



**CONCURSO
DE IMAGENS**

L

Concurso de imagens

ACTA REUMATOL PORT. 2014;39:85-110 (SUP)

IM 1 – IMAGENS ENGANADORAS

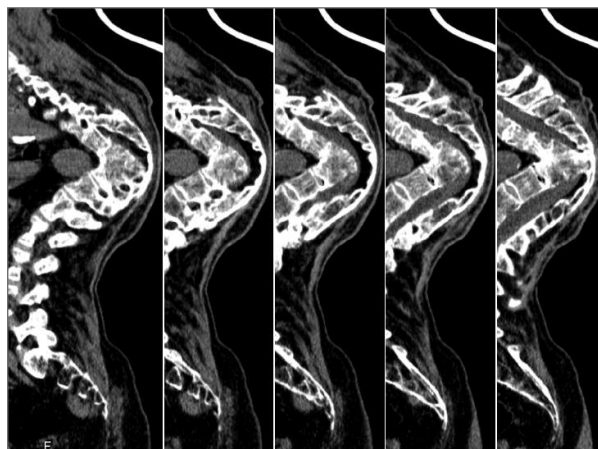
Moisés Henriques¹

1. Centro de Educação Física da Armada; Centro Hospitalar Lisboa Norte

Doente referenciado à Consulta de Medicina Física e de Reabilitação.

Visualização de exames complementares de diagnóstico disponíveis no sistema informático antes da consulta médica.

Observação do doente em consulta médica.



Consulta de Medicina Física e de Reabilitação

Veja em
IMAGENS (SLIDES) EM REUMATOLOGIA
28 de Novembro de 2014
17h45

Referenciação à consulta de Medicina Física e de Reabilitação

- Homem de 70 anos, com antecedentes de Mal de Pott com várias cirurgias corretivas
- «Dorsolombociatalgia (irradiação ao membro inferior esquerdo mais significativa). Seguido em consulta de Dor Crónica com agudização das queixas algícas nos últimos 2 meses. Pedu-se avaliação por MFR.»

IM 2 – HIP PAIN IN YOUNG MALE

Arturas Slidziauskas¹, Maria do Rosário Pereira Rosa¹

1. USF Sofia Abecassis

36-year-old male with right hip pain. Diagnosis: Osteopetrosis.

Skull radiograph: Dense bands of sclerosis parallel to the endplates – **Sandwich vertebrae**.

Femoral radiograph: Relative constriction of the diaphysis and flaring of the metaphysis – **Erlenmeyer flask deformity**.

Pelvis radiograph: Bone that appear to have another bone within them – **Endobones (bone within a bone)**.



IM 3 – ESCLERODERMIA

Ivo Ferreira¹, João André Oliveira¹

1. Centro Hospitalar do Porto

As alterações músculo-esqueléticas da esclerodermia são variáveis, sendo as mãos o local mais comum de envolvimento. Na imagem pode-se observar acro-osteólise e atrofia das pontas dos dedos.



IM 4 – GOTA ÚRICA

Ivo Ferreira¹, Sara Pinto Magalhães¹

1. Centro Hospitalar do Porto

A gota úrica é mais frequente em homens, como neste caso, que apresentou níveis de ácido úrico acima de 10mg/dl.



IM 5 – LUXAÇÃO ATLANTO-AXOIDEA

Ivo Ferreira¹, Carlos Macedo¹

1. Centro Hospitalar do Porto

Franco aumento do espaço atlanto-dente em paciente com Artrite Reumatoide.



IM 6 – ARTRITE LÚPICA

Ivo Ferreira¹, João Araújo¹

1. Centro Hospitalar do Porto

Alterações típicas de artrite lúpica em paciente sem outras alterações músculo-esqueléticas relevantes.



IM 7 – ARTRITE PSORIÁTICA

Ivo Ferreira¹, João André Oliveira¹

1. Centro Hospitalar do Porto

Artrite psoriática mutilante, com marcada destruição óssea.

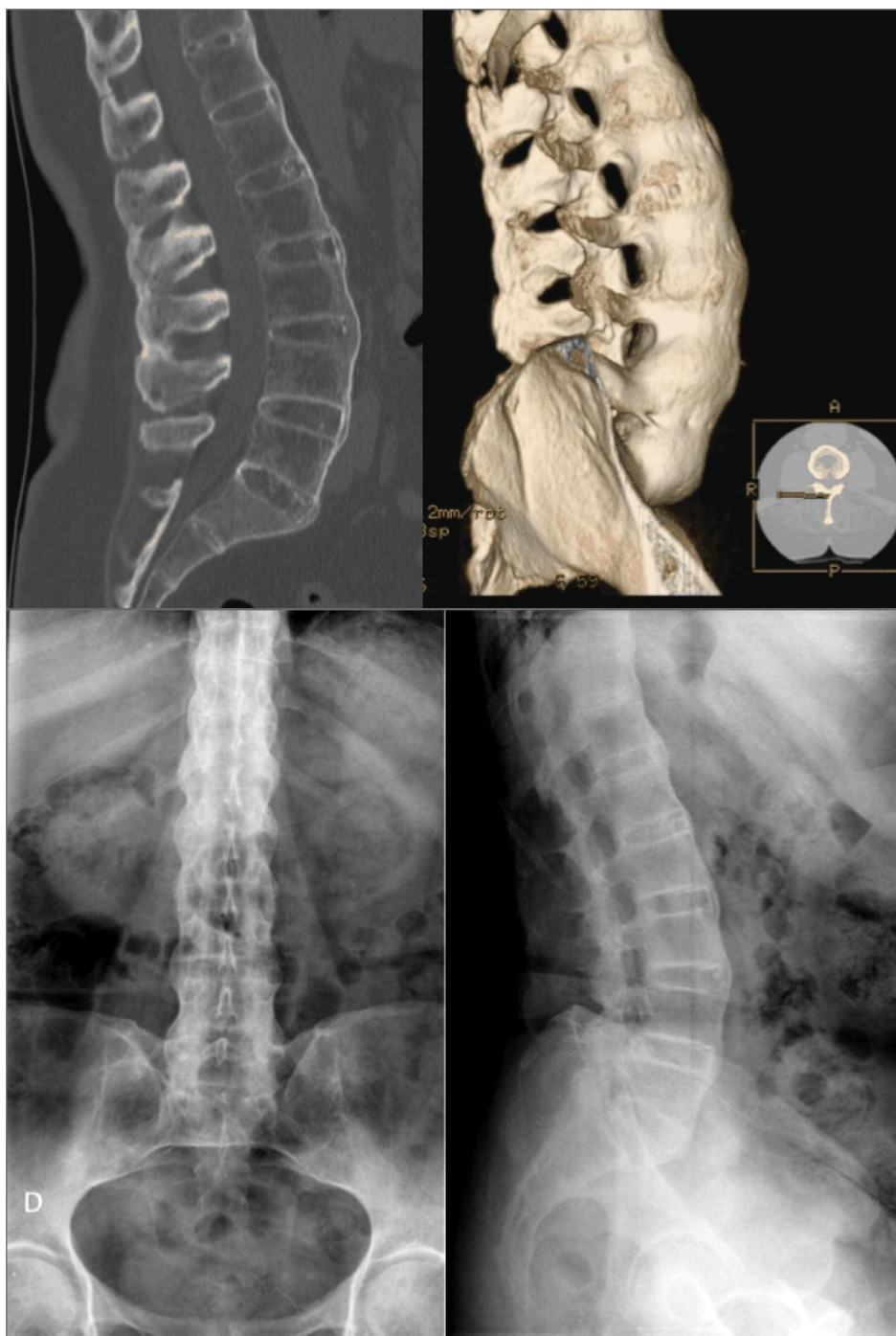


IM 8 – COLUNA EM BAMBU

Ivo Ferreira¹, João André Oliveira¹

1. Centro Hospitalar do Porto

Aspetos radiográficos típicos de atingimento por espondilite anquilosante, com coluna em bambu. São também apresentadas imagens de TC e volume *rendering*.

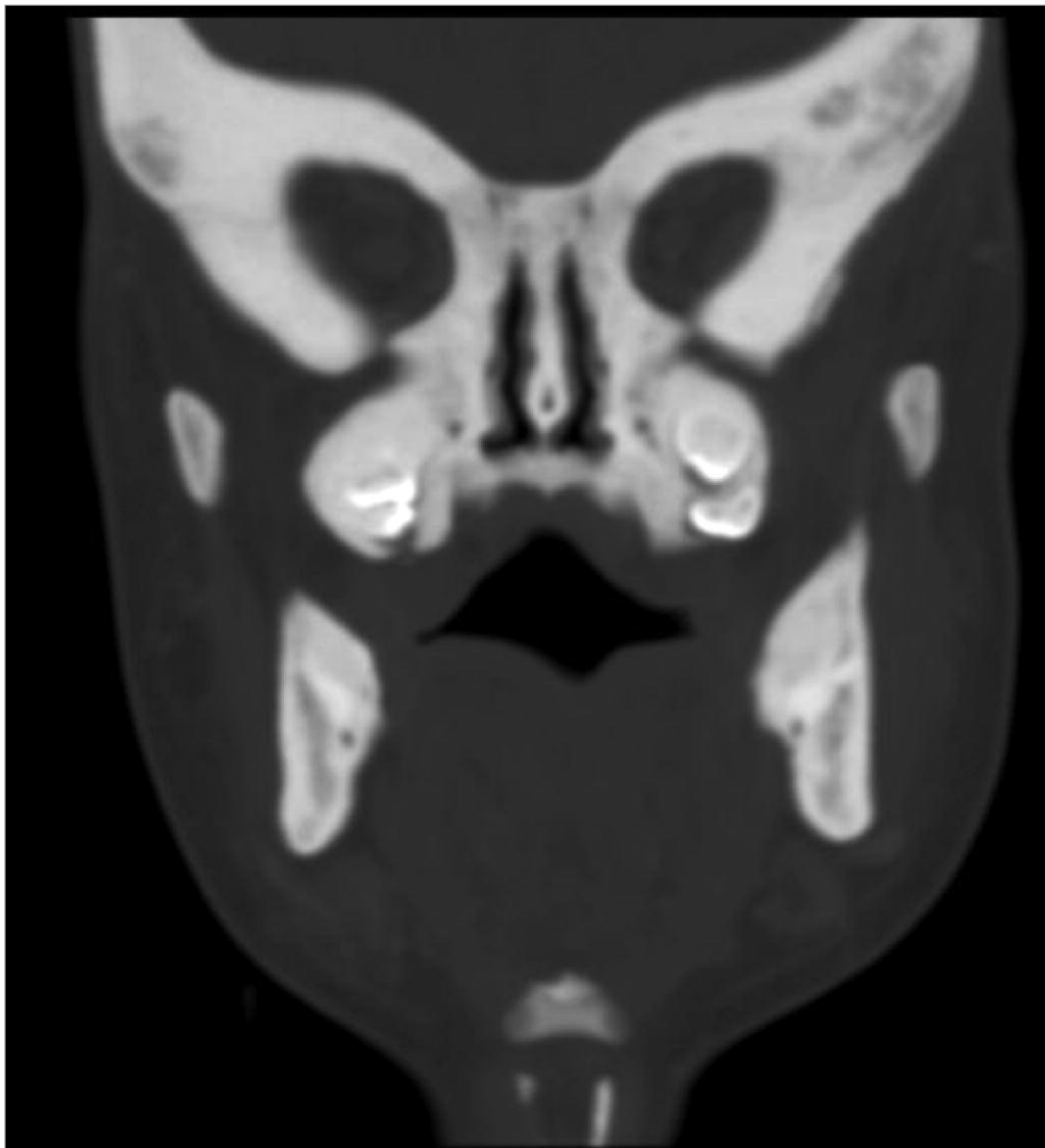


IM 9 – OSTEOPETROSE – MÁSCARA DE CARNAVAL

Ivo Ferreira¹, João Araújo¹

1. Centro Hospitalar do Porto

Imagem de CT no plano coronal, a demonstrar marcada esclerose óssea do maciço facial, em paciente com osteopetrose, demonstrando o aspeto bem conhecido da doença em Máscara de Carnaval.

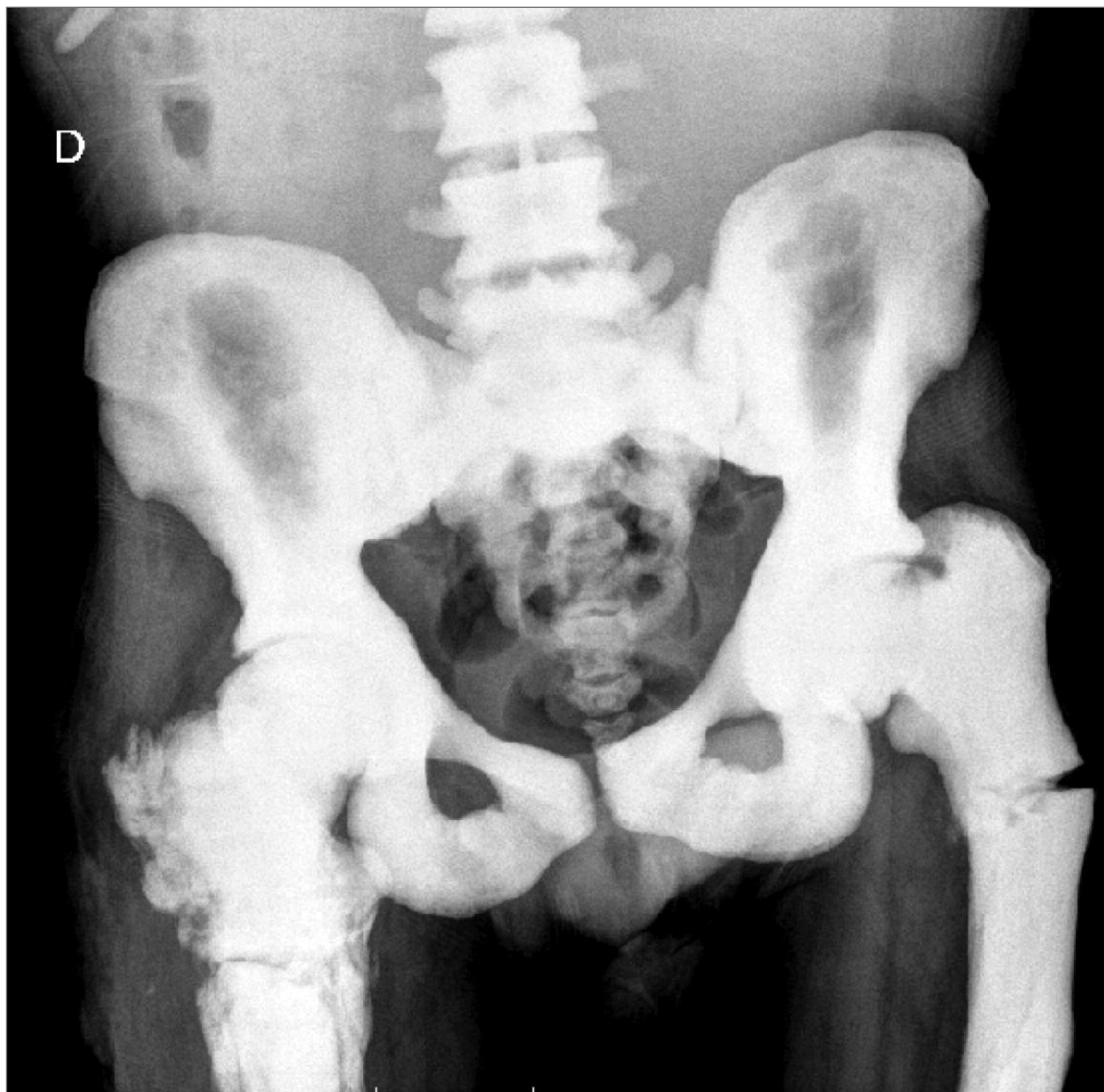


IM 10 – OSTEOPETROSE - OSSO FRÁGIL

Ivo Ferreira¹, João André Oliveira¹

1. Centro Hospitalar do Porto

A osteopetrose caracteriza-se por um franco aumento da densidade óssea, contudo este osso é mais frágil que o osso normal e muitas vezes surgem fraturas patológicas.



IM 11 – OSTEOGÉNESE IMPERFEITA

Ivo Ferreira¹, João André Oliveira¹

1. Centro Hospitalar do Porto

Deformidade óssea do membro *inferior bowing deformity*, em paciente com osteogénese imperfeita.



IM 12 – DOENÇA DE PAGET

Ivo Ferreira¹, João André Oliveira¹

1. Centro Hospitalar do Porto

Alterações ósseas da calote craneana, com aspeto algodonososo, típico da doença de Paget.



IM 13 – ANQUILOSE DAS ARTICULAÇÕES SACROILIACAS

Ivo Ferreira¹, João André Oliveira¹

1. Centro Hospitalar do Porto

Radiografia dirigida às articulações sacroiliacas que demonstra anquilose completa das mesmas, em paciente com Espondilite Anquilosante.



IM 14 – ARTRITE REUMATÓIDE

Ivo Ferreira¹, João André Oliveira¹

1. Centro Hospitalar do Porto

Marcadas alterações ósseas, particularmente ao nível do carpo, relativamente simétricas, em relação com Artrite Reumatóide.



IM 15 – UM CASO DE ARTRITE PSORIÁTICA

Sandra Sousa¹, Raquel Roque¹, Filipe Vinagre¹, Pedro Gonçalves¹, José Canas da Silva¹

1. Reumatologia, Hospital Garcia de Orta

Homem de 20 anos, trabalhador-estudante de gestão, saudável. Referenciado à consulta de Reumatologia por talalgia bilateral, de predomínio matinal desde há cerca de 1 ano. Negava febre, lombalgia, artrite periférica, alterações oculares, cutâneas, gastrointestinais ou urinárias. História familiar de psoríase no pai. Objetivamente apresentava lesões descamativas eritematosas do couro cabeludo, alterações distróficas ungueais e tumefação aquiliana bilateral com palpação dolorosa. Admitiu-se como hipótese mais provável uma artrite psoriática com entesite. Neste contexto foi pedida ecografia músculo-tendinosa dos tendões de Aquiles que evidenciou uma tendinite exuberante bilateral com sinal *power Doppler* intratendão, bursite retrocalcaneana bilateral e múltiplas erosões calcaneanas bilaterais sem sinal *Doppler* (Índice MASEI=12).



IM 16 – CALCIFICAÇÕES DE DERMATOMIOSITE

Ivo Ferreira¹, Manuela Certo¹, Manuela França¹

1. Centro Hospitalar do Porto

Paciente com dermatomiosite apresenta múltiplas calcificações cutâneas na região glútea e coxa direitas.



IM 17 – QUANDO A DOENÇA FICA A CUIDADO DO DOENTE: UM CASO DE GOTA TOFÁCEAJoana Borges¹, Susana Fernandes¹, Cláudia Miguel¹, Rui Leitão¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A artropatia gotosa, resultante da deposição de cristais de monourato de sódio, evolui habitualmente com surtos inflamatórios agudos, inicialmente monoarticulares, mas que com a cronicidade tendem a tornar-se poliarticulares. Tipicamente, as primeiras articulações atingidas localizam-se nos membros inferiores (1º dedo do pé e joelhos), mas qualquer articulação pode ser envolvida. Perante níveis persistentemente elevados de uricémia, podem formar-se tofos gotosos, resultantes da deposição de ácido úrico em localizações extra articulares.

Descrição das imagens: São apresentadas 2 imagens de um indivíduo do género masculino, com gota de longa evolução e com má adesão à terapêutica hiporuricemiante (alopurinol) e consequente mau controlo clínico. Observamos a deposição de tofos de volumosas dimensões a nível do cotovelo esquerdo, punhos, 2ª e 3ª metacarpo-falângicas esquerdas e 2ª interfalângica proximal direita.

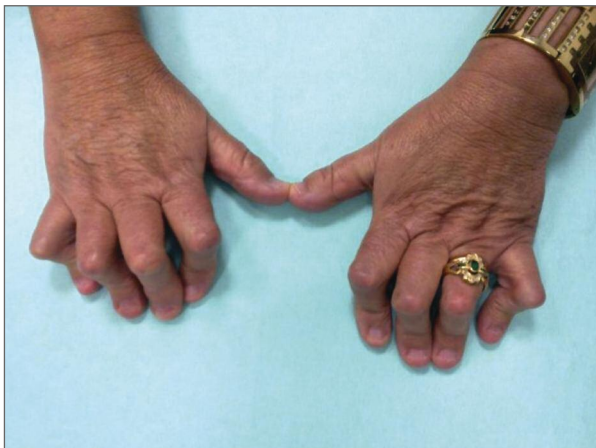
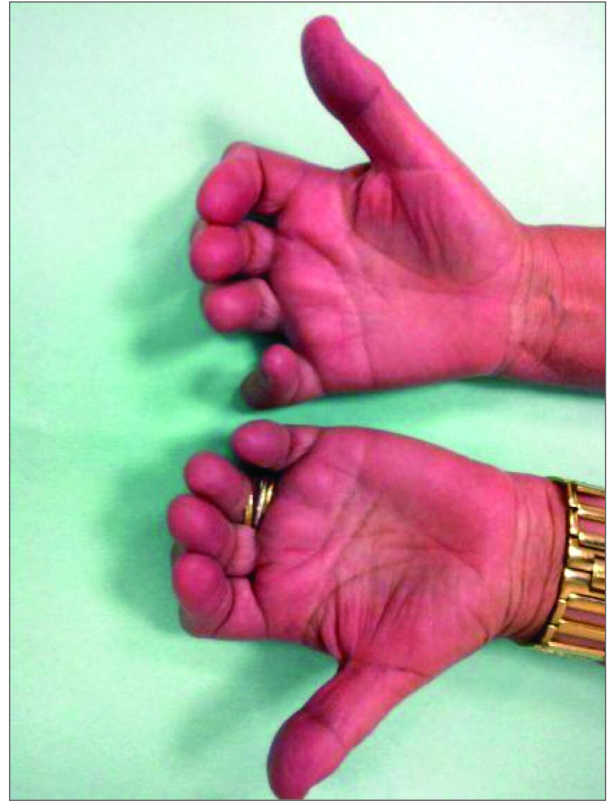
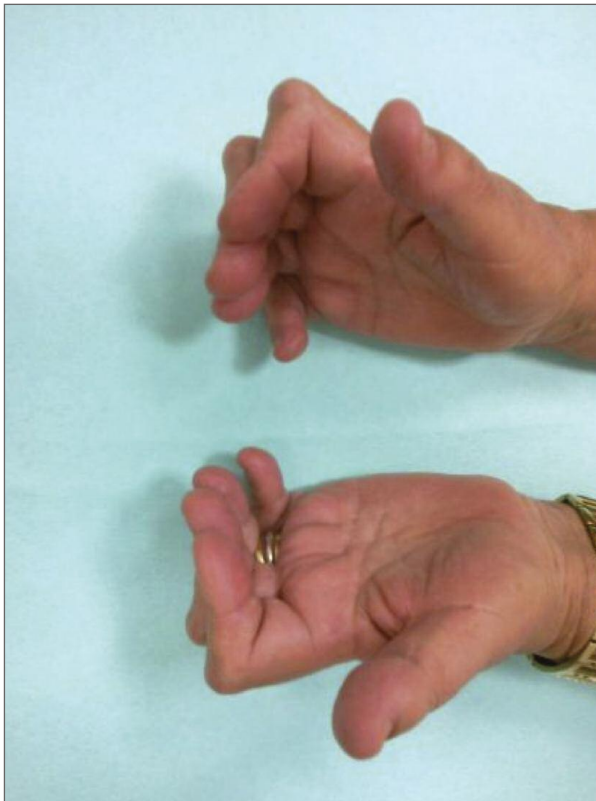
Conclusão: Estas imagens mostram que a evolução de uma doença reumática como a gota depende em grande medida do próprio doente e da sua capacidade de aderir à terapêutica.



IM 18 – CAMPODACTILIANikita Khmelinskii¹

1. Hospital Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

A campodactilia é uma malformação congénita caracterizada pela flexão fixa das articulações interfalângicas proximais (IFPs). Pode ser uni ou bilateral, atingindo um ou múltiplos dedos. As formas com atingimento de múltiplos dedos são mais graves e surgem associadas a síndromes congénitas. A doente, 62 anos, apresentava flexão, fixa a 90°, das 2.^a-5.^a IFPs das mãos, desde a infância, e tinha antecedentes de cirurgia ortopédica por flexo dos dedos dos pés. Não tinha outras co-morbilidades de relevo e negava compromisso funcional.



IM 19 – ARTRITE PSORIÁTICA – POR DENTRO E POR FORA

José Caldeira¹, Joana Borges², Pedro Leitão¹

1. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

2. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A artrite psoriática é uma espondilartrite que afecta tipicamente indivíduos caucasianos de meia-idade. Em 60-70% dos casos, o diagnóstico de Psoríase precede o aparecimento de artrite inflamatória. Eventualmente, as manifestações de doença cutânea podem restringir-se às unhas, com onicólise ou “pitting” ungueal. A história familiar de psoríase é também um dado relevante que pode favorecer o diagnóstico.

Apresenta diversos padrões de atingimento articular, como poliartrite simétrica, oligoartrite assimétrica, envolvimento predominante das articulações interfalângicas distais e atingimento do esqueleto axial (embora menos frequente). É muito típico da artrite psoriática o envolvimento das articulações interfalângicas distais.

Um aspecto característico da artrite psoriática é a osteólise, com encurtamento segmentar e por vezes com telescopagem clínica. Na sua forma mais grave, assume a forma de artrite mutilante, com extensa destruição articular.

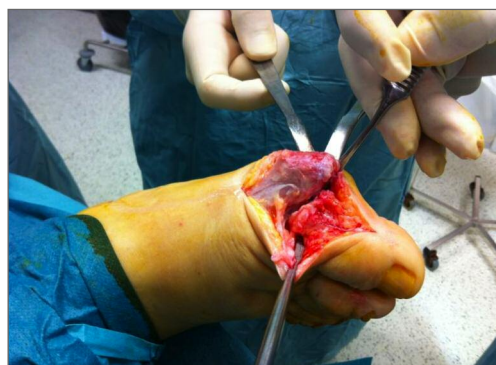
Objectivo: Apresentação iconográfica de um exemplo de artrite psoriática numa perspectiva clínica, imagiológica e cirúrgica.

Material e Métodos: Estudo de Caso. Pesquisa de processo clínico e imagiológico. Fotografias recolhidas na observação directa do doente e no intra-operatório.

Resultados: Doente com 76 anos, diagnóstico de Artrite Psoriática há 20 anos. Apresenta poliartrite de pequenas articulações, com artrite mutilante de ambas as mãos, encurtamento digital e deformidades de alinhamento. Ao nível dos pés, apresentava osteólise e luxação da articulação metatarso falângica (MTF) do hallux bilateralmente, conjuntamente com restantes dedos em garra, tendo já sido submetido a tratamento cirurgico à esquerda, com sucesso.

As imagens enviadas foram recolhidas antes e durante a intervenção ao pé direito, ou seja, artrodese da MF do hallux e correcção do posicionamento dos restantes dedos.

Conclusão: A caracterização iconográfica descrita permite ter uma noção macroscópica do nível de destruição possível nesta espondilartrite.



IM 20 – “DESMORONOU-SE” – FRACTURAS ATÍPICAS DO FÉMUR E TERAPÊUTICA COM BIFOSFONATOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO (diapositivo + vídeo)

José Caldeira¹, Joana Borges², Nuno Mendonça¹, Pedro Leitão¹

1. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
2. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: Os bifosfonatos são provavelmente a terapêutica anti-reabsortiva mais utilizada no tratamento da osteoporose. Apesar dos seus benefícios na prevenção da fractura osteoporótica (corpos vertebrais e, em alguns contextos, do fémur proximal), não se trata de uma opção isenta de riscos.

Embora a duração ideal da terapêutica com bifosfonatos não esteja definida, está estabelecida a associação desta família farmacológica a fracturas de padrão atípico do fémur, sobretudo em cursos terapêuticos prolongados.

Objectivo: Discussão do tema a propósito do relato de um caso clínico de fractura atípica bilateral da diáfise do fémur.

Métodos: Revisão não sistemática do tema, palavras-chave “Biphosphonates fractures”, consulta de *guidelines* nacionais e resumo de características do medicamento. Pesquisa no arquivo clínico e imagiológico, entrevista directa com doente e