diagnosticada numa fase tardia, apresentando já alterações articulares irreversíveis. Estas alterações não foram valorizadas durante anos, com repercussão na qualidade de vida e atividade profissional. Retrata, ainda, uma situação menos típica de AP, na qual a psoríase surge após

o quadro articular. De facto, neste doente, a única alteração cutânea era a psoríase ungueal, de evolução recente, confundida com micose. Também neste doente, se verificou a associação entre psoríase ungueal e atingimento das IFD.

Conclusão: A AP pode levar a deformação e dano articular grave, associado a comprometimento da qualidade de vida e função, constituindo-se assim, uma doença potencialmente deformante e incapacitante. A deteção e o tratamento precoces podem prevenir a destruição, deformidade e incapacidade funcional nas articulações envolvidas.

PO 80 - MELANONÍQUIA, EFEITO ADVERSO DE FÁRMACOS DE USO COMUM EM REUMATOLOGIA

André Pinto Saraiva¹; Ana Isabel Maduro¹;
Ana Rita Prata¹; Helena Assunção¹;
Armando Malcata¹; Sara Serra¹; Margarida Coutinho¹
¹Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra

Introdução: A melanoníquia é caracterizada pela descoloração castanha escura do leito ungueal por deposição de melanina. A forma longitudinal é o padrão morfológico mais comum e a sua prevalência apresenta grande variação geográfica, atingindo os 19,46% em algumas populações. Os mecanismos que levam ao seu surgimento não são completamente conhecidos, pode dever-se a ativação e hiperplasia melanocítica ou a invasão patogénica da matriz ungueal. Pode ter etiologia benigna, como exposição a fármacos ou doenças endócrinas, ou maligna, como melanoma ungueal. As características da lesão variam com a etiologia

Caso Clínico: Os autores relatam o caso de uma doente do sexo Feminino, de 49 anos de idade, com o diagnóstico de Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte (Síndrome Churg-Strauss), diagnosticada há cerca de 9 meses. A doente apresentava envolvimento do trato respiratório superior e inferior, envolvimento cardíaco e do sistema nervoso central, pelo que iniciou, como terapêutica de indução da remissão prednisolona 60/mg dia, em esquema decrescente, e ciclos de ciclofosfamida na dose de 15mg/kg. À data da realização do 10º, e último ciclo, de ciclofosfamida foram objetivadas alterações ungueais com hiperpigmentação difusa, envolvendo praticamente todo o leito das unhas dos dedos das mãos e algumas dos pés. Apresentava, ainda, no 1º dedo da mão direita, uma estria hiperpigmentada bem delimitada, longitudinal que percorria

todo o leito ungueal. Sem alteração da coloração cutânea ou das mucosas. Perante esta alteração, e por não ser possível a exclusão de melanoma, foi realizada dermatoscopia do leito ungueal que revelou características benignas. A lesão estriada apresentava linhas acastanhadas unicolores, longitudinais, paralelas, uniformemente espaçadas ao longo de todo o comprimento do leito ungueal, sem outras alterações. Perante os achados de benignidade e por existir um fator etiológico provável para estas alterações não foi realizada biópsia de lesão, tendo-se optado por uma atitude vigilante. A doente terminou a terapêutica de indução, tendo iniciado posteriormente terapêutica de manutenção com azatioprina na dose de 100mg dia e manteve seguimento em reumatologia. Objetivou-se resolução completa das alterações ungueais ao fim de 7 semanas.

Discussão: Os achados à dermatoscopia, o envolvimento de múltiplas unhas, a ausência de distrofia ungueal ou alterações peri-ungueais e a evolução clínica confirmaram a benignidade do quadro. Neste caso as alterações foram atribuídas à utilização de ciclofosfamida. Este fármaco, está associado ao desenvolvimento de alterações ungueais que surgem, habitualmente, 1 a 2 meses após o início da terapêutica e podem apresentar-se como alterações difusas da pigmentação do leito, estrias hiperpigmentadas longitudinais ou apenas como hiperpigmentação da região proximal. Envolvem mais frequentemente as unhas das mãos, e desaparecem, após 6-8 semanas da descontinuação do fármaco. Devido ao seu mais rápido crescimento, as unhas do 1º e 2º dedos são mais frequentemente afetados. Por outro lado, é fundamental que o clínico esteja atento a alterações sugestivas de malignidade, nomeadamente o envolvimento de uma única unha com linhas melanocíticas, de cor não uniforme, sem paralelismo, em pirâmide de base proximal, com alterações peri-ungueais associadas.

Conclusão: A melanoníquia constitui um achado que pode ser fonte de grande preocupação para o clínico e para o doente, uma vez que pode estar associado a patologia de natureza maligna cujo prognóstico é reservado. Na maioria das situações constituirá uma situação benigna que carece apenas de diagnóstico clínico e vigilância, uma vez que será auto-limitada. Está bem documentada a sua associação à utilização de quimioterápicos e imunossuppressores frequentemente utilizados em reumatologia, não constituindo uma indicação para interrupção terapêutica. O doente deverá ser tranquilizado sobre o bom prognóstico, mantendo, contudo, vigilância clínica regular

PO 81 - OSTEONCONDROMATOSE MÚLTIPLA HEREDITÁRIA: UM CASO FAMILIAR DE UMA PATOLOGIA INCOMUM

Ana Isabel Maduro¹; André Saraiva¹;
Helena Assunção¹; Ana Rita Prata¹;
Maria João Salvador¹; Armando Malcata¹; Sara Serra¹;
Margarida Coutinho¹
1. CHUC

Introdução: Os osteocondromas são protuberâncias ósseas revestidas por cartilagem e que se projetam tipicamente nas extremidades dos ossos longos, predominantemente junto à articulação do joelho, embora possam envolver praticamente todo o esqueleto (à exceção dos ossos faciais). A forma de apresentação mais comum é a lesão única (osteocondroma solitário). O desenvolvimento de múltiplos osteocondromas é menos frequente e está associado à osteocondromatose múltipla hereditária (OMH). A OMH ou Exostose Múltipla é uma entidade autossómica dominante rara (1:50.000), causada por mutações com perda de função nos genes EXT1 ou EXT2. Os sintomas de apresentação mais frequentemente relatados são a dor, tumefação, deformidade e diminuição da amplitude articular. Os osteocondromas podem, ainda, estar associados a outras complicações, incluindo compressão de estruturas neurovasculares e transformação maligna. O diagnóstico é clínico e baseado nas imagens radiográficas, podendo ser complementado por histologia. A excisão cirúrgica dos osteocondromas tem indicação na doença sintomática ou por razões estéticas.

Caso clínico: Relata-se o caso de uma doente de 63 anos, com queixas de dor e tumefação nos joelhos desde os 16 anos, que foi referenciada a consulta de Reumatologia aos 42 anos por poliatralgias com vários anos de evolução, localizadas aos ombros, punhos, pequenas articulações das mãos, joelhos e tibiotársicas, de ritmo mecânico. Ao exame objetivo eram visíveis deformações nos joelhos compatíveis com exostoses, com limitação na mobilização desta articulação. As radiografias articulares mostraram múltiplas exostoses junto às articulações dos joelhos, tibiotársica direita, anca direita, punho direito e ombro esquerdo (imagens). A doente referia antecedentes familiares (mãe, irmã e filha) compatíveis com OMH, pelo que foi feito este diagnóstico. Mais recentemente, informou-nos que um dos netos apresentava um quadro idêntico.

Discussão: Os autores descrevem um caso de osteocondromatose envolvendo vários ossos longos e história familiar positiva, compatível com OMH. O diag-

nóstico de OMH é realizado quando radiologicamente estão presentes pelo menos dois osteocondromas em ossos longos e na, maioria das situações, existe história familiar positiva, tal como se verifica com esta doente. Neste caso, a doente apresentava dor e alguma limitação funcional, mas sem outras complicações. Embora seja uma condição benigna, a OMH pode ter um impacto negativo na qualidade de vida. De facto, dependendo da localização, tamanho e número, as exostoses podem levar a limitação da mobilidade articular, neuropatia e síndromes de dor crónica (por compressão neurovascular e de tendões), bem como estarem associadas a alterações estéticas, que podem afetar a auto-estima e saúde mental dos doentes.

Conclusão: A OMH é uma doença rara e benigna para a qual não existe tratamento médico. Requer, contudo, uma avaliação médica frequente para avaliação de possíveis complicações, vigilância de eventual transformação maligna e correção cirúrgica quando a função é afetada.

PO 82 - ANTICORPO ANTIGOLGI NUM DOENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE – CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

Raquel Freitas¹; Fátima Godinho¹
1. Hospital Garcia de Orta

Introdução: A maioria dos auto-anticorpos contra componentes citoplasmáticos ou nucleares (ANA) estão devidamente caracterizados e são usados extensivamente como marcadores de doenças. Por contraste, é raro detetar auto-anticorpos contra o complexo Golgi, um organelo envolvido no processamento e transporte de proteínas¹.

Os anticorpos anti-Golgi (AGA) são detetados por imunofluorescência indireta (IIF) e foram pela primeira vez descritos em 1982 numa doente com Síndrome de Sjogren (SS) e linfoma². Desde então, os AGA tem sido reportados mais frequentemente no soro de doentes com doenças auto-imunes (DAI), nomeadamente SS e lúpus eritematoso sistémico (LES)²⁻⁴. Todavia, este auto-anticorpo pode ser encontrado noutras doenças não auto-imunes, como a ataxia cerebelar idiopática (ACI) e infeções virais⁴.

Baixos títulos de AGA têm sido reportados em doentes com infeções virais, contudo, a sua presença em altos títulos na ausência de um quadro clínico típico pode constituir um sinal precoce de uma DAI sistémica⁵.

Os AGA são raros e apresentam-se com uma padrão característico na IIF constituindo grânulos adjacentes

a um lado do núcleo⁶.

Caso clínico: Reportamos o caso de uma mulher de 31 anos, caucasiana, natural do Brasil, com antecedentes pessoais de hipotireoidismo e ex-fumadora. Referenciada há 1 ano à consulta de reumatologia por poliartralgias simétricas de ritmo inflamatório com 6 meses de evolução. À observação inicial, a doente apresentava poliartrite dos punhos, metacarpofalanges e interfalângicas proximais. Não apresentava outras queixas clínicas nem outras alterações ao exame objetivo. O estudo analítico revelou um aumento dos parâmetros inflamatórios (velocidade de sedimentação de 60mm na 1^ah), serologias virais negativas, fator reumatoide positivo (32UI/mL) e anticorpo anti-peptídeo citrulinado positivo (3193 UA/mL). Além disso, a salientar um surpreendente alto título de ANA (1/1280) com padrão citoplasmático polar/Golgi-like (AC-22, classificação ICAP). O rastreio ENA foi negativo.

Foi realizado o diagnóstico de artrite reumatóide (AR) e a doente iniciou terapêutica com metotrexato e baixa dose de prednisolona, atingindo baixa atividade da doença. Uma revisão da literatura foi realizada de forma a melhor esclarecer o possível significado patológico da presença dos AGA.

Discussão: Este padrão de IIF tem sido reportado num pequeno número de doentes com SS, LES, AR, doença mista do tecido conectivo, ACI e infecções virais, incluindo vírus imunodeficiência humana e Epstein-Barr (3,7). Apesar de alguns estudos descreverem os AGA em doenças não-autoimunes, a possível correlação clínica destes anticorpos foi mais frequentemente associada a DAI.

Contudo, a correlação clínica e patológica dos AGA permanece pouco compreendida e necessita de futuras investigações.

Conclusão: Este caso salienta um anticorpo raro (anti-Golgi) numa doente com AR. Uma revisão da literatura revelou que a associação clínica e papel patológico dos AGA permanecem pouco estudados, contudo estes anticorpos são mais frequentemente encontrados em doentes com DAI.

REFERÊNCIAS:

1. Chan EKL et al. Autoantibodies to Golgi apparatus antigens. Pabst Science Publishers, 1998
2. J.L. Rodriguez, et al. Anti-golgi complex autoantibodies in a patient with Sjogren syndrome and lymphoma. Clin Expl Immunol 1982
3. Fritzler MJ et al. Antibodies from patients with autoimmune disease react with a cytoplasmic antigen in the Golgi apparatus. J Immunol 1984
4. H.S. Hong et al. Clinical Association of Anti-Golgi Autoantibodies and their Autoantigens. Scand J Immunol 2004

5. Bizzaro, N et al. High Anti-Golgi Autoantibody Levels: An Early Sign of Autoimmune Disease? Clin Rheumatol 1999
6. Stinton LM et al. Autoantibodies to protein transport and messenger RNA processing pathways: endosomes, lysosomes, Golgi complex, proteasomes, assemblyosomes, exosomes and GW bodies. Clin Immunol 2004
7. Vermeersch P et al. Anti-Golgi autoantibodies are not clinically associated with systemic autoimmune diseases. Ann Rheum Dis 2011

PO 83 - ESCLEROSE SISTÊMICA – UM DIAGNÓSTICO FORA DE HORAS

Mariana Fonseca Silva¹; Inês Rua¹; José Garcia¹; Pedro Ruivo¹; Teresa Amaral¹

1. USF Santa Joana

Introdução: A esclerose sistêmica é uma sistêmica inflamatória crônica, rara, de etiologia desconhecida e que se caracteriza por inflamação e fibrose dos tecidos e alterações dos vasos sanguíneos, afetando vários órgãos, sobretudo a pele. É mais frequente entre os 25-55 anos e no sexo feminino. O diagnóstico faz-se pela história clínica e exame objetivo, caracterizados pela presença de fenómeno de Raynaud, e com o auxílio de análises clínicas (com parâmetros inflamatórios e autoanticorpos, por exemplo, anti-nucleares) e exames radiológicos. Podemos dividir a esclerose sistêmica em 3 grupos: a localizada, geralmente com atingimento das mãos, antebraços, pernas e pés, com evolução mais lenta; a difusa, com progressão geralmente mais rápida, que também pode afetar a pele proximal e com mais frequente atingimento orgânico; e a *sine scleroderma*, forma rara que atinge os órgãos e não a pele. O seu tratamento passa por alívio sintomático, anti-hipertensores e imunomoduladores/imunossupressores.

Descrição do caso: mulher de 67 anos com antecedentes de HTA, Dislipidemia, TVP em contexto pós-cirúrgico, cirurgia a quistos renais e ao menisco esquerdo e histerectomia e ooforectomia bilateral aos 49 anos, medicada com imidapril 20mg, atorvastatina 20mg e pantoprazol 20mg, recorre em dezembro de 2019 a consulta de doença aguda por noção desde o dia anterior de “olhos inchados” e “pontas dos dedos pretas e a doer”. Referia agravamento da dor em água fria e melhoria com água quente, mas mantendo cianose, dizendo ser o primeiro episódio. Negava outros sintomas. Apresentava um exame objetivo normal com exceção de cianose na falange distal dos dedos da mão esquerda, associada a “puffy fingers” e edema periobitárico, pelo que foi enviada ao SU. O estudo analítico e ecografia renal mostraram-se sem alterações, colocan-

do-se a hipótese de doença do tecido conjuntivo, orientada para consultas de Reumatologia e Dermatologia e medicada com prednisolona 5mg, cálcio+vitamina D e pentoxifilina. Segundo orientações de Dermatologia iniciou nifedipina 30mg. Voltou a consulta de doença aguda cerca de 2 meses depois por agravamento da astenia, do edema facial e das lesões cutâneas: mostrava lesões eritematosas/violáceas peripalpebrais, axilares e na face interna das coxas e agravamento das lesões digitais, com “puffy fingers” e ulceração das extremidades dos 2º e 3º dedos esquerdos (imagem 1) e fragilidade cutânea dos 3º e 4º dedos direitos, pelo que foi novamente enviada ao SU, tendo ficado internada para estudo e tratamento. Ficou internada durante 12 dias onde realizou vários EAD e tratamento com vasoprost, com melhoria. O estudo manteve-se durante vários meses, estando atualmente diagnosticada com esclerose sistémica limitada. Iniciou metotrexato 10mg/sem há menos de um mês e mantém a restante medicação, utilizando anti-histamínicos e corticoides tópicos em SOS.

Discussão: Este caso clínico mostra uma utente fora da idade de aparecimento típico da doença, no entanto, com várias das suas manifestações, fenómeno de Raynaud e “puffy fingers”, pelo que a hipótese de se tratar de uma doença inflamatória sistémica teria de ser colocada. Tendo em conta também os antecedentes de TVP da utente, a etiologia trombótica seria outra hipótese e, dado o edema da face, era importante descartar a hipótese de lesão renal aguda.

Conclusões: O papel do médico de família (MF) neste caso foi fundamental para a suspeita clínica e encaminhamento da utente, representando a porta de entrada nos serviços de saúde. Após estabilização clínica, fará também parte da nossa função como MF, tendo em conta uma relação médico-paciente mais estreita que existe, o seguimento da utente de modo holístico: ajudá-la aceitar a doença, encorajar a prática de exercício físico e exercícios dirigidos, garantir um bom descanso e alimentação, reforçar a adesão terapêutica e ouvir as suas preocupações.

PO 84 - SARCOIDOSE SUBCUTÂNEA NUM DOENTE COM DOENÇA PSORIÁTICA – UM CASO CLÍNICO

Pedro Bernardo Figueiredo dos Santos¹;
 Maria Manuela Loureiro²;
 Maria Inês Candal Ribeiro da Cunha¹;
 Anabela Tavares Valadão Barcelos¹

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

2. Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: A Sarcoidose é uma doença inflamatória multissistémica crónica de etiologia desconhecida caracterizada pela presença de granulomas não-caseosos. Podendo estar presente em praticamente qualquer órgão, afeta sobretudo o parênquima pulmonar, nódulos linfáticos, tecido cutâneo e região ocular. Excluindo os casos com atingimento intratorácico, a incidência de casos restrito a um órgão é rara. De entre estas formas isoladas, a pele é o órgão mais envolvido, podendo ocorrer como apresentação inicial da doença. A histologia do tecido biopsado mostrando granulomas não-caseosos é o *gold standart* como método diagnóstico, no entanto, recentemente a ecografia e a tomografia de emissões de protões (PET) estão a ser cada vez mais usadas como diagnóstico

Caso Clínico: Doente do sexo feminino de 53 anos, raça caucasiana, acompanhada no serviço de Reumatologia por Artrite Psoriática com envolvimento axial e periférico, com 16 anos de evolução e em remissão clínica sob metotrexato 20mg/sem. Em consulta de seguimento referiu sintomas caracterizados por anorexia, fadiga e perda ponderal (20% do peso corporal) e períodos de sudorese noturna com 5 meses de evolução. Descrevia ainda poliartalgias de ritmo inflamatório nas pequenas articulações das mãos e surgimento de nódulos eritematosos dolorosos dispersos pela face e região proximal de ambos os membros superiores. Ao exame objetivo a doente apresentava artrite das 4º e 5º IFP direita e 4 nódulos subcutâneos palpáveis: 2 na região frontal e submandibular; um na hemiface direita e outro na região proximal extensora do cotovelo direito. Analiticamente apresentava: anemia normocítica normocrómica, leucopenia com linfopenia, calcemia e calciúria normais, hidroxiprolina urinária aumentado, SACE normal, discreta elevação da PCR e VS. Serologias víricas, VDRL e teste de Mantoux negativos. A tellerradiografia torácica e a TC do tórax não mostraram adenopatias mediastínicas ou hilares. Foi suspenso o metotrexato e após discussão multidisciplinar, foi feito medulograma (excluído processo neoplásico/infeccioso) e foi feita biópsia excisional de nódulo da região frontal (infiltrados granulomatosos na região hipodérmica, representados por histiócitos e células multinucleadas). Realizou 18 FDG-PET que revelou espessamentos subcutâneos exibindo discreto aumento de captação, dispersos por todo o corpo, em maior número nos membros superiores correlacionando-se com

a hipótese de sarcoidose hipodérmica; sem outras alterações. Foi assumido o diagnóstico de Sarcoidose Hipodérmica e iniciada corticoterapia (prednisolona 1 mg/kg/dia) com desmame lento e hidroxicloroquina 6 mg/kg/dia. Após 3 meses, a doente apresentava completa regressão da clínica sistémica e dos nódulos subcutâneos. Repetiu a 18 FDG-PET que revelou ausência/desaparecimento da atividade sarcoide hipodérmica. Às 24 semanas de tratamento a doente manteve-se assintomática com perfil analítico normal.

Discussão: Dada a sua heterogênea apresentação, não há até ao momento nenhum exame subsidiário definitivo de diagnóstico sérico ou imagiológico para os casos cutâneos isolados de sarcoidose, refletindo por um lado, a importância de uma anamnese e exame objetivo cuidados, por outro lado o valor inquestionável do exame histológico revelando granulomas não-caseosos, excluindo outras causas granulomatosas de doença. Assim, nos últimos anos a ressonância magnética ou PET são cada vez mais solicitadas nos casos de suspeita de formas de sarcoidose sistémica.

Conclusão: Dada a ausência de estudos robustos longitudinais prospetivos, permanece incerto o valor prognóstico das formas cutâneas de apresentação da doença. Até ao momento, não há evidência da conduta de tratamento a adotar nos casos isolados de sarcoidose, permanecendo na maioria dos casos a utilização de glucocorticóides tópicos e intra-lesionais. Este caso demonstra o valor de terapêutica oral imunossupressora nas formas mais extensas de apresentação.

PO 85 - TERAPÊUTICA NÃO FARMACOLÓGICA DA FIBROMIALGIA

José Oliveira Pratas¹; Fernando Fonseca¹; Filipa Narra Pisa¹; Madalena Rangel¹
1. Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: A Fibromialgia (FM) é uma doença com uma prevalência mundial de, aproximadamente, 5% nos países desenvolvidos. Apesar de ser tão prevalente, a sua fisiopatologia ainda não é totalmente compreendida. A sintomatologia típica dominante é a dor, caracteristicamente crónica, generalizada, predominantemente somática, mas com indicadores de amplificação central, como alodínia e hiperalgesia. Associa-se a sintomas gerais como fadiga, alterações do sono, alterações cognitivas e distúrbios funcionais. Afeta sobretudo a população feminina (~2:1), em idade laboral, apresentando consequentemente um impacto socioeconómico importante devido ao elevado absentismo.

Para além do seu tratamento não ser consensual, torna-se também um desafio clínico, visto que muitos doentes não respondem às estratégias terapêuticas disponíveis.

Objetivos: Revisão sobre as terapêuticas não farmacológicas da Fibromialgia.

Materiais e métodos: Pesquisa nas plataformas de dados médicos Medline e Pubmed utilizando os termos: “fibromyalgia”, “rehabilitation” e “non-pharmacological” “treatment” para estudos publicados até outubro de 2020. Foram privilegiados estudos randomizados controlados, meta-análises e revisões publicadas nos últimos 3 anos.

Resultados: A evidência e recomendações disponíveis destacam o papel da educação do doente sobre a sua condição e o seu envolvimento ativo no processo da sua doença, como meio fundamental para o controlo sintomático. Embora a evidência ainda seja limitada, as medidas não farmacológicas devem ser incluídas nesta abordagem terapêutica holística da Fibromialgia.

A prescrição de exercício físico individualizado é a terapêutica mais impactante e com maior evidência para controlo sintomático, sendo que diversos estudos recomendam primordialmente o exercício aeróbio que propicia melhoria da qualidade de vida e diminuição da intensidade da dor. As guidelines recomendam exercícios com aumento gradual de frequência, tempo e intensidade (1 a 3 dias por semana, 10 a 60 minutos por dia, de intensidade ligeira a moderada) tendo em conta a tolerância, sendo o benefício frequentemente diretamente proporcional a esta gradação. É também sugerida, se necessário e de forma complementar, a acupuntura e a hidroterapia com alguns resultados interessantes, assim como o yoga e o tai chi.

Existe alguma evidência que as terapias cognitivo-comportamentais possam ter algum efeito no controlo da dor e na diminuição da incapacidade, embora careça de estudos mais robustos. A massoterapia, particularmente a libertação miofascial, parece ter impacto na redução da dor, fadiga e ansiedade, no entanto apenas com efeitos a curto e médio prazo. O TENS tem sido bastante sugerido mas a evidência é ainda bastante escassa, não existindo consenso sobre a sua recomendação, assim como no que diz respeito à eletroacupuntura. Outras opções com um carácter mais invasivo como o Dryneedling e a injeção de trigger points, ambos com alguma eficácia na redução das queixas algicas, particularmente em doentes com síndrome de dor miofascial associada, devendo no entanto ficar reservadas para doentes refratários às abordagens mais conservadoras.

No que diz respeito a terapias alternativas que foram propostas como o Mindfulness, Biofeedback ou Hipnose, não há evidência clara de benefício, sendo que a Quiropraxia é desaconselhada, segundo alguns estudos, por razões de segurança.

Conclusão: O tratamento da fibromialgia deve ser baseado numa abordagem multidisciplinar dirigida ao perfil de cada doente. É necessário, antes de mais, que o doente seja envolvido no processo da doença e que saiba reconhecer e gerir os seus próprios sintomas. A abordagem não farmacológica tem, nesta patologia, um peso especialmente importante, com enfoque na prática de atividade física regular. Outros tratamentos não farmacológicos são promissores para o controlo de sintomas, embora sejam necessários mais estudos para que haja maior evidência e segurança para a sua recomendação.

PO 86 - REABILITAÇÃO DOMICILIÁRIA APÓS ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO

José Oliveira Pratas¹; Fernando Fonseca¹;
Madalena Rangel¹; Filipa Narra Pisa¹
1. Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: A Osteoartrose é uma doença de caráter inflamatório e degenerativo que provoca a destruição da cartilagem articular e leva a uma deformidade da articulação, estimando-se que afecte cerca de 10 a 15% da população acima dos 60 anos, sendo a doença reumática mais prevalente. Representa a causa mais comum de doença articular no mundo desenvolvido e a principal causa de incapacidade crónica, principalmente à custa da osteoartrose do joelho e anca. Estima-se que represente cerca de 30 a 40% das consultas de Reumatologia, o que a torna um problema major de saúde pública e com tendência a aumentar devido ao envelhecimento da população.

A base do tratamento desta patologia assenta em medidas conservadoras (farmacológicas e não farmacológicas), no entanto quando existe falência desta abordagem, o tratamento cirúrgico acaba por ser opção.

Objetivos: Elaboração de um folheto de exercícios domiciliários para o pós operatório de artroplastia total do joelho

Métodos e Análise: Pesquisa nas plataformas de dados médicos Pubmed e Medline, utilizando os termos: “osteoarthritis”, “Total knee replacement rehabilitation”, “tkr physiotherapy home based exercises”. Foram privilegiados estudos randomizados controlados, meta-análises e revisões publicadas nos últimos 5 anos.

Resultados: A evidência existente aponta para um benefício da reabilitação pós operatória, com maior impacto se introduzida precocemente, com tradução clínica ao nível da funcionalidade, melhoria da dor, redução da rigidez articular e menor tempo de recuperação.

Os principais componentes da reabilitação incluem técnicas de cinesiterapia (mobilização articular, fortalecimento muscular e treino da flexibilidade), reeducação proprioceptiva, e treino do equilíbrio e da marcha. No folheto elaborado, é descrito um conjunto sistematizado de exercícios que contemplam as componentes referidas anteriormente.

Infelizmente, até à data, não existem normas de orientação consensuais no que diz respeito às modalidades de reabilitação, ao nível da frequência, duração e intensidade e por conseguinte, a prescrição é realizada de forma individualizada. Sublinham-se os cuidados a ter e os sintomas e sinais de alarme que devem fazer o doente contactar os serviços de saúde.

Conclusão: A reabilitação precoce após uma artroplastia total do joelho assume um papel preponderante na melhoria funcional, autonomia nas AVD e capacidade de marcha, permitindo aumentar a qualidade de vida destes doentes.

No nosso ponto de vista revela-se importante maximizar o potencial de reabilitação com a implementação de um programa coadjuvante de exercícios domiciliários. Na fase atual de pandemia, marcada pela limitação no acesso a cuidados de saúde, a realização de um programa domiciliário representa uma mais valia na recuperação destes doentes.

Com os dados recolhidos pretende-se fazer um estudo para analisar este potencial impacto.

PO 87 - SÍNDROME ANTI-SINETASE OU GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Marlene Sousa¹; Liliana Saraiva¹; Ana Cunha²;
Ana Maduro¹; André Saraiva¹; João Rovisco¹

1. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
2. Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: As doenças reumáticas autoimunes têm uma fisiopatologia complexa e uma apresentação variável, podendo envolver múltiplos sistemas. Isto torna complexo o diagnóstico, que frequentemente é estabelecido com base num conjunto de manifestações clínicas e analíticas, nomeadamente a presença de auto-anticorpos (Anticorpos Antinucleares) específicos.

Caso clínico: Homem, 70 anos, admitido no serviço de

Reumatologia para estudo de quadro com 8 meses de evolução, caracterizado por fraqueza muscular proximal, fadiga, perda ponderal (> 10Kg), desequilíbrio no ortostatismo e cefaleia. Apresentava história prévia de colite eosinofílica confirmada por biópsia, atualmente em remissão, e de hipoacusia súbita à esquerda após hemorragia labiríntica e lesão do nervo vestibular.

Apresentava estudo prévio que revelou: creatinina quinase (CK) 1500U/L, velocidade de sedimentação (VS) 64mm/h, Proteína C Reativa (PCR) 2mg/dL, anticorpos antinucleares (ANAs) positivos 1/2560, anti citoplasma de neutrófilo (c-ANCA) positivos, tomografia computadorizada de tórax (TC de tórax) com padrão em favo-de-mel.

À admissão apresentava dismetria na prova dedonariz, prova de Romberg positiva, desequilíbrio da marcha e diminuição da força muscular nos membros, com predomínio proximal, sem outras alterações.

O doente apresentou agravamento clínico a partir do sexto dia de internamento.

Realizou novo estudo que revelou: CK 764U/L, aldolase 9.5U/L, desidrogenase láctica 374U/L, PCR 0.76mg/dL, VS 82mm/h; hemoglobina 11.1g/dL (com microcitose e hipocromia); ANAs positivos 1/640 com anti-PL7 positivo forte. Os anticorpos anti *Extractable Nuclear Antigen*(ENAs), ANCA e restantes ANAs foram negativos. Foi excluída infecção por vírus de hepatites B, C e VIH (vírus da imunodeficiência humana adquirida). A TC de tórax revelou padrão intersticial usual (PIU); as provas de função respiratória apresentaram padrão restritivo e diminuição da DLCO; a ressonância magnética cerebral identificou lesões vascu-

lares da microcirculação subcorticais frontoparietais; a eletromiografia dos membros inferiores mostrou lesão da fibra muscular. A biópsia muscular revelou miosite necrotizante.

O quadro inicial fez-nos suspeitar de granulomatose eosinofílica com poliangeíte (GEP) mas os desenvolvimentos subsequentes apontaram para síndrome anti-sintetase. Após exclusão de intercorrências infecciosas iniciou metilprednisolona 1000mg/dia durante 3 dias, seguido do 1º ciclo de ciclofosfamida 10mg/kg, com melhoria.

O doente manteve tratamento com prednisolona 60mg/dia em esquema de redução até 7,5 mg/dia e ciclofosfamida 10 mg/kg/mês durante 10 meses.

Atualmente encontra-se medicado com prednisolona 7,5mg/dia e MMF 1000mg/dia. Mantém seguimento em consultas de Reumatologia, Pneumologia e Neurologia, mantendo apenas queixas de desequilíbrio, sob programa de reabilitação vestibular.

Discussão: A SAS é uma doença rara incluída no subgrupo das doenças musculares inflamatórias, sendo caracterizada pela presença de anticorpos específicos que reconhecem a aminoacyl-tRNA synthetases (ARS), nomeadamente o anti-Jo-1, PL7, PL12, EJ, OJ, Zo, HA e KS, entre outros. Clinicamente é caracterizada por miosite, doença pulmonar intersticial (DPI), artrite, febre, fenómeno de Raynaud e mãos de mecânico.

A GEP é uma vasculite sistémica que afeta vasos de pequeno e médio calibre frequentemente associada a ANCA. As manifestações clínicas surgem geralmente em 3 fases. A primeira caracteriza-se por asma e rinite, a segunda, eosinofílica por infiltração tecidual de eosinófilos em vários órgãos, incluindo trato gastrointestinal e a terceira, vasculítica, por vasculite sistémica.

Conclusão: Este caso revela a complexidade diagnóstica das doenças reumáticas autoimunes, assim como a necessidade de acompanhamento multidisciplinar destes doentes. Por vezes não é possível estabelecer um diagnóstico definitivo, sendo necessário a monitorização periódica, sendo o tratamento determinado pelo tipo de acometimento.

PO 88 - POLIARTRALGIAS DENUNCIAM "LARGADA DE BALÕES": IMPORTÂNCIA DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Tomás Fontes¹; Carolina Furtado¹; Teresa Nóvoa¹
1. Serviço de Reumatologia, Hospital do Divino Espírito Santo, EPER de Ponta Delgada, Portugal

Introdução: As poliartralgias constituem motivo fre-



quente de referência à consulta de Reumatologia. Apesar de as doenças reumáticas serem responsáveis por uma percentagem importante deste sintoma, deverão ser lembradas causas mais dissimuladas. Certas neoplasias podem ser sede de sintomas articulares, nomeadamente artralguas. A anamnese e o exame físico minucioso são as ferramentas mais importantes na suspeita diagnóstica.

Caso clínico: Mulher de 53 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, é referenciada à consulta de Reumatologia por poliartralguas de início recente, com fraca resposta aos anti-inflamatórios. Ao inquirido, as poliartralguas difusas constituíam a queixa principal. Afectavam predominantemente os punhos, cotovelos, joelhos e tornozelos. A doente referia um início súbito, após um esforço a carregar um objeto pesado, dois meses antes. O ritmo não era característico, sendo as queixas constantes ao longo do dia, embora com tendência a um agravamento noturno em determinados dias, com tumefação matinal. Sentia melhoria após toma de ibuprofeno 600mg, embora pouco satisfatória. Negava alterações mucocutâneas, gastrointestinais ou mesmo geniturinárias. Duas semanas após o início dos sintomas, inicia quadro de calafrios, febre e astenia, os quais motivaram uma ida ao serviço de urgência. Por PCR de 13,5mg/dL (<0.5) e leucocitúria, foi assumida uma infeção do trato urinário como causa dos sintomas. A doente foi medicada com ciprofloxacina 500mg 12/12h durante 8 dias e orientada para consulta externa de Reumatologia. Houve melhoria parca do quadro constitucional, com início de tosse não produtiva esporádica desde então. Ao exame físico na consulta, apresentava sinais vitais normais, pele e mucosas pouco coradas, sem outras alterações, auscultação cardíaca e pulmonar normais, exame do abdómen normal e ausência de edemas periféricos. Não foi objetivada tumefação articular ou pressão dolorosa das articulações afetadas. Não havia alteração das mobilidades ativa e passiva do esqueleto axial e periférico. O exame das mãos não deixava dúvidas quanto à presença de hipocratismo digital. O IMC calculado foi de 23,3Kg/m², embora a doente tivesse referido que o peso medido se distanciava 5kg do seu habitual. No ato desta primeira consulta, a doente foi encaminhada para realização urgente de radiografia de tórax, a qual revelou uma hipotransparência com 5cm de maior diâmetro no lobo superior do pulmão esquerdo, associada ao padrão clássico em “largada de balões”, com dezenas de hipotransparências pericentimétricas, dispersas por toda a área pulmonar. Foi feito contacto imediato com as es-

pecialidades de Pneumologia e Medicina Interna, tendo a doente ficado internada. O estudo confirmou tratar-se de um adenocarcinoma do pulmão esquerdo, de estadio IV, com metastização pulmonar bilateral e ganglionar. A doente tinha realizado uma radiografia de tórax 14 meses antes, sem qualquer alteração evidente.

Discussão: Descreve-se o caso de um adenocarcinoma do pulmão localmente disseminado, cuja manifestação inicial e predominante foi a de poliartralguas, que motivaram referência à consulta de Reumatologia. Os sintomas constitucionais, a palidez cutânea, o hipocratismo digital e o início de tosse são pistas suficientes para a necessidade de exclusão pronta de neoplasia pulmonar.

Conclusão: A integração dos achados da anamnese e exame físico é essencial na prática diária e é a principal arma na hora de desmascarar etiologias inicialmente dissimuladas.

PO 89 - NEUROPATIA PERIFERICA GRAVE DE INSTALAÇÃO SÚBITA EM DOENTE COM CRIOGLOBULINEMIA

Tomás Fontes¹, Carolina Furtado¹, Teresa Nóvoa¹

1. Serviço de Reumatologia, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal

Introdução: A crioglobulinemia mista essencial é uma vasculite de pequenos vasos de causa desconhecida. Uma parte importante dos doentes apresenta neuropatia periférica (20 a 80%), mas só uma minoria desenvolve doença sensitivo-motora grave. Púrpura e artralguas são as duas outras manifestações mais comuns. Apresenta-se o caso de uma doente cuja neuropatia teve início súbito e grave e cuja renitência à corticoterapia motivou o início de rituximab.

Caso Clínico: Mulher de 68 anos, iniciou em abril de 2019 um quadro de poliartralguas dos ombros, punhos e articulações temporo-mandibulares, de ritmo inflamatório, atingimento simétrico e associadas a febre intermitente. Por valores concomitantes de PCR de 12,3mg/dL (<0,5mg/dL) e fator reumatoide (FR) 34,8 UI/mL (<14UI/mL), foi assumido o diagnóstico de artrite reumatoide, em consulta exterior. Foi medicada com prednisolona (PDN) 30mg/dia em desmame e hidroxiquina 400mg/dia (suspendeu 3 dias após, por epistaxe). Dois meses após, já na dose de 15mg/dia de PDN, recorreu ao serviço de urgência por pé esquerdo pendente e perda súbita de sensibilidade do mesmo. Ao exame objetivo apresentava hipostesia na metade inferior da face lateral de ambas as pernas e

toda a área dos pés, com exceção da face medial. A flexão plantar estava preservada, mas a dorsiflexão apresentava-se praticamente abolida à esquerda (força muscular grau 1 em 5) e diminuída à direita (3 em 5). Não foram objetivadas lesões mucocutâneas, adenopatias ou artrite nesta fase. A doente ficou internada com a suspeita de neuropatia, tendo sido aumentada a dose de PDN para 50mg/dia (1mg/Kg/dia). Do estudo realizado, destaca-se um valor máximo de PCR de 16,7mg/dl, VS 72mm/h, creatinina normal, serologias virais de hepatite B e C, VIH, CMV e EBV negativas, sem consumo de C3 ou C4, e ANAs e ANCAs ausentes. A eletroforese de proteínas, determinação de cadeias leves séricas, proteína de Bence-Jones, VDRL e reação de Paul-Bunnell foram normais. TC torácico-abdomino-pélvica sem alterações relevantes (incluindo adenopatias) e RMN da coluna lombar sem compromisso da cauda equina ou raízes nervosas. A eletromiografia dos membros inferiores caracterizou uma polineuropatia axonal sensitivo-motora bilateral, crônica e grave, mais acentuada à esquerda. Não houve reversão do quadro, apesar da terapêutica, tendo a doente sido orientada para seguimento em consulta externa de Reumatologia e MFR. Foi feita a pesquisa de crioglobulinas, cujo resultado mostrou positividade para IgA, IgM e IgG, com presença de FR (sem análise quantitativa). Neste intervalo, a doente referiu aparecimento de máculas eritematosas nas pernas, aquando de uma viagem para um destino frio, tendo havido reversão após aumento da dose de PDN, por iniciativa própria. Estas lesões não foram objetivadas. Manteve distesia e dor nas pernas e pés, com agravamento após tentativa de redução da corticoterapia, queixando-se adicionalmente de hipoestesia do polegar direito e recorrência das artralguas. Dada a persistência do quadro, optou-se por iniciar tratamento com rituximab, uma opção cada vez mais consolidada nestes casos. Introduziu-se também, posteriormente, metotrexato 15mg/semanal, com intuito poupador de corticoide. A doente mostrou melhoria dos sintomas e capacidade funcional, embora sem reversão total, assim como normalização absoluta dos parâmetros analíticos inflamatórios.

Discussão: O diagnóstico de crioglobulinemia deve ser tido em conta em doentes que se apresentam com artralguas e FR positivo, associadas a neuropatia precoce, de forma a assegurar-se a introdução atempada da terapêutica adequada, com vista à redução de sequelas e a um melhor prognóstico.

Conclusão: O caso exposto alerta-nos para a gravida-

de que a neuropatia da crioglobulinemia pode assumir.

PO 90 - DOENÇA DE BEHÇET E SACROILIÍTE: UMA SOBREPOSIÇÃO RARA

Tomás Fontes¹, Carolina Furtado¹, Teresa Nóvoa¹
 1. Serviço de Reumatologia, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal

Introdução: A Doença de Behçet (DB) é uma patologia crónica do grupo das vasculites, caracterizada por ulceração oral e genital recorrente, lesões cutâneas, uveíte e artrite. A artrite é comum, podendo afetar 40-50% dos doentes¹, sendo caracteristicamente mono ou oligoarticular periférica. A prevalência de sacroiliíte (SI) relatada na DB é altamente variável, 0-63%², existindo ainda debate quanto à relação da DB com as doenças do grupo das espondilartrites (SpA).

Caso Clínico: Mulher de 38 anos, sem antecedentes pessoais relevantes ou medicação habitual, iniciou queixas de ulceração oral recorrente e dolorosa, com surtos de periodicidade mensal, assim como um episódio de aftose genital, em 2015, tendo sido feito o diagnóstico de DB. Nunca manifestou alterações cutâneas, oculares ou patergia. A tipagem do HLA revelou presença do alelo HLA-B51, ausência de HLA-B27. Os sintomas responderam positivamente ao tratamento com colchicina 1mg/dia. Paralelamente, a doente vinha sendo investigada por glutalgia bilateral desde a adolescência, com ritmo maioritariamente mecânico, mas com agravamento após períodos de repouso seguidos a esforços maiores, sem nunca conferirem incapacidade. Por manutenção das queixas, assim como por posterior intolerância gastrointestinal à colchicina, iniciou-se terapêutica com anti-inflamatório não esteroide e foi pedida RMN das articulações sacroilíacas, no final do mesmo ano. O exame revelou alterações do sinal medular ósseo em topografia peri-articular, bilateralmente, com hipossinal das vertentes sagrada e ilíaca em todas as sequências, e hipersinal medular adjacente ligeiro nas sequências STIR, particularmente na vertente ilíaca direita. Foi assumida provável osteíte condensante, com processo inflamatório ativo de pequena expressão. A aftose oral manteve-se controlada e os sintomas de glutalgia melhoraram ligeiramente, embora nunca debelados. As manobras das sacroilíacas ao exame físico foram sempre negativas e nunca houve limitação da flexão lombar no teste de Schober. Nos anos seguintes, a doente desenvolveu intolerância à acetaminofeno 90mg com que estava medicada (por tonturas e mal-estar), assim como à alternativa escolhida,

naproxeno 500mg (por agravamento da ulceração oral), acabando por tolerar etoricoxib 60mg, embora com eficácia parcial. Por agudização da glotalgia, e desta vez com rigidez matinal prolongada, foi pedida nova RMN em 2019. Relativamente ao exame prévio, foram relatadas irregularidades corticais da articulação sacroilíaca direita, com ligeiro edema medular ósseo das vertentes sagrada e ilíaca em sequências STIR, sugestivas de SI ativa. A doente foi proposta para tratamento com anti-TNF (adalimumab 40mg SC quinzenal), em março de 2020. Houve notória melhoria dos sintomas, sendo que de momento a doente encontra-se totalmente assintomática. Os parâmetros inflamatórios foram sempre normais.

Discussão: Descreveu-se um caso de DB com SI (e critérios ASAS para classificação de SpA axial). Não existe uma relação causal segura entre a DB e a SI, mas a prevalência desta sobreposição é elevada nalgumas séries de casos³. Algumas manifestações extra-articulares da DB sobrepõem-se com as das SpA, prevalecendo a dúvida quanto à possibilidade de a DB poder ser de facto um tipo de SpA.

Conclusão: Ainda existem dúvidas quanto ao papel da DB na SI, quando estas surgem em simultâneo.

REFERÊNCIAS:

1. Sterling G. West (2019). Rheumatology Secrets. 4th edition, Elsevier. Philadelphia, USA.
2. Bicer, A: Musculoskeletal Findings in Behçet's Disease. Pathology Research International, Volume 2012, Article ID 653806.
3. Chang, HK, et al: A case of coexisting Behçet's Disease and Ankylosing Spondylitis. The Korean Journal of Internal Medicine Vol. 15, No.1, January, 2000.

PO 91 - DA SUÍÇA COM AMOR: UM CASO DE POLIARTERITE NODOSA

Filipe Cunha Santos¹; Ana Sofia Pinto¹;

Sara Paiva Dinis¹; Fátima Cabral²;

Joana Fonseca Ferreira¹; Claudia Vaz¹

1. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda

2. Serviço de Dermatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda

Introdução: As vasculites são um grupo heterogéneo de doenças do tecido conjuntivo, que se caracterizam pela inflamação dos vasos sanguíneos. As manifestações clínicas oscilam entre sintomas constitucionais inespecíficos, como a febre, fadiga ou perda ponderal, até fenómenos vasculíticos específicos de atingimento orgânico, como por exemplo o renal. Por esta razão, e

por serem raras, representam um desafio importante para o clínico, por nem sempre serem consideradas no diagnóstico diferencial.

Caso Clínico: Descreve-se o caso de uma mulher de 32 anos encaminhada à consulta de Reumatologia em Outubro de 2019 por quadro, com início 5 meses antes, de tumefacção cervical esquerda, dolorosa e móvel, febre e artralguas generalizadas enquanto residia na Suíça. Terá iniciado antibioterapia, que a doente não sabe especificar, durante 14 dias, mas manteve a febre 5/6 dias após terminar a terapêutica, bem como artralguas de ritmo inflamatório e noção de tumefacção. Não referia outras queixas ao inquérito sistemático.

Posteriormente descreve aparecimento súbito de lesões de coloração escura, não descamativas, pruriginosas e não palpáveis, sobretudo nos membros, que cederam após início de corticoterapia oral (20mg/dia de prednisolona - PDN) e tópica. Iniciou esquema de desmame da terapêutica, com recidiva das lesões cutâneas e mal-estar geral, pelo que manteve os 20mg/dia de PDN até à primeira observação na Reumatologia.

Ao exame objectivo apresentava-se com fâcies cushingóide, artrite franca de ambas as articulações tibio-társicas, impotência funcional marcada e lesões violáceas, maculares, pápulas e pequenos nódulos eritematovioláceos no dorso dos pés e terço inferior das pernas, em aparente resolução. Não apresentava úlceras ou outros sinais de isquemia digitais ou dos membros. Iniciou novo esquema de redução da corticoterapia e introdução de metotrexato, com melhoria acentuada da tumefacção articular após um mês. Analiticamente apresentava apenas parâmetros inflamatórios aumentados, com perfil de autoimunidade e serológico negativo e sem atingimento renal. Realizou biópsia cutânea, que revelou alterações compatíveis com o diagnóstico de Poliarterite Nodosa (PAN).

Discussão: A PAN trata-se de uma vasculite de médios vasos. No caso da doente descrita existe um atingimento cutâneo e articular, sem atingimento renal, o que a classificaria como doença ligeira. Assim, a terapêutica adequada seria a instituição de corticoterapia oral na dose de 1mg/kg/dia durante 4 semanas, com consequente redução lenta da dose. Contudo, esta revelou-se uma doença corticorresistente, com necessidade de iniciar terapêutica com metotrexato para atingir o controlo da mesma. Estes doentes devem manter monitorização a longo prazo, com especial atenção aos órgãos inicialmente envolvidos. Contudo, sabe-se que doentes com PAN poderão ter recidivas da doença, com manifestações clínicas não presentes no momento do

diagnóstico.

Conclusão: Apesar de raras, num doente com sintomas constitucionais e sem outros sinais sugestivos de doença maligna, as vasculites devem ser consideradas no diagnóstico diferencial. A sua identificação correcta e instituição precoce da terapêutica permite melhorar consideravelmente o prognóstico a longo prazo.

PO 92 - DISCORDÂNCIA NO RESULTADO DOS TESTES IGRA E TST EM DOENTES CANDIDATOS A TERAPÊUTICA BIOTECNOLÓGICA COM DOENÇA ARTICULAR INFLAMATÓRIA

Miguel Barbosa¹; Ana Luísa Ramos²; Joana Carvalho³; Susana Carreira³; Teresa Mourato³; António Gomes Miguel³; Filomena Nogueira³; Maria da Conceição Gomes³

1. Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

2. Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz

3. Centro de Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches

Introdução: A utilização crescente de fármacos biotecnológicos no tratamento de doenças articulares inflamatórias (DAI) tem condicionado uma maior referência destes doentes aos Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP) para rastreio de Tuberculose previamente à introdução destas terapêuticas.

Objetivo: Avaliar a possível interação entre o tipo de DAI, a dose de Prednisolona e a utilização de fármacos antirreumáticos modificadores da doença (DMARDs) à data do diagnóstico de ITBL e a discordância dos resultados verificada entre o teste IGRA e o teste de sensibilidade à tuberculina (TST).

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com DAI referenciados a um CDP para rastreio de ITBL entre 2011-2019, que foram submetidos a tratamento preventivo e que realizaram, simultaneamente, IGRA e TST (positivo se ≥ 5 mm). Os dados foram colhidos por consulta dos processos clínicos. Efetuou-se análise descritiva e comparativa dos doentes de acordo com a concordância ou discordância dos testes diagnósticos.

Resultados: De um total de 606 doentes com DAI que efetuaram tratamento de ITBL após rastreio positivo entre 2011-2019, 252 (41,6%) doentes apresentavam TST e/ou IGRA positivo (excluídos doentes apenas com 1 teste realizado ou 2 testes negativos com outro critério para tratamento).

Destes 252 doentes, 119 (47,2%) apresentavam IGRA e TST concordantemente positivos (IGRA+/

/TST+) e 133 (52,8%) apresentaram resultados discordantes [32 com IGRA positivo e TST negativo (IGRA+/TST-) e 101 com IGRA negativo e TST positivo (IGRA-/TST+)].

O subgrupo de doentes com IGRA e TST discordantes apresentava, comparativamente com o grupo IGRA+/TST+, menor idade ao diagnóstico de ITBL (50 vs 54 anos; $p < 0.05$), menor percentagem de doentes com tratamento prévio de ITBL (6% vs 10%; $p = 0.27$) e maior percentagem de vacinação BCG/cicatriz vacinal (12% vs 6%; $p = 0.12$). A maioria dos doentes em ambos os grupos era do sexo feminino (54% e 61% respetivamente), sendo as patologias mais frequentemente observadas a Artrite Reumatoide (41% vs 37%), a Artrite Psoriática (29% vs 33%) e a Espondilite Anquilosante (26% vs 17%) ($p > 0.05$).

Relativamente à influência do tipo de terapêutica nos resultados dos testes diagnósticos de ITBL, ao comparar à data de diagnóstico o grupo de doentes com resultado discordante (IGRA+/TST- ou IGRA-/TST+) com os doentes com IGRA+/TST+, verificou-se que o primeiro grupo apresentava:

- semelhante percentagem de doentes sob Prednisolona < 7.5 mg/d e 0 a 1 DMARD (60% vs 62%, $p = 0.82$)
- semelhante percentagem de doentes sob Prednisolona ≥ 7.5 mg/d e 0 a 1 DMARD (11% vs 10%; $p = 0.77$)
- maior percentagem de doentes sob Prednisolona < 7.5 mg/dia e ≥ 2 DMARDs (22% vs 17%; $p = 0.38$)
- menor percentagem de doentes sob terapêutica imunomoduladora mais intensa, definida como Prednisolona ≥ 7.5 mg/dia e ≥ 2 DMARDs ou Biológico (7% vs 11%; $p = 0.24$).

Discussão: Este estudo salienta o número significativo de doentes com DAI que, no rastreio de ILTB pré-início de terapêutica biotecnológica revelam resultados discordantes nos exames disponíveis, reforçando a importância da realização dos dois testes de rastreio neste grupo de risco. A medicação imunomoduladora à data do rastreio de ILTB não pareceu influenciar os resultados dos testes de diagnóstico na amostra estudada. Isto poderá estar, em parte, relacionado com a reduzida dimensão dos doentes nos vários grupos de tratamento definidos.

PO 93 - O PAPEL DOS AUTOANTICORPOS NO DIAGNÓSTICO DA DERMATOMIOSITE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Loureiro¹; Graça Sequeira¹

1. Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: As miopatias inflamatórias idiopáticas (MII) são doenças raras e sistêmicas (incidência anual estimada de 5-10 casos por milhão em adultos), e incluem a dermatomiosite (DM), poliomiosite, miopatia necrotizante imunomediada, miosite por corpos de inclusão esporádica e miosite amiópática. A DM representa entre 35-50% das miosites em adultos.

O seu diagnóstico é feito utilizando os Critérios de Classificação para as MII, atualizados em 2017 pela *European League Against Rheumatism* (EULAR) e o *American College of Rheumatology* (ACR). Estes critérios utilizam como variáveis: idade de aparecimento dos sintomas, fraqueza muscular, manifestações cutâneas, disfagia ou dismotilidade esofágica, parâmetros analíticos (anti-Jo-1, creatinaquinase (CK), desidrogenase láctica (LDH), aspartato aminotransferase (AST) e alanina aminotransferase (ALT)), e presença de alterações específicas na biópsia muscular. A cada uma destas variáveis é atribuída uma pontuação, e o total da soma dar-nos-á um diagnóstico possível, provável ou definitivo de MII.

A presença de autoanticorpos específicos nas MII está reportada em 50-60% dos pacientes, o que ajuda a definir o tipo de miopatia, envolvimento de outros órgãos e resposta ao tratamento.

Caso Clínico: Mulher de 53 anos enviada à consulta de Reumatologia por quadro de limitação de mobilidade do tronco e membros superiores, após cirurgia para exérese de carcinoma da mama bilateral. Aos 45 dias de pós-operatório inicia quadro de edema da face, periorbitário e no hemicorpo esquerdo, miastenia e disfagia para sólidos. Analiticamente apresenta CK 6991UI/L, anticorpos anti-nucleares (ANA) positivos, LDH 905U/L. Ao exame objetivo na consulta: lesões eritematosas no dorso das articulações metacarpofalângicas (sugestivas de pápulas de Gottron) e dedos, com pele fina e friável; rash periorbitário heliotropo com descamação cutânea intermitente; limitação da abdução e flexão dos ombros < 90°. Analiticamente: CK 1200UI/L, AST 84UI/L e ALT 79UI/L. 2 anos após a primeira consulta, apresenta ANA positivos, num padrão mosqueado fino, com anti-SSA 60kDa e anti-Mi-2 positivos.

Discussão: Com idade superior a 40 anos, lesões sugestivas de pápulas de Gottron, rash periorbitário heliotropo, disfagia para sólidos, e valores elevados de CK, AST e ALT, podemos afirmar que definitivamente existe uma MII.

Nesta paciente, as manifestações cutâneas de DM são típicas: lesões sugestivas de pápulas de Gottron e rash heliotropo. Portanto, a biópsia muscular conside-

ra-se dispensável, uma vez que o laboratório tem um papel essencial na obtenção de resultados dos vários parâmetros analíticos, dando ainda mais solidez ao diagnóstico.

Em estudos analíticos anteriores, apesar de ANA positivo, anti-ENA eram negativos, nunca tendo sido realizado um painel analítico de miosites até a paciente ser seguida na Reumatologia. A presença de anti-Mi-2 na DM é rara (<10%), mas quando presente é muito específico da doença, está relacionado com bom prognóstico e baixo risco de desenvolver cancro (apenas em 25% dos doentes). Neste caso, a paciente teve o diagnóstico de neoplasia mamária antes do diagnóstico de DM.

Conclusões: Embora o diagnóstico de DM (e de outras MII) seja essencialmente clínico e histopatológico, não se deve descurar o papel essencial do laboratório, principalmente na medição de autoanticorpos específicos que ajudam à solidez do diagnóstico.

PO 94 - BURSITE EXUBERANTE SECUNDÁRIA À TERAPIA COM INIBIDORES DE "CHECKPOINT" EM DOENTE COM NEOPLASIA DO PULMÃO

Rita Santos¹; Simão Serrano¹; Marília Rodrigues²

1. Centro Hospitalar de Leiria, Serviço de Medicina Física e de Reabilitação
2. Centro Hospitalar de Leiria, Serviço de Reumatologia

Introdução: Os inibidores de "checkpoint" são um dos grupos de fármacos mais utilizados na imunoterapia oncológica. O seu mecanismo de ação consiste no bloqueio de moléculas inibitórias que regulam a ativação das células T. Esta resposta amplificada pode culminar na ativação de células T, com conseqüente lesão de tecido não tumoral e síndromes inflamatórias imuno-mediadas. Neste espectro estão descritas manifestações reumatológicas exuberantes, sendo a polimialgia reumática e a miosite as mais frequentes.

Caso clínico: Doente de 61 anos, género masculino, sem patologia reumatológica prévia, com adenocarcinoma do pulmão de estadió IV e sob imunoterapia com pembrolizumab (anti-PD-1/PDL1) desde outubro de 2019. É observado em consulta de Reumatologia em junho de 2020 por apresentar dor localizada aos ombros, de ritmo misto, intensidade 9/10, início insidioso em janeiro de 2020, com incapacidade e rigidez da cintura escapular. Ao exame objetivo dos ombros apresentava défice de AA ativas na elevação anterior (100°) e abdução (70°) com AA passivas completas; Ao exa-

me neurológico apresentava ROTs simétricos e força mantida nos MS. Analiticamente apresentava FR e ACPA negativos e elevação da VS e PCR. Foram consideradas as hipóteses diagnósticas: complicação reumática no contexto de imunoterapia, tendinopatia/rotura da coifa dos rotadores, síndrome de Parsonage-Turner, síndrome de Pancoast e capsulite adesiva do ombro. Foi solicitada avaliação conjunta com a Medicina Física e Reabilitação. A avaliação ecográfica demonstrou ausência de tenossinovite/derrame da LPB, roturas/tendinopatia da coifa, derrame no recesso glenoumeral posterior ou ativação PWD no intervalo da coifa. Contudo, verificou-se a presença de derrame exuberante em forma de gota, bilateral, na face lateral do ombro, de conteúdo heterogêneo e áreas hiperecogênicas de grandes dimensões (6 cm), em continuidade com a bursa SASD. Realizou-se RMN pela possibilidade de lesão tumoral secundária e, posteriormente, aspiração ecoguiada com análise do líquido sinovial, incluindo citometria de fluxo para exclusão de células neoplásicas. Pela ausência de achados imagiológicos e laboratoriais compatíveis com metastização/outras síndromes assumiu-se o diagnóstico de bursite secundária aos inibidores de “checkpoint”. Foi medicado com glucocorticoide (prednisolona 10mg/dia) com melhoria clínica após 1 semana. Atualmente, apresenta-se assintomático, sem ser necessária a suspensão de pembrolizumab. A melhoria sintomática acompanhou-se de marcada redução das dimensões da bursite, em reavaliação ecográfica em outubro de 2020.

Discussão: Os eventos imuno-mediados ocorrem em 70% dos doentes sob tratamento com fármacos anti-PD-1/PDL1. Considerou-se a hipótese da bursite SASD secundária a imunoterapia por pembrolizumab pela apresentação clínica e alterações ecográficas descritas. A favor deste diagnóstico está a associação temporal, já que o quadro se iniciou 3 meses após o início da imunoterapia, a ausência de positividade de outros marcadores específicos e a resposta adequada à corticoterapia. Quanto ao diagnóstico diferencial, foi excluída a possibilidade de lesão da coifa pela ecografia articular; de S. Parsonage-Turner dado manter dor intensa e constante durante várias semanas, não associada a défices neurológicos motores nos MS; de capsulite adesiva pela ausência de sinais imagiológicos sugestivos ou défices de mobilidade passiva; de hipótese de lesão secundária de neoplasia após RM e análise do líquido.

Conclusões: Os autores pretendem demonstrar a importância da suspeição diagnóstica de eventos imuno-mediados em doentes com manifestações clínicas de

novo, articulares/peri-articulares, iniciadas no decurso da imunoterapia. De acordo com a literatura, a associação de maior risco destes eventos em doentes com patologia reumatológica prévia permanece controversa. A corticoterapia é suficiente na maioria dos casos, mas pode ser necessária a suspensão da imunoterapia nos casos mais graves.

PO 95 - A IATROGENIA DE UM DIAGNÓSTICO INCERTO

Margarida Faria¹; Sofia Rei²; Lídia Teixeira¹; Bela Machado³; Mário Rodrigues¹

1. Serviço de Reumatologia - SESARAM, EPE
2. Centro de Saúde do Caniço - SESARAM, EPE
3. Serviço de Medicina Interna - SESARAM, EPE

A febre no jovem adulto pode ser de causa infecciosa, inflamatória, farmacológica ou neoplásica. A doença de Still (DS) do adulto, uma doença auto-inflamatória sistémica, pode ser uma dessas causas, caracterizando-se não só pela febre, mas outros sinais ou sintomas de poliartralgias de ritmo inflamatório, exantema cor de salmão, odinofagia, adenomegalias e hepatoesplenomegália.

Homem, 20 anos, estudante, com história de episódios recorrentes de odinofagia, sudorese noturna, artralgias de ritmo inflamatório envolvendo as articulações tibiotársicas, joelhos e punhos. Referia ainda febre de predomínio vespertino acompanhada de exantema cutâneo evanescente. O primeiro episódio surgiu em março de 2018, com cerca de 1 mês de duração, medicado com prednisolona e com resolução completa do quadro. Posteriormente, apresentou episódios semelhantes, com cerca de 1 mês de intervalo livre de doença, que motivaram internamento no serviço de Medicina Interna em agosto de 2018, durante o qual foi identificada adenomegália cervical, cuja biopsia revelou linfadenite necrotizante. Foi transferido para o serviço de Hematologia e, por suspeita de Linfoma T hepatoesplénico, fez um ciclo de quimioterapia, porém o exame histológico revelou linfadenite necrotizante. Desde então, estava sob corticoterapia, com recorrência da sintomatologia aquando do esquema de descontinuação. Após 2 anos de evolução, perante nova recorrência da sintomatologia e maior resistência à corticoterapia, foi internado no serviço de Hematologia e, após semanas de internamento é transferido para o serviço de Medicina Interna. Perante manutenção da febre e aumento dos parâmetros inflamatórios, após exames culturais negativos e antibioterapia de largo es-

pectro, foi contactado o serviço de Reumatologia. Ao exame objetivo, destaca-se face em “lua cheia” com plethora facial, ginecomastia, artrite do punho e tibiotársica esquerdos e dos joelhos. Analiticamente, leucocitose com neutrofilia, ferritina de 21834ng/mL, VS de 44mm e PCR de 141mg/L. Perante história clínica típica e tendo sido excluída patologia autoimune, infecciosa e linfoproliferativa, admitiu-se DS do adulto policíclica. A avaliação analítica seguinte mostrava uma anemia *de novo*, redução das contagens leucocitárias, hiperfibrinogénemia, triglicéridos 214mg/dL, elevação da LDH e da ferritina para 52451ng/mL. Perante o tempo de evolução da doença e o agravamento recente optou-se por realizar 3 pulsos de 1000mg/dia metilprednisolona, seguidos de prednisolona 1mg/Kg/dia e Anakinra 100mg/dia com desaparecimento da febre, das queixas articulares e melhoria das alterações analíticas. Contudo, 1 mês após o início de Anakinra apresentou trombocitopenia, resolvida com esquema de redução do número de administrações do fármaco, durante 2 semanas. Atualmente encontra-se assintomático e com parâmetros de inflamação negativos estando sob Anakinra 100mg/dia e Metotrexato 15mg/semana (iniciado por recidiva de queixas articulares) e ácido fólico 10mg/semana.

Frequentemente, o diagnóstico de DS é feito após um período prolongado de sinais e sintomas. Neste caso clínico, é retratada a iatrogenia resultante do diagnóstico tardio de DS, tendo o doente sido submetido a quimioterapia, a cursos de antibioterapia de largo espectro e a um longo período de corticoterapia e consequente instalação de sinais de síndrome de Cushing e um controlo insatisfatório do processo inflamatório subjacente.

A DS do adulto manifesta-se tipicamente por febre, exantema eritematoso que ocorre durante os picos febris e desaparece nos períodos de apirexia e artrite. Os dados clínicos e analíticos verificados neste doente, são congruentes com esta patologia, além do achado de linfadenite necrotizante, cumprindo os critérios de Yamaguchi de 1992. De salientar que o desconhecimento da doença pode levar a um atraso significativo no diagnóstico, com evolução da mesma para formas muito graves e efeitos secundários de terapêuticas inadequadas.

PO 96 - ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES APÓS INFEÇÃO POR EHRlichIA

Jorge Pestana Lopes¹; Raquel Roque¹

1. Hospital Garcia de Orta

Introdução: A arterite de células gigantes (ACG) é a vasculite mais frequente, que envolve médios e grandes vasos. O fenótipo de arterite temporal caracteriza-se frequentemente por cefaleia temporal, claudicação temporal e sintomas visuais. A ACG não atinge exclusivamente a artéria temporal podendo atingir, numa percentagem significativa dos casos, apenas vasos extracranianos.

Vários estudos demonstraram um aumento da incidência de ACG de acordo com padrões sazonais, verificando-se um aumento do número de casos durante os meses de Outono e Inverno. Vários agentes infecciosos têm sido associados à etiopatogenia da ACG, nomeadamente o *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, Parvovirus B19.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 64 anos, leucodérmica, reformada, com antecedentes pessoais de osteoporose. Aparentemente saudável até à primeira semana de Abril de 2020, altura em que refere início de queixas de cansaço, anorexia e febre, com picos de 38,5°C associado a sudorese de predomínio vespertino. Referia ainda, com início na mesma altura, mialgias generalizadas e cansaço para médios esforços. Recorreu ao seu médico de família que levantou hipótese diagnóstica de infecção por vírus SARS-CoV-2, tendo a doente ficado com indicação para manter isolamento social. Por persistência das queixas a doente foi encaminhada à consulta hospitalar de Infecciologia.

A doente foi avaliada pela primeira vez na consulta de Infecciologia no dia 7 de Maio de 2020. Dos exames complementares de diagnóstico pedidos nesta data destaca-se apenas um aumento dos parâmetros inflamatórios (VS 120 mm/h, PCR 19,72 mg/dL), radiografia de tórax e punção lombar sem alterações e IGRA negativo. A doente iniciou antibioterapia empírica de largo espectro (10 dias de ceftriaxona 2g/dia) com melhoria das queixas.

Após 2 semanas por identificação de serologias positivas para Ehrlichiae (IgM), com confirmação no INSA, iniciou terapêutica com doxiciclina, que manteve durante 5 semanas, com resolução quase total das queixas de cefaleia e febre e normalização dos parâmetros inflamatórios.

A doente manteve-se paucisintomática, mantendo apenas queixas de cansaço, até cerca de 2 semanas após o fim da terapêutica com doxiciclina, altura em que inicia novamente quadro de febre de predomínio vespertino com sudorese, anorexia com perda de peso de 6 kg em cerca de 1 mês, sensação de mal estar geral e cefa-

leia holocraniana. Nesta altura, verificou-se um aumento dos parâmetros inflamatórios (VS 120 mm/h, PCR 7,64 mg/dL) e anemia normocítica e normocrômica de novo (Hb 10,7 g/dL).

A doente realizou vários exames complementares de diagnóstico, exames culturais e serologias infecciosas negativos e tomografia computadorizada tóraco-abdomino-pélvica sem alterações.

Realizou, ainda, PET-FDG que evidenciou vasculite activa de grandes vasos com envolvimento da aorta ascendente e artérias axilares. Por este motivo foi encaminhada à consulta de Reumatologia e realizada ecografia das artérias temporais e axilares, que demonstrou espessamento patológico do complexo íntima-média das artérias axilares bilateralmente, compatível com diagnóstico de ACG.

A doente iniciou corticoterapia em alta dose (prednisolona 1 mg/kg/dia), com resolução completa do quadro de cansaço, febre e anorexia. Analiticamente, após 1 mês de terapêutica destacava-se uma normalização dos parâmetros inflamatórios e do hemograma.

Discussão: A infecção humana por Ehrlichiae é uma zoonose, com sintomas por vezes inespecíficos como febre, mialgias, anorexia, podendo cursar com cefaleia. O reaparecimento de sintomas muito semelhantes ao quadro inicial mas com uma etiologia diferente representou um grande desafio diagnóstico, tendo a PET-FDG desempenhado um papel fundamental no diagnóstico.

Conclusões: A etiologia da ACG não se encontra esclarecida, mas vários estudos populacionais e casos clínicos implicam um eventual envolvimento de agentes infecciosos como possíveis desencadeantes.

PO 97 - LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO – UMA DOENTE, DUAS MANIFESTAÇÕES GRAVES E RARAS

Maria Margarida Cunha¹; Gonçalo Cruz²;

Filipe Vinagre¹; Ana Catarina Duarte¹

1. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta

2. Serviço de Nefrologia, Hospital Garcia de Orta

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença heterogénea que se pode apresentar sob uma extensa miríade de manifestações desde ligeiras a graves e potencialmente fatais.

Caso clínico: Descrevemos o caso de uma mulher de 26 anos, leucodérmica, sem antecedentes médicos relevantes, que iniciou quadro de febre diária (máximo 39°C axilar), astenia, artralguas de ritmo misto dos joelhos, punhos e mãos, por vezes com tumefacção dos

joelhos, duas semanas antes de recorrer ao serviço de urgência (SU). À admissão no SU a destacar febre e hipotensão, sem outras alterações ao exame objetivo; analiticamente com anemia (7.6g/dL), leucopénia ($2.9 \times 10^9/L$), linfopénia ($500 \times 10^9/L$), creatinina 1.1mg/dL e lactato desidrogenase (LDH) 634U/L, sem outras alterações. Após transfusão de 1 unidade de concentrado eritrocitário, teve alta contra parecer médico. Cerca de duas semanas depois foi avaliada nos Cuidados de Saúde Primários, com manutenção da anemia (7.8g/dL) e leucopénia ($2.8 \times 10^9/L$), elevação da velocidade de sedimentação (VS) (90mm/1^ah) e da ferritina (>1000 ng/mL). Um mês depois foi levada ao SU por alteração do estado de consciência, encontrando-se à admissão com 9 pontos na escala de coma de Glasgow, normotensa, taquicárdica (150bpm), pálida, icterícia, com hematomas dispersos. Por agravamento do estado de consciência a doente foi entubada e ventilada.

Da investigação complementar destacava-se, gasometria com acidose metabólica e hiperlactacidémia (pH 7.27, paCO₂ 17.8, HCO₃- 8.1mmol/L, lactato 9.6mmol/L); análises com anemia (6.1g/dL) normocítica, normocrômica, trombocitopénia ($36 \times 10^9/L$), linfopénia ($0.46 \times 10^9/L$), VS 54mm/1^ah, haptoglobina <10mg/dL, ferritina 11719ng/mL, taxa de protrombina 54%, aPTT 39.3 segundos, d-dímeros 4.79ug/mL, fibrinogénio 56mg/dL, triglicéridos 346mg/dL, elevação das transaminases (AST 2207U/L e ALT 234U/L), LDH 1569U/L, hiperbilirrubinémia directa (bilirrubina total 9.3mg/dL, directa 6.84mg/dL), consumo das fracções do complemento (C3 24mg/dL, C4 8.1mg/dL), ANA 1/2560, anticorpo anti dsDNA 263UI/mL, anticorpos anti-Smith, anti-RNP, anti-histonas e anti-nucleosomas positivos, anticorpo anti-cardiolipina IgG positivo e avaliação sumária de urina sem alterações. Realizou tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica sem alterações e TC toraco-abdomino-pélvica com opacidades nodulariformes dispersas por ambos os pulmões, de provável etiologia infecciosa, embora não sendo possível excluir hemorragia alveolar; hepatomegália e múltiplas adenomegalias em várias localizações. Foi submetida a broncofibroscopia, com lavado broncoalveolar compatível com hemorragia alveolar (HA), e no qual foi isolada Pseudomonas aeruginosa multirresistente. Foi ainda realizada biópsia excisional de adenopatia axilar compatível com linfadenite necrotizante.

Discussão: Admitiu-se o diagnóstico de LES com síndrome de activação macrofágica (SAM) e HA nesse con-

texto, tendo a doente iniciado corticoterapia (metilprednisolona 1g/dia durante 3 dias, seguido de prednisolona 1mg/Kg/dia) e hidroxicloroquina (5mg/kg/dia), associada a antibioterapia dirigida para *Pseudomonas aeruginosa*. O caso foi discutido com os colegas de Nefrologia, e perante a gravidade do quadro clínico optou-se por realizar plasmaferese (5 sessões em dias consecutivos), com progressiva melhoria clínica e radiográfica, e consequente extubação. Ao 10º dia de antibioterapia e 6 dias após término de plasmaferese, a doente reiniciou febre, sem qualquer outra clínica focalizadora. Assumiu-se atividade da doença, pelo que iniciou terapêutica com ciclofosfamida 500mg (protocolo EuroLES), com apirexia sustida desde então e estabilidade clínica.

Conclusões: A SAM e a HA difusa são duas manifestações raras e graves de LES, e por vezes difíceis de reconhecer e distinguir de outras entidades; em ambas as situações, é essencial o seu rápido reconhecimento com vista a um diagnóstico célere e rápida instituição da terapêutica adequada, por forma a melhorar o seu prognóstico.



CONCURSO DE IMAGENS

NORDIC
PHARMA 

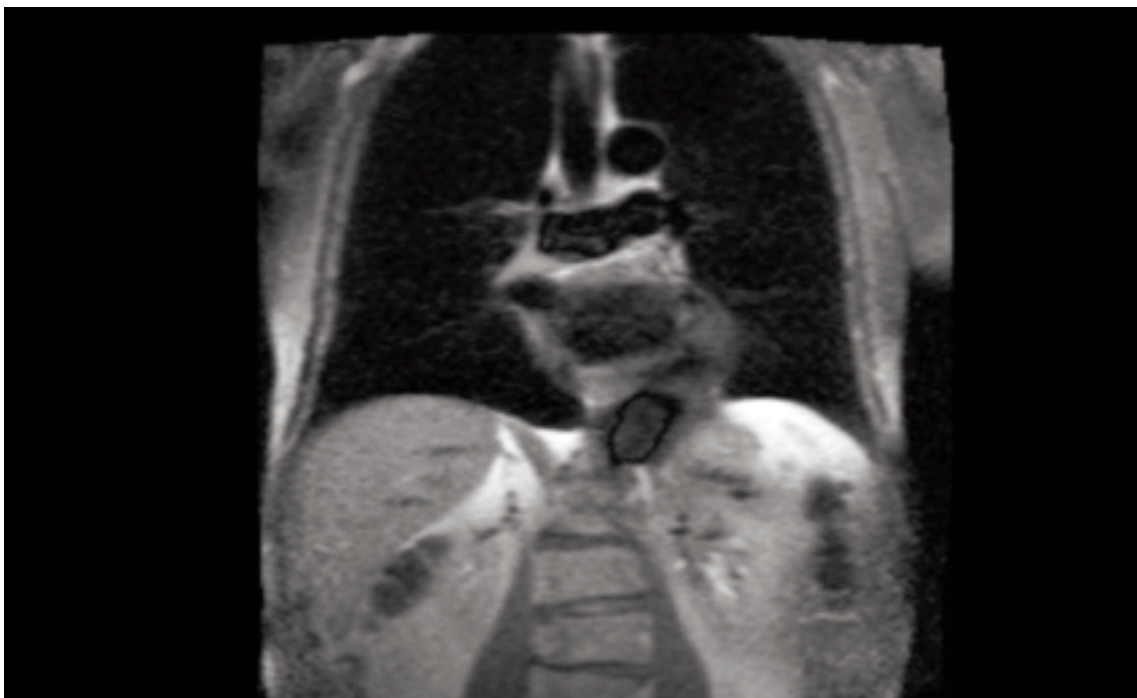
Concurso de imagens

CI 01 - AORTITE COMO CONSEQUÊNCIA DE ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES EXTRACRANEAL

Cristiana Isabel Sieiro Santos¹

1. Complejo Asistencial Universitario de León (España)

Homem de 85 anos diagnosticado de PMR com perda de peso, debilidade em membros inferiores, incapacidade para levantar-se da cadeira e febre de 38 graus. Nega cefaleia, claudicação mandibular, amaurosis fugax, artralgias ou aumento de sensibilidade em coro cabeludo. Destacamos aumento de reagentes de fase aguda (PCR 140, VSG 70). Ecografia e biopsia de artérias temporais são negativass. Realiza-se angio-RM torácica compatível com aortite, diagnosticando-se de ACG extracranial.

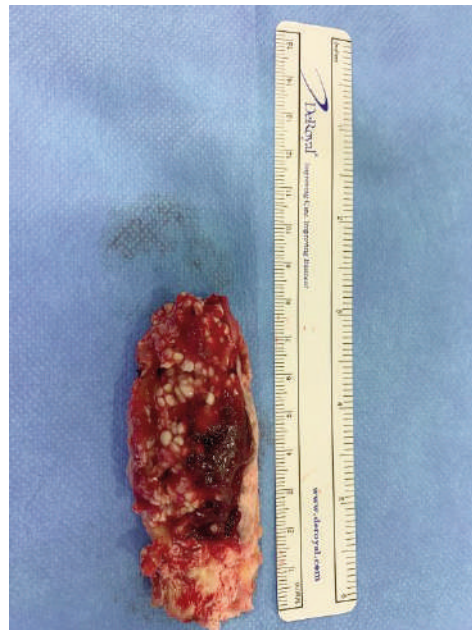


CI 02 - HEMORRAGIA ALVEOLAR COMO COMPLICAÇÃO DE POLIANGÉITE MICROSCÓPICA E BURSITE CRÓNICA COM FOCOS DE CALCIFICAÇÃO DISTRÓFICA COMO ACHADO CAUSAL

Cristiana Isabel Sieiro Santos¹

1. Complejo Asistencial Universitario de León (Espanha)

Mulher de 81 anos diagnosticada de poliangeíte microscópica (p-ANCA) com envolvimento cutâneo e articular internada por hemorragia alveolar com abscesso em braço direito tratado com antibioterapia de amplo espectro e posteriormente, intervenção cirúrgica, com extração de material de aspeto hemático e em grãos de arroz compatível com bursite crónica e focos de calcificação distrófica.



CI 03 - GOTA TOFÁCEA CRÓNICA

Cristiana Isabel Sieiro Santos¹

1. Complejo Asistencial Universitario de León (España)

Homem de 63 anos, indigente, com antecedentes de gota e insuficiência renal, consumidor de álcool, trazido pelos bombeiros ao serviço de urgências por artrite deformante e tofos em mãos, joelhos e ambos pés. Procede-se à realização de várias radiografias, observando-se erosões periarticulares em articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais.



CI 04 - ESCLEROSE SISTÉMICA LIMITADA: ULCERAS NECRÓTICAS Y CALCINOSE

Cristiana Isabel Sieiro Santos¹

1. Complejo Asistencial Universitario de León (España)

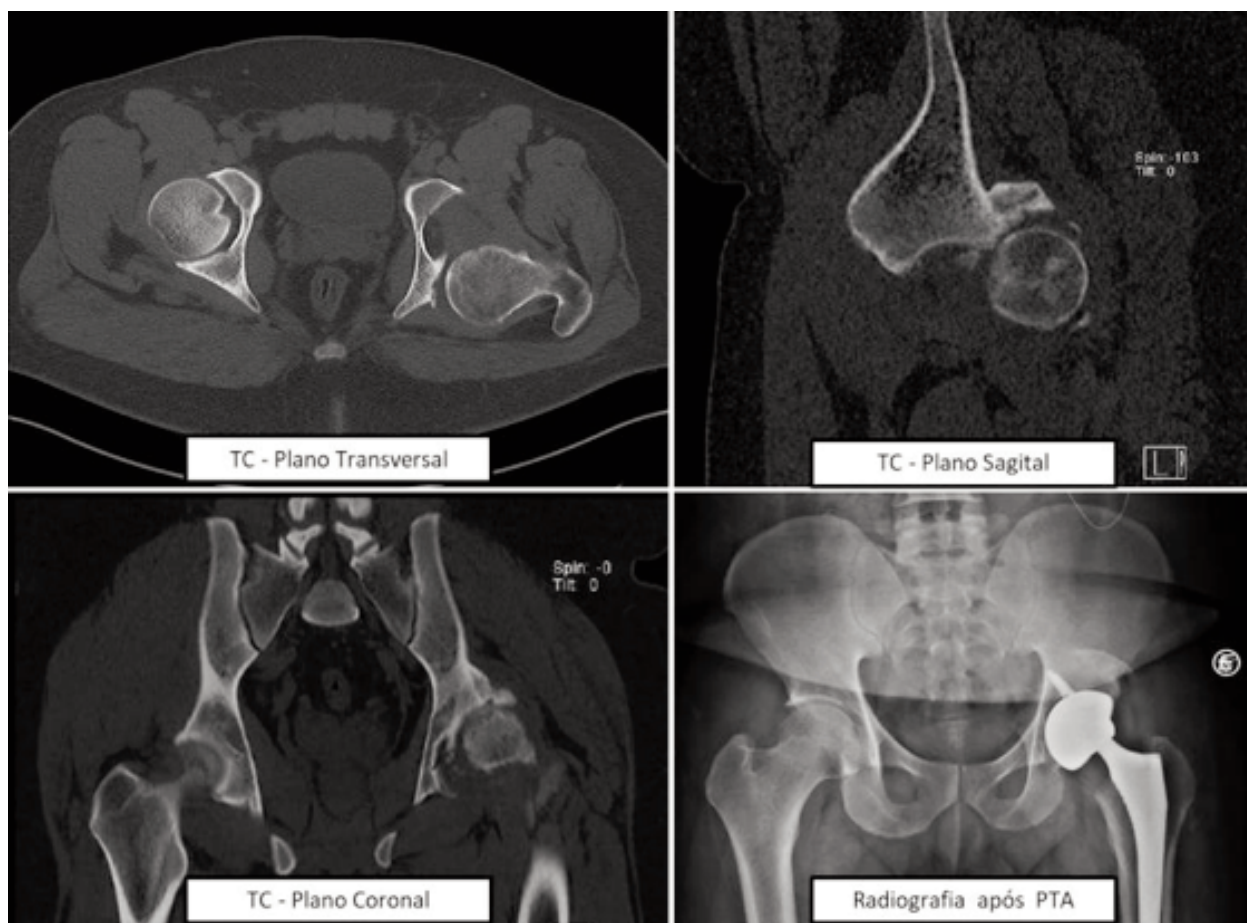
Homem de 58 anos remitido a Reumatologia por úlceras necróticas em pontas dos dedos. O paciente refere fenómeno de Raynaud de vários anos de evolução. À exploração, várias amputações digitais prévias por Cirurgia Vascular, esclerodermia até cotovelos, microstomia e calcinose em zonas periungueais. Inicia-se estudo complementar com autoimunidade, TAC torácico, ecocardiograma, capilaroscopia e transito esófago-gastro-intestinal, confirmando diagnóstico de esclerose sistémica limitada (ANA+, anti-centrómero) com envolvimento esofágico. Revendo radiografias antigas, encontramos depósito de cálcio em cotovelo direito.



CI 05 - SEQUELA DE FRATURA ACETABULAR COM FORMAÇÃO DE NEOACETABULO

Eduardo Freitas Ferreira¹; Diogo Portugal¹; Nuno Silva¹; Catarina Peixoto¹; Carla Vera-Cruz¹; Leonor Prates¹
1. Serviço de MFR, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Sexo masculino, 25 anos, residente na Guiné-Bissau. Acidente de mota há um ano do qual resultou fratura acetabular tratada conservadoramente. Por queixas álgicas com limitação da marcha foi transferido para Portugal. A TC evidenciou luxação posterior da cabeça femoral sequelar à fratura do acetábulo formando na vertente póste-ro-superior um neoacetábulo. O doente foi submetido a artroplastia total da anca esquerda e cumpriu programa de reabilitação com bons resultados funcionais.

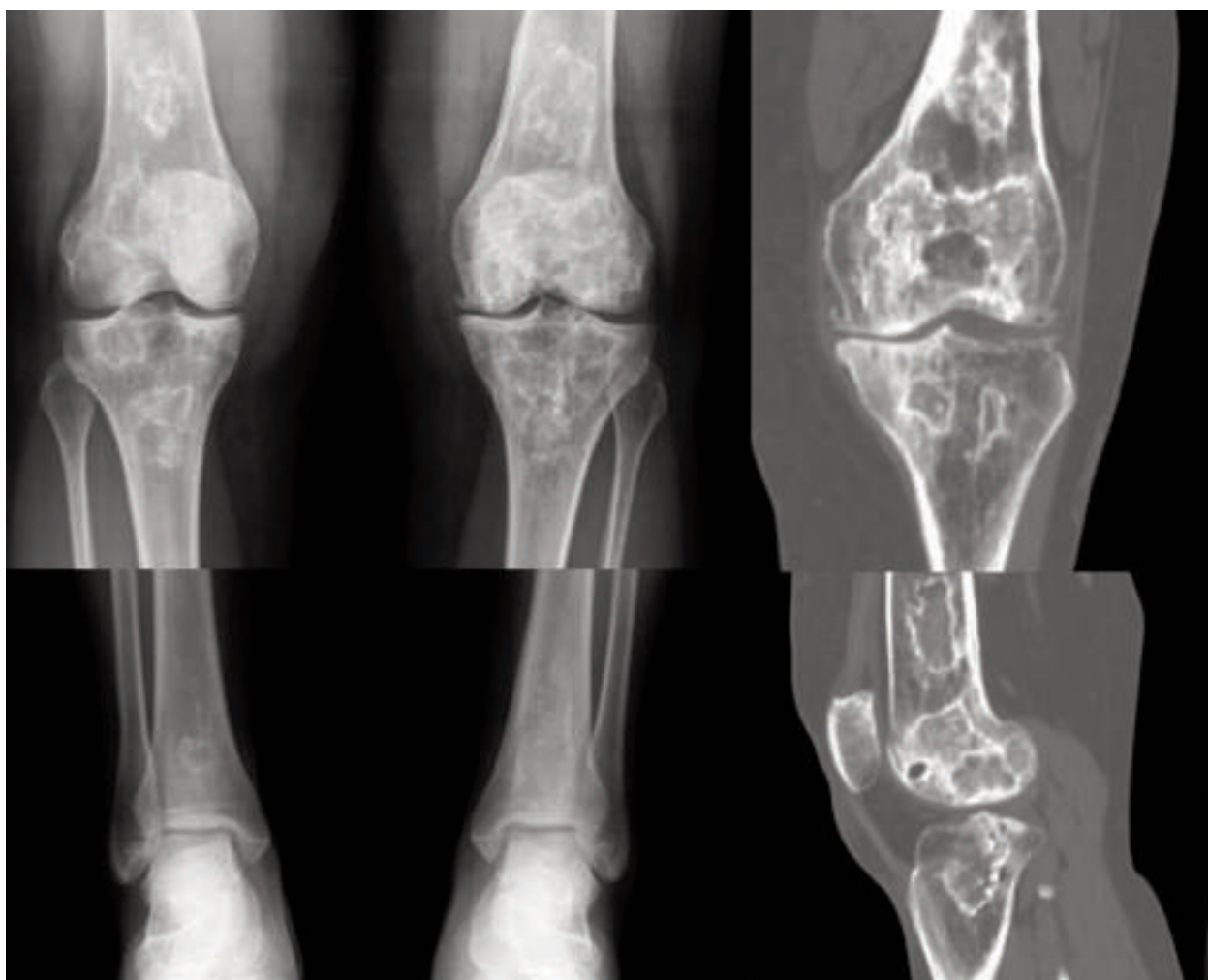


CI 06 - ENFARTES ÓSSEOS MULTIFOCAIS EM DOENTE COM HISTÓRIA DE CORTICOTERAPIA PROLONGADA

Beatriz Samões¹; Diogo Fonseca¹; Miguel Guerra²; Romana Vieira¹; Taciana Videira¹; Abelha Aleixo¹; Patrícia Pinto¹

1. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho; 2Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Doente do sexo feminino, de 49 anos, com antecedentes de asma corticodependente e diabetes mellitus tipo 1, apresenta lesões ósseas de bordo esclerótico e serpiginoso nas regiões distal do fémur e proximal e distal da tíbia na radiografia (à esquerda, incidência frontal), bem como na tomografia computadorizada do joelho (à direita, cortes coronal em cima e sagital em baixo) sugestivas de enfartes ósseos. Na ausência de outros factores predisponentes foram interpretados no contexto dos antecedentes patológicos, nomeadamente de corticoterapia prolongada durante a infância pela patologia respiratória.

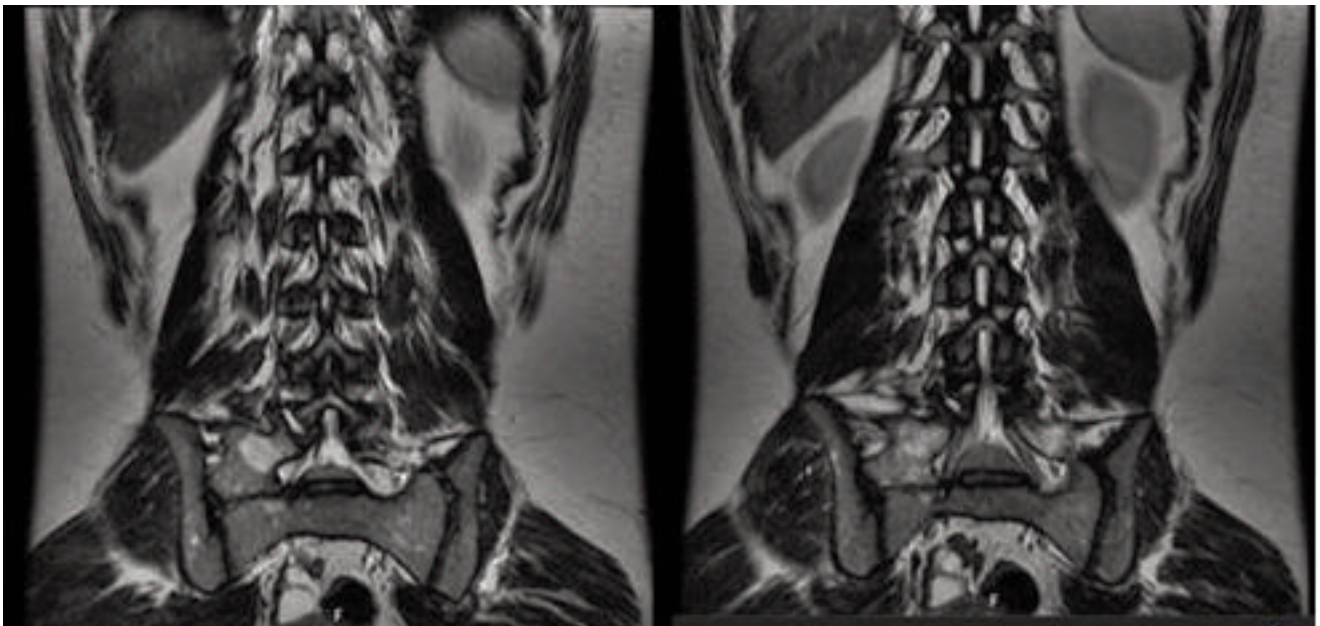


CI 07 - VÉRTEBRA DE TRANSIÇÃO – UMA CAUSA DE LOMBALGIA EM IDADE JOVEM

Beatriz Samões¹; Diogo Fonseca¹; Miguel Guerra²; Romana Vieira¹; Taciana Videira¹; Abelha Aleixo¹; Patrícia Pinto¹

1. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho; 2Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Mulher de 39 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu à consulta de Reumatologia por lombossacralgia de ritmo mecânico com irradiação pela face posterior do membro inferior direito até abaixo do joelho. Ao exame objectivo apresentava dor à compressão postero-anterior do sacro e positividade das manobras de Faber-Patrick e Mennel, à direita, sem limitação da mobilidade da coluna vertebral. Analiticamente sem elevação dos parâmetros inflamatórios e com HLA-B27 negativo. A ressonância magnética da coluna lombar (sequência T2, corte coronal – figura) revelou uma hemi-lombarização de S1 com evidência de edema ósseo.



CI 08 - GOTA TOFÁCEA – A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO TERAPÊUTICA

Svitlana Kachan¹; Jorge Pereira¹; Cátia Cristina²; Catarina Silva³; Pedro Abreu⁴

1. UCSP S. Miguel, ULSCB,EPE

2. USF Beira Saúde, ULSCB,EPE

3. UCSP S. Tiago Saúde, ULSCB,EPE

4. Unidade de Reumatologia, ULSCB,EPE; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Homem, 76 anos, com várias comorbidades (hipertensão arterial, EAM, hipertrigliceridemia, obesidade), orientado para consulta de Reumatologia por Gota não controlada com 36 anos de evolução, sendo previamente acompanhado nos cuidados de saúde primários.

Segundo o doente, apresentava progressão das lesões nodulares que envolviam diversas localizações, com especial destaque para articulações das mãos e bursa olecraniana bilateralmente. Apesar do diagnóstico de Gota há 36 anos, não cumpria qualquer plano dietético nem nenhuma medicação de fundo para o tratamento da patologia em causa. Níveis de ácido úrico persistentemente acima de 10mg/dl. Após início de terapêutica com alopurinol 300mg id, colchicina 0.5mg/dia, além das medidas dietéticas verificou-se redução substancial de tofos gotosos.

Salienta-se o caso pois além da exuberância das “lesões”, e decorrente limitação funcional que aquelas condicionavam ao doente, a obtenção de níveis de ácido úrico persistentemente abaixo de 6mg/dl (última medição 5.2mg/dl) com a explicação de necessidade de cumprimento rigoroso de medicação e plano dietético permitiram obter uma franca e sustentada melhoria do quadro tanto clínica como imagiológicamente.



CI 09 - TOFO GOTOSO ULCERADO – EFICÁCIA DO FEBUXOSTATO

Hugo Parente¹; Francisca Guimarães¹; Soraia Azevedo¹; Joana Ramos Rodrigues¹; Diogo Almeida²; Ana Sofia Pinto³; Carmo Afonso¹; Filipa Teixeira¹

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

2. Serviço de Reumatologia, Hospital de Braga, Braga, Portugal

3. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda, Guarda, Portugal

Lesão ulcerada de tecidos moles a nível da interfalângica distal do 4º dedo da mão, com drenagem serohemática, evoluindo há uma semana, numa mulher de 68 anos com uricemia de 7.9mg/dL. À microscopia ótica, detetaram-se cristais de monourato de sódio. Após 10 dias de tratamento com febuxostato e colchicina, verificou-se melhoria cutânea marcada.

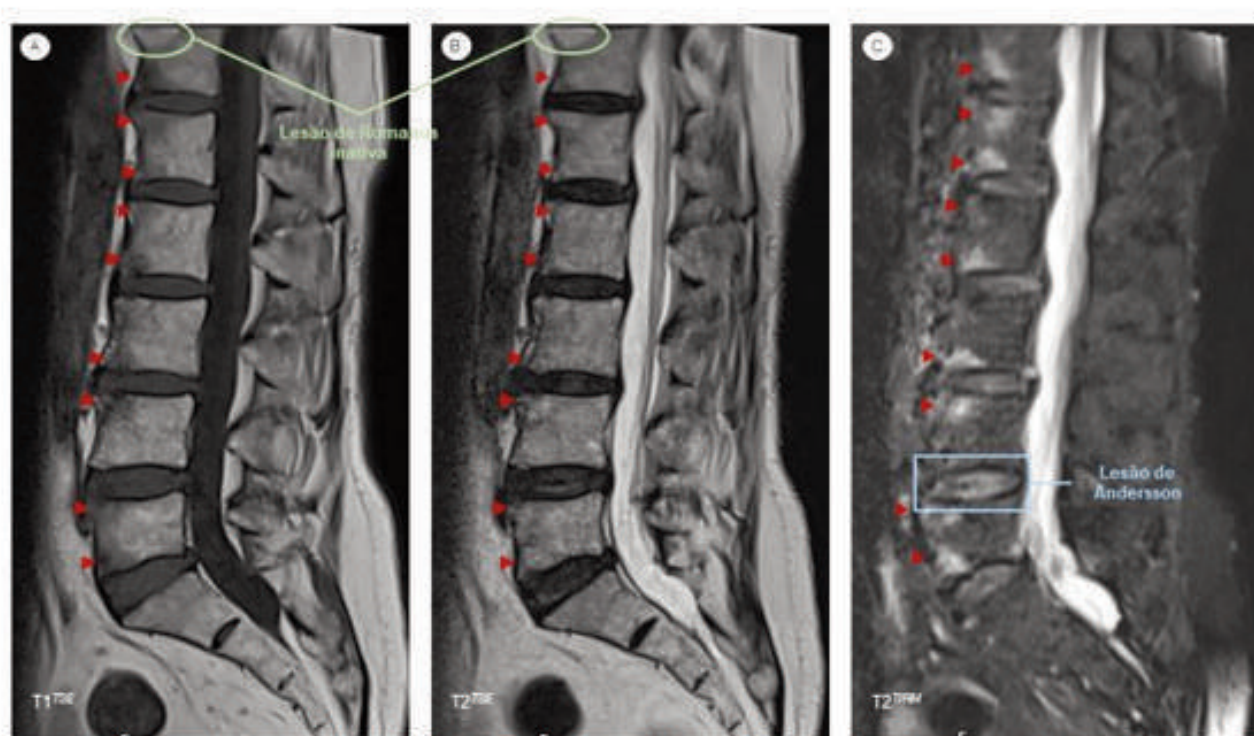


CI 10 - LESÕES DE ANDERSSON E ROMANUS NO SÉCULO XXI: REVISITANDO VELHOS CONCEITOS

Emanuel Costa¹; Diogo Esperança Almeida¹; Margarida Correia¹; Marcos Cerqueira¹; Ana Roxo Ribeiro¹; Joana Sousa-Neves¹

1. Hospital de Braga

Senhora de 63 anos em seguimento por oligoartrite assimétrica (punho direito e interfalângica proximal da mão) e tenossinovite dos tendões flexores do 4º dedo da mão direita com 2 anos de evolução. História familiar de psoríase cutânea. Solicitada RMN CL para esclarecimento de queixas axiais de início recente que revelou lesões inflamatórias extensas, típicas de espondiloartropatia, mas de início em idade tardia.



Imagens de Ressonância Magnética lombo-sagrada. Pontas de seta: lesões de Romanus ativas, de caráter descontínuo, com hipossinal em A e hipersinal em B e C traduzindo edema ósseo. Círculo: lesão de Romanus inativa com infiltração gordurosa não visível em C (ponderação com supressão de gordura). Retângulo: lesão de Andersson em L4-L5.

CI 11 - SINAL DO SULCO – UMA PISTA DIAGNÓSTICA NA SUSPEITA DE FASCEÍTE EOSINOFÍLICA

Maria Seabra Rato¹; Filipe Oliveira Pinheiro¹; Salomé Garcia¹; Bruno Fernandes¹; Sara Santos¹; Filipe Brandão²; Miguel Bernardes¹; Alexandra Bernardo¹; Lúcia Costa¹

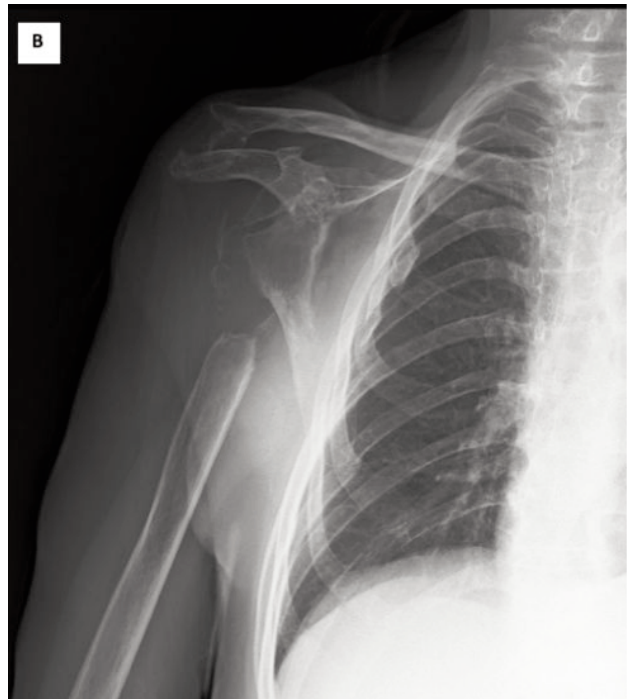
Doente do sexo masculino de 75 anos com espessamento e eritema cutâneo dos membros com 4 meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava depressão linear ao longo do trajeto das veias superficiais compatível com sinal do sulco. A ressonância magnética e a biópsia da pele, fáscia e músculo foram compatíveis com fasceíte eosinofílica.



CI 12 - ARTROPATIA PSORIÁTICA DESTRUTIVA

Maria Seabra Rato¹; Filipe Oliveira Pinheiro¹; Alexandra Bernardo¹; José Pinto¹; Lúcia Costa¹

Artropatia destrutiva em doente de 68 anos com poliartralgias com 15 anos de evolução com envolvimento de pequenas e grandes articulações. As radiografias revelaram osteólise da cabeça femoral e acetábulo (A) e da cabeça umeral (B). Apresentava história familiar de psoríase em 1º grau. Foi assumido o diagnóstico de artrite psoriática mutilante.



CI 13 - SARCOMA RETROPERITONEAL EM DOENTE COM ARTRITE PSORIÁTICA

Catarina Silva¹; Cátia Cristina²; Svitlana Kachan³; Jorge Pereira³; Pedro Abreu⁴

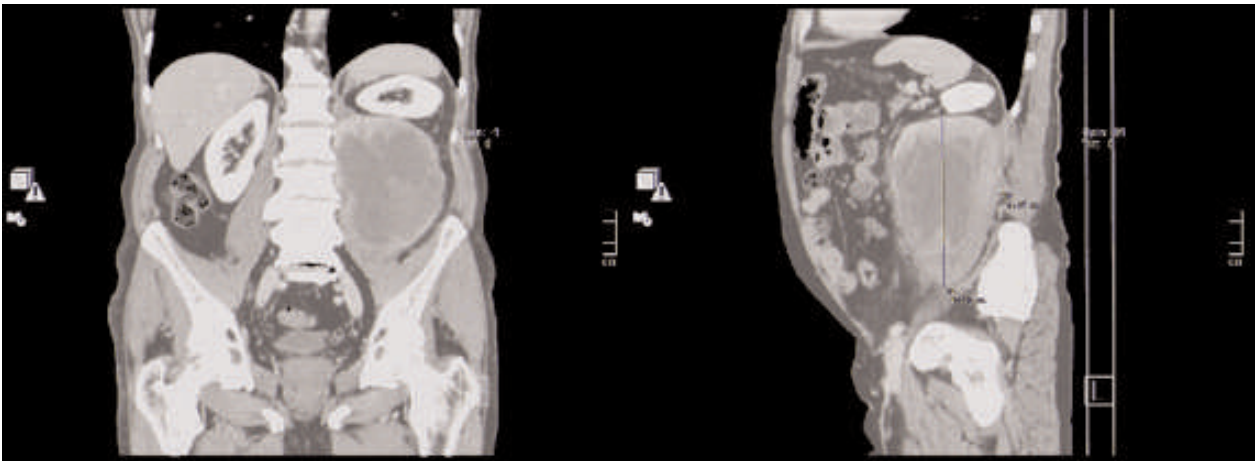
1. UCSP S. Tiago Saúde, ULSCB,EPE

2. USF Beira Saúde, ULSCB,EPE

3. UCSP S. Miguel, ULSCB,EPE

4. Unidade de Reumatologia, ULSCB,EPE; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Homem, 67 anos, Artrite Psoriática. Apresentou orquialgia esquerda ligeira, agravada à noite, irradiada para o membro inferior, há 1.5 meses. Exame objetivo normal. Ecografia: rim esquerdo com massa volumosa. TC toraco-abdomino-pélvica: massa sólida expansiva retroperitoneal, 9,74x15,1cm. Após cirurgia, diagnóstico de sarcoma retroperitoneal.



CI 14 - CINTIGRAFIA ÓSSEA NA DOENÇA DE PAGET POLIOSTÓTICA

Raquel Freitas¹; Fátima Godinho¹

1. Hospital Garcia de Orta

Reportamos o caso de uma mulher de 79 anos que recorreu ao nosso serviço por dor glútea direita com 1 ano de evolução. A radiografia pélvica e a tomografia computadorizada eram sugestivas de Doença de Paget. Foi realizada uma cintigrafia óssea de forma a definir a extensão e distribuição da doença. Esta mostrou uma Doença de Paget polioestótica (Fig1).

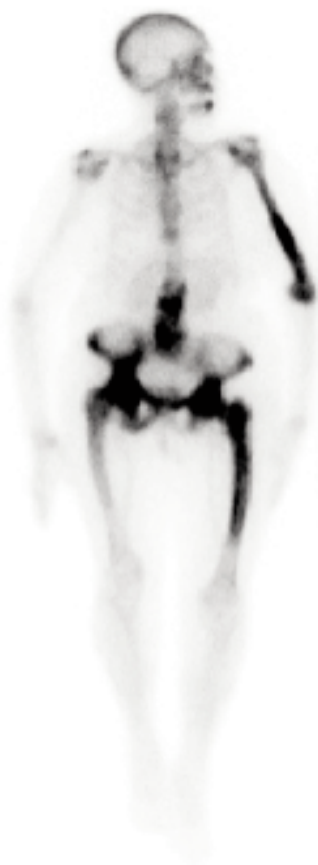


Fig. 1) Cintigrafia óssea mostrando captação de ^{99m}Tc nos ossos ilíacos bilateralmente, sacro, úmero esquerdo, diáfise medial e proximal do fêmur e coluna vertebral em D7, D10 e L2 to L5.

CI 15 - VASCULITE LEUCOCITOCLÁSTICA NA ESCLEROSE SISTÉMICA ANTI-KU POSITIVO

Filipe Cunha Santos¹; Ana Sofia Pinto¹; Sara Paiva Dinis¹; Claudia Vaz¹; Joana Fonseca Ferreira¹
I. Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda

Homem de 60 anos, com Esclerose Sistémica, anti-Ku positivo e história de cerca de 20 anos. Antecedentes de silicose pulmonar e hipertensão pulmonar. Referenciado à Reumatologia este ano, verificaram-se lesões petequiais nos membros inferiores. Biópsia revelou vasculite leucocitoclástica. Iniciou azatioprina com melhoria franca das lesões.



CI 16 - MÃOS TÍPICAS DE ARTRITE REUMATÓIDE AVANÇADA

Alexandre Fernandes Nascimento¹; Susana Fernandes²

1. Hospital de Cascais

2. IPR

F, 65 anos. Na imagem, observamos características radiológicas típicas da Artrite Reumatóide: erosões ósseas múltiplas, subluxações das articulações metacarpo-falângicas e carpíte erosiva direita. Salientamos a importância do tratamento precoce, de forma a evitar a progressão destrutiva da doença.



CI 17 - FORMAÇÃO DE PANNUS INFLAMATÓRIO ODONTÓIDE: UMA FORMA INCOMUM DE INSTABILIDADE ATLANTOAXOIDEIA NA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Ana Rita Prata¹; Nuno Pereira da Silva²; Luísa Brites¹; Helena Assunção¹; Maria João Salvador¹; Armando Malcata¹

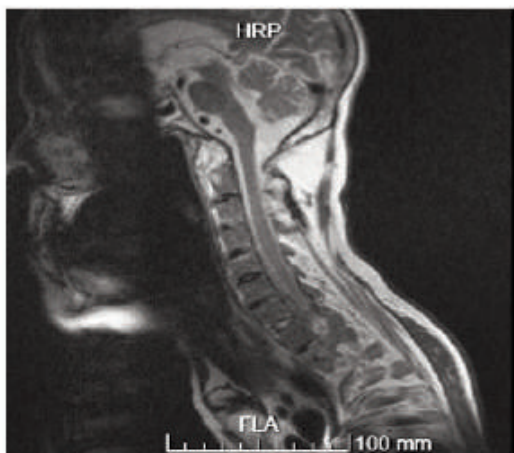
1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
2. Serviço de Imagem Médica dos Hospitais da Universidade de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Homem de 63 anos com Espondilite Anquilosante (EA) e cervicalgia inflamatória persistente. A ressonância magnética cervical revelou significativo hiperssinal T1 e T2 do dente do axis, corpo e massas laterais de C1, a traduzir *pannus* inflamatório, com discreta elevação do dente do axis, um tipo de envolvimento raro na EA.

FORMAÇÃO DE *PANNUS* INFLAMATÓRIO ODONTÓIDE: UMA FORMA INCOMUM DE INSTABILIDADE ATLANTOAXOIDEIA NA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Ana Rita Prata¹; Nuno Pereira da Silva²; Luísa Brites¹; Helena Assunção¹; Maria João Salvador¹; Armando Malcata¹

1-Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra; 2- Serviço de Imagem Médica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



Homem de 63 anos com **Espondilite Anquilosante (EA)** e cervicalgia inflamatória persistente.

A ressonância magnética cervical revelou significativo hiperssinal T1 e T2 do dente do axis, corpo e massas laterais de C1, a traduzir ***pannus* inflamatório**, com discreta elevação do dente do axis, um tipo de envolvimento raro na EA.



CI 18 - UM CASO INCOMUM DE PSEUDOTUMOR RETRO-ODONTÓIDE NA HIPEROSTOSE ESQUELÉTICA IDIOPÁTICA DIFUSA (DISH)

Ana Rita Prata¹; Nuno Pereira da Silva²; Helena Assunção¹; Maria João Salvador¹; Armando Malcata¹

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

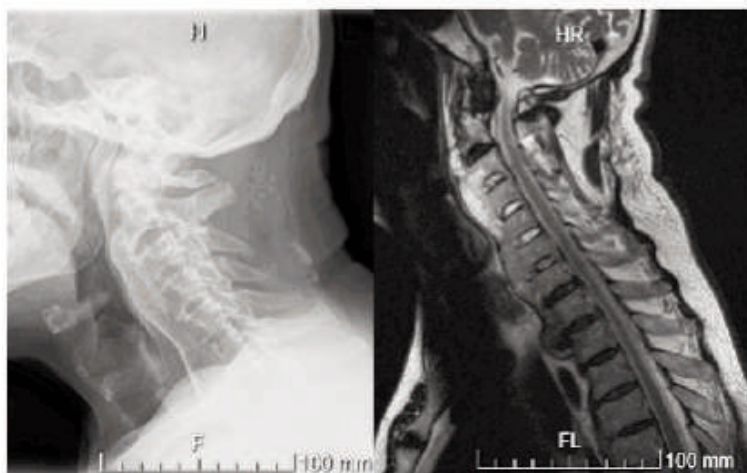
2. Serviço de Imagem Médica dos Hospitais da Universidade de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Homem, 77 anos, cervicalgia e limitação da mobilidade cervical. A radiografia simples e RMN da coluna cervical revelaram calcificação do ligamento longitudinal anterior com anquilose cervical, a sugerir DISH, bem como pseudotumor retro-odontoide, um achado incomum nesta patologia e que é condicionado pela imobilidade do segmento cervical.

UM CASO INCOMUM DE PSEUDOTUMOR RETRO-ODONTÓIDE NA HIPEROSTOSE ESQUELÉTICA IDIOPÁTICA DIFUSA (DISH)

Ana Rita Prata¹, Nuno Pereira da Silva², Helena Assunção¹, Maria João Salvador¹, Armando Malcata¹

1-Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra; 2- Serviço de Imagem Médica dos Hospitais da Universidade de Coimbra; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



Homem, 77 anos, cervicalgia e limitação da mobilidade cervical. A radiografia simples e RMN da coluna cervical revelaram calcificação do ligamento longitudinal anterior com anquilose cervical, a sugerir **DISH**, bem como **pseudotumor retro-odontoide**, um achado incomum nesta patologia e que é condicionado pela imobilidade do segmento cervical.



CI 19 - A PELE QUE HABITO: BELIMUMAB E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Frederico Rajão Martins¹; Diogo Guimarães da Fonseca²; Pedro Madureira³; Lúcia Costa³

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve

2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho; 3 Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João

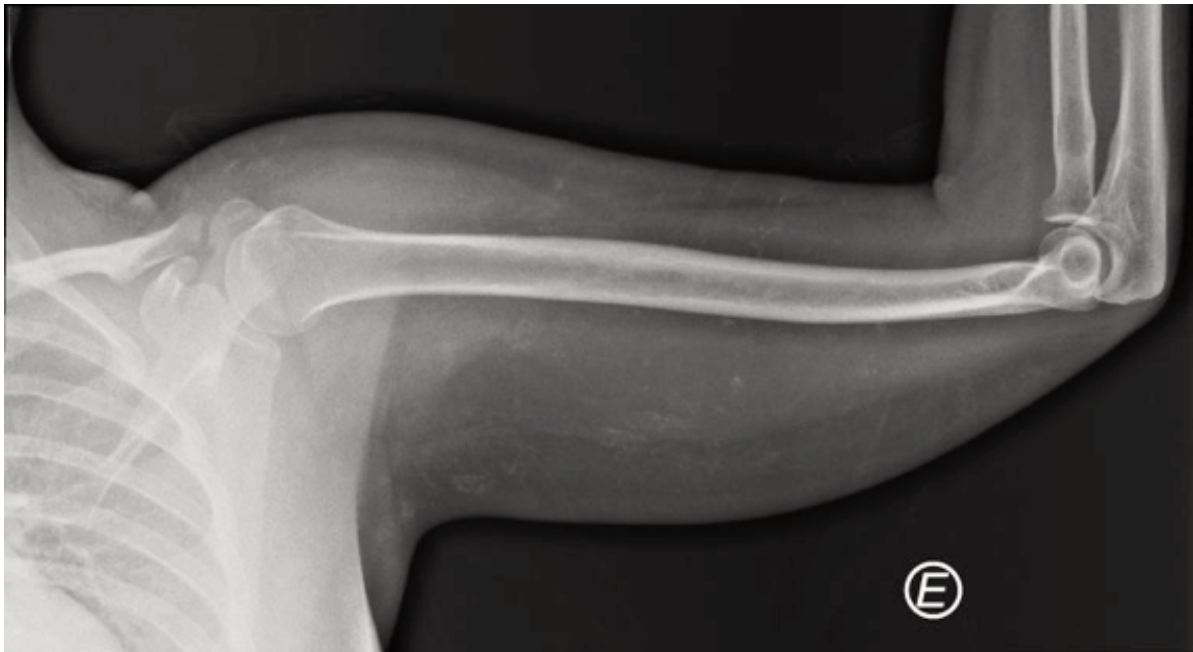
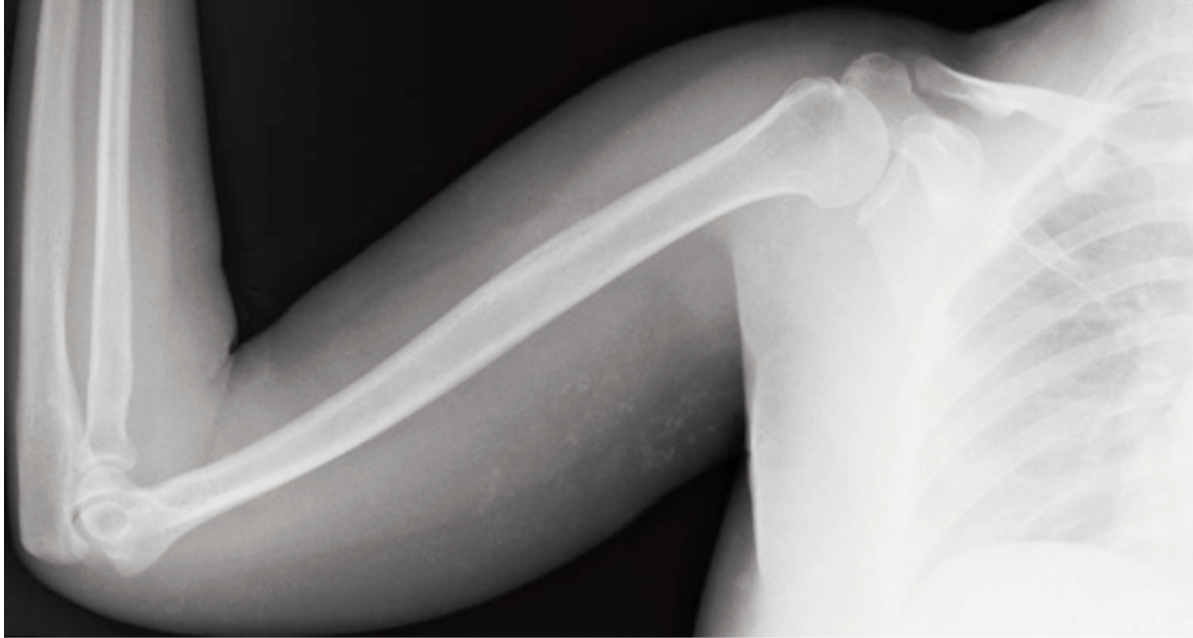
Mulher de 51 anos com LES com 20 anos de evolução, com envolvimento musculoesquelético, hematológico e mucocutâneo (lesões de lúpus cutâneo agudo e subagudo). Refratariedade e má adesão terapêutica a múltiplos DMARDS (hidroxicloroquina, azatioprina, metotrexato, rituximab). Inicia Belimumab mensal EV e MMF em Agosto 2020, com boa resposta cutânea.



CI 20 - DOR NUMA DOENTE COM DERMATOMIOSITE

Maria Margarida Cunha¹; Ana Catarina Duarte¹; Filipe Vinagre¹; Ana Cordeiro¹
1. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta

Mulher de 40 anos com diagnóstico de dermatomiosite desde há 2 anos; após surgimento de lesões nodulares dolorosas na face interna de ambos os braços é realizada radiografia que revela lesões de calcinose. Foi ajustada analgesia e administrado ácido zoledrónico com melhoria clínica parcial.



CI 21 - HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR: CAUSA RARA DE CALCIFICAÇÃO AQUILIANA

Nathalie Madeira¹; Susana Fernandes¹; Miguel Sousa¹; Luís Cunha Miranda¹; José Vaz Patto¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Radiografias dos pés de uma doente de 54 anos, com antecedente de hipercolesterolemia familiar, observada por tumefação exuberante dura da face posterior do tornozelo direito, sem dor. Observam-se imagens hiperdensas grosseiras que correspondem a calcificações intra-tendinosas do Aquiles, poupando a entese, bilaterais, mais evidentes à direita.





**A COMISSÃO ORGANIZADORA DAS
JORNADAS VIRTUAIS INTERNACIONAIS DO IPR 2020
AGRADECE A COLABORAÇÃO DE:**



A. MENARINI PORTUGAL

abbvie



AMGEN®



Bial



Lilly



NORDIC PHARMA



NOVARTIS



**ORGANIZAÇÃO
INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA**

Rua da Beneficência, nº 7 - 1050-034 Lisboa
Apartado 6054 | 1601-901 Lisboa | <http://www.ipr.pt>