



**CURSOS  
PRÉ-CONGRESSO**

---

## Cursos Pré-Congresso

ACTA REUMATOL PORT. 2014;39:17-21 (SUP)

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR NAS ESPONDILARTRITES

#### PARTE I: A UTILIZAÇÃO DA RMN NA PRÁTICA CLÍNICA

- **INTRODUÇÃO**  
X. Baraliakos
- **SEQUÊNCIAS E ORIENTAÇÕES NA RMN**  
P. Machado
- **ESTRUTURAS RELEVANTES, DEFINIÇÃO DE RMN POSITIVA E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA DOR LOMBAR**  
X. Baraliakos

#### PARTE II: SESSÃO PRÁTICA DE RMN COM CASOS CLÍNICOS REAIS

- **ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS (SPA AXIAL E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL)**
- **COLUNA VERTEBRAL (SPA AXIAL E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL)**

O objectivo deste curso prático é melhorar as capacidades dos participantes na interpretação de imagens de RMN e na identificação de lesões sugestivas de espondilartrite axial, bem como de alguns dos seus diagnósticos diferenciais. Durante o curso, os participantes terão a oportunidade de trabalhar com imagens de casos clínicos reais. Os participantes poderão:

- Praticar o reconhecimento das sequências (T1, T2 e STIR) e orientações (sagital, coronal e axial) de imagens de RMN;
- Descrever as estruturas relevantes das articulações sacroilíacas e da coluna vertebral, de acordo com as definições do Grupo ASAS (*Assessment of SpondyloArthritis international Society*): o que é fisiológico/o que é patológico;
- Correlacionar a história clínica e exame físico com os achados imagiológicos do doente, nomeadamente as lesões de osteíte/edema da medula óssea, e compreender o impacto da RMN no diagnóstico da espondilartrite axial;
- Compreender a importância dos métodos imagiológicos (RMN, radiografia convencional, outras técnicas)

cas) no diagnóstico diferencial de espondilartrite axial não radiográfica e da espondilite anquilosante.

No final do curso os participantes terão adquirido aptidões na interpretação de imagens de RMN do esqueleto axial, o que facilitará o diagnóstico precoce da espondilartrite axial na prática clínica. Os conhecimentos adquiridos serão ainda facilitadores de diálogo e colaboração com os radiologistas na discussão dos doentes com patologia músculo-esquelética.

### ESTUDO DO LÍQUIDO SINOVIAL

Dr. J.M. Bravo Pimentão

O Estudo do Líquido Sinovial é um exame diagnóstico por excelência em variadíssimas situações reumatológicas de diagnóstico incerto ou mesmo em outras situações clínicas de diagnóstico conhecido, pois levará o médico a tomar uma atitude mais consonante com o estágio da própria doença numa determinada ocasião. Como exemplo, qual o reumatologista que não irá actuar de maneira diferente perante uma hidrartrose num contexto de uma gonartrose, em que o líquido sinovial demonstre ao microscópio uma contagem de células na ordem das 5000/cm<sup>3</sup> e outro líquido na ordem das 100/cm<sup>3</sup>? Ou até mesmo na suspeita de uma infecção articular quando encontramos 50000/cm<sup>3</sup>?

Como é de todos bem conhecido, a cartilagem articular é uma estrutura avascular, sendo o líquido sinovial o transportador de nutrientes para dentro dessa própria cartilagem, processo este que se realiza por embebição através da denominada bomba metabólica. Actua ainda como lubrificante das superfícies articulares.

Todas as articulações diartrodiais contem no seu interior quantidades muito reduzidas de líquido sinovial. O termo «sinovial» foi introduzido por Paracelso (1493-1541) pela idêntica aparência do líquido sinovial com a clara do ovo, isto é, amarelo claro, transparente e viscoso.

O líquido sinovial é formado por um ultrafiltrado do plasma através da membrana sinovial, rico em ácido hialurónico e pequenas quantidades de fibrinogénio

e globulinas, estas últimas, proteínas de alto peso molecular. O líquido sinovial saudável acaba por ter a mesma composição bioquímica do plasma.

Em determinadas situações articulares patológicas, em que exista aumento do volume de líquido sinovial, este é passível de ser aspirado e analisado sob o ponto de vista macroscópico e microscópico.

É do conhecimento de todos que, apesar do indiscutível valor prático, a análise do líquido sinovial é ainda negligenciada por muitos reumatologistas.

A simples observação em microscopia de campo claro, permite observar os elementos constituintes na amostra, bem como distinguir de imediato, se se trata de um líquido inflamatório ou não inflamatório, através do número de células e da sua morfologia. É, por si só, uma valiosa extensão do exame objectivo reumatológico.

A identificação de cristais de monourato de sódio (MUS) é considerado o *gold standard* para o diagnóstico definitivo de Gota Úrica e a identificação de cristais de pirofosfato de cálcio (PFC) no líquido sinovial é também diagnóstico na Artropatia por Deposição de Cristais de Pirofosfato de Cálcio.

Desde a introdução por McCarty e Holander do microscópio de luz polarizada com compensador vermelho de 1ª ordem, tornou-se possível a distinção entre cristais de MUS e PFC.

Os problemas que possam surgir na identificação de cristais no líquido sinovial, parecem directamente relacionados com o treino do observador e não com a técnica de identificação em si.

## **ARTRITE INICIAL: REFERENCIAÇÃO EFICIENTE**

### **QUANDO REFERENCIAR AO REUMATOLOGISTA.**

#### **SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA**

Dr<sup>a</sup>. Cátia Duarte

Nos últimos anos, os conceitos de *artrite inicial* e da existência de uma *janela de oportunidade terapêutica* têm-se baseado na noção da importância de um diagnóstico e tratamento precoces da artrite reumatóide e outras doenças reumáticas inflamatórias crónicas, condicionando um prognóstico mais favorável destes doentes. A *artrite inicial* não é uma doença, mas sim a forma de apresentação de vários tipos de doenças.

A AI pode ser a primeira manifestação da artrite reumatóide, artrite psoriática, lúpus eritematoso sistémico, espondilite anquilosante entre outras **doenças reu-**

**máticas inflamatórias crónicas**, potencialmente muito graves.

O Médico de Família é aquele a quem na maioria das vezes o doente recorre pela primeira vez quando surgem queixas de dor, tumefação e limitação funcional articular. Este pode ser um caso de artrite. Se a artrite persistir mais de 6 semanas, existe elevada probabilidade de se tratar de um caso inicial de uma doença reumática inflamatória crónica – esta é uma **artrite inicial (AI)**.

O reconhecimento clínico precoce da AI e sua referenciação imediata para o Reumatologista são cruciais. Com esta sessão pretende-se esclarecer os participantes sobre: Quando suspeitar de artrite inicial, como efetuar uma avaliação clínica rápida de rastreio de AI; quando referenciar à Reumatologia um caso potencial de AI e qual a informação clínica essencial a incluir na referenciação de AI.

## **EXAME OBJECTIVO DO MEMBRO SUPERIOR**

Dr<sup>a</sup>. Graça Sequeira

O exame objectivo reumatológico do doente com queixas referidas ao membro superior começa assim que o doente transpõe a porta do gabinete de consulta.

O médico deve observar o grau de dificuldade do doente durante o aperto de mão e/ou acto de tirar a roupa para ser observado.

As mãos, segundo Hensche «são o cartão-de-visita do doente reumático», pelo que devem merecer um destaque especial.

O exame objectivo do membro superior para ser bem executado exige conhecimentos aprofundados de anatomia e fisiologia regionais, que são abordados de forma sucinta durante a apresentação.

Se a omalgia se apresenta como um problema isolado trata-se, na maioria dos casos, de patologia periarticular, passível de diagnóstico com base apenas na clínica.

A articulação gleno-umeral é profunda e protegida por massas musculares, pelo que não se visualizam tumefacções ou rubor.

No exame objectivo devem avaliar-se os movimentos activos (que o doente executa, sem auxílio), passivos (executados pelos examinador) e contra-resistência.

Para além da execução da manobra do arco doloroso, existem várias outras para diagnóstico diferencial entre as várias causas possíveis de omalgia, como a manobra de Yergason (para a tendinite da longa porção do bicipíte), a manobra de Jobe (para a tendinite do su-

pra-espinhoso) e o teste de Hawkins (para a pesquisa de conflito subacromial).

O cotovelo é uma articulação complexa, cuja relevância deriva da sua importância no posicionamento e uso completo da mão.

As lesões periarticulares são muito mais frequentes que as artropatias.

O diagnóstico diferencial é essencialmente clínico.

A inspecção procura, antes de mais, tumefacção habitual no caso de bursite. A face posterior do cotovelo e antebraço é sede frequente de lesões psoriáticas, nódulos reumatoides ou tofos gotosos.

A flexão resistida do punho desperta dor ao nível do epicôndilo medial (antiga epitroclea) se epicondilita medial (ou epitrocleíte), assim como a extensão resistida do punho provoca dor ao nível do epicôndilo lateral se epicondilita lateral.

O punho e a mão constituem fontes imensas de informação para o médico. São sede frequente de patologia loco-regional, mas são ainda mais importantes por serem muitas vezes as principais articulações afectadas nas doenças reumáticas inflamatórias e sistémicas como a Artrite Reumatóide e o Lúpus Eritematoso Sistémico.

A pesquisa de síndrome do canal cárpico faz-se mediante a execução dos sinais de Tinel e de Phalen.

A localização das articulações das mãos atingidas, bem como a consistência da tumefacção articular ajudam-nos a distinguir entre artrose (envolvidas sobretudo a articulação trapeczo-metacárpica e as interfalângicas proximais ou distais; consistência da tumefacção dura) e artrite (envolvidas sobretudo as articulações do carpo, as metacarpo-falângicas e as IFP; consistência da tumefacção elástica).

Para terminar a apresentação sobre o exame objectivo do membro superior são apresentadas imagens de doentes exemplificativas de várias patologias que se podem encontrar nas áreas articulares detalhadas.

## EXAME OBJECTIVO DO MEMBRO INFERIOR

Dr. Ricardo Figueira

O exame objectivo é uma área praticamente imutável da medicina pela natural dependência da anatomia e pela obrigatoriedade da sua sistematização. Alguma variação possível na sua abordagem poderá relacionar-se com a seleção das manobras a utilizar para o estudo de uma determinada região anatómica ou articulação e reflete, de alguma forma, a experiência e forma-

ção individuais.

Considera-se da maior importância enfatizar que o exame objectivo de uma região ou articulação jamais deverá ser isolado de um exame objectivo das articulações localizadas proximalmente e distalmente a esta, do exame comparativo com o lado oposto, quando possível e, muitas vezes, deverá estar integrado num exame geral. Este aspecto assume determinante importância no doente reumatológico em geral e no doente com patologia inflamatória, em particular.

Pretende-se nesta abordagem do exame objectivo do membro inferior uma apresentação esquemática e essencialmente prática em detrimento de uma abordagem semiológica exaustiva.

Respeitar-se-á a ordem de iniciar o exame com a inspecção, seguida da palpação, da avaliação da mobilidade e das amplitudes articulares e finalmente serão abordadas algumas manobras específicas do exame objectivo da anca, do joelho e da tibiotársica e pé.

Na inspecção será dada importância à avaliação da marcha como meio fundamental no diagnóstico de alterações do funcionamento do membro inferior, à avaliação de dismetrias dos membros ou de báscula da bacia, à presença de deformações primárias ou secundárias das articulações, atrofia muscular, alterações cutâneas, nódulos subcutâneos ou tumefacções.

Na palpação salienta-se a diferente importância que tem na detecção de sinovite, maior no joelho e tibiotársica e pé e menor na articulação coxo-femoral, por se tratar de uma articulação mais profunda e onde aspectos como as características da marcha ou limitações de amplitudes articulares assumem um peso maior.

A avaliação da estabilidade e a exploração das amplitudes articulares implica o conhecimento dos movimentos próprios de cada articulação e consideramos que na maior parte dos casos é mais importante verificar a existência desses movimentos e da similitude dessas amplitudes de um e outro lado do que a sua medição rigorosa em graus.

Em relação às manobras específicas de cada articulação, que visam a avaliação de determinadas estruturas, importa conhecer a sua correta execução, as suas limitações e a correta interpretação dos seus resultados de modo a evitar conclusões erradas.

## EXAME OBJECTIVO DA COLUNA

Dr. Paulo Monteiro

O recurso à consulta do médico de família por queixas

músculo-esqueléticas é frequente. Destas, as queixas axiais são muito comuns na população.

Naturalmente que as queixas de dor axial podem ter subjacente um vasto leque de patologias ou afecções músculo-esqueléticas, reumáticas ou sistémicas que importa ter presente aquando da avaliação do doente.

O exame objectivo da coluna deverá ser particularizado a cada caso concreto e às queixas específicas de cada doente mas, de forma geral e sistematizada, deverá integrar o exame objectivo do aparelho locomotor.

Para além das diversas fases do exame objectivo que também neste segmento músculo-esquelético passa por inspecção, palpação e avaliação de diversas manobras e movimentos, importa associar o exame neurológico para despiste de patologia neurológica com origem no esqueleto axial.

#### **INICIAR E MANTER UMA PARCERIA COMO REUMATOLOGISTA – TRATAR E MONITORIZAR**

Prof. Doutor Carlos Vaz

A orientação dos doentes reumáticos é feita nas consultas de especialidade, após referência por colegas de outras áreas. Esta é sobretudo feita pelos médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar. Como é óbvio, a responsabilidade destes clínicos não acaba no momento da referência, devendo estes manter uma ligação estreita com o especialista que recebe o doente reumático.

Esta ligação, veja-se parceria, tem como objetivo otimizar a monitorização e, conseqüentemente o prognóstico dos doentes. A parceria começa mesmo antes da referência. Esta é feita com base em protocolos que devem estar previamente definidos. Estes devem ser desenvolvidos no âmbito da colaboração entre os cuidados primários e as especialidades. Têm como objetivo permitir a otimização da informação sobre o doente para que a orientação seja a melhor.

É desejável que o Reumatologista forneça ao médico(a) do doente a informação clínica sobre o diagnós-

tico e orientação dada, independentemente ter tido ou não alta da consulta hospitalar.

É com base nesta troca de informação que a parceria assenta. O tipo de patologia em causa e fase em que esta se encontra determina a frequência da marcação das consultas de especialidade. Estas têm como objetivo avaliar a evolução da doença, monitorizar eventuais efeitos adversos da terapêutica e proceder a alterações terapêuticas no caso de estas serem necessárias. Nos seus intervalos a monitorização destes doentes, com patologia crónica, deverá ser partilhada com o Médico de Família. É por isto que este deve ser conhecedor do plano terapêutico prescrito pelo Reumatologista. Nesta informação deve estar incluída também a informação sobre os aspetos mais relevantes da monitorização, nomeadamente no que diz respeito aos efeitos adversos dos fármacos utilizados.

Este aspeto torna-se mais relevante quando os doentes se encontram a fazer terapêutica biológica, nomeadamente agentes anti-TNF $\alpha$ . Estes doentes representam o paradigma da necessidade de uma boa comunicação entre o Especialista em Reumatologia e o colega dos cuidados primários. Para esta ligação é importante criar canais de comunicação ágeis e eficazes. Podemos dizer que o recurso às tecnologias de informação são recomendadas, nomeadamente o uso de correio eletrónico e a partilha de informação clínica através do ficheiro clínico eletrónico.

Há necessidade, também, de reuniões periódicas conjuntas, para troca de informação entre os dois grupos de clínicos. Nestes encontros são abordados temas de que permitam por um lado, melhorar o tipo de informação que deverá ser trocada, e por outro otimizar as competências de monitorização dos doentes, sobretudo a fazer terapêuticas “especiais”.

A participação dos médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar em curso de atualização em Reumatologia é também um modo complementar para reforçar a parceria que deverá ser desenvolvida no sentido de melhorar os cuidados de saúde aos nossos doentes.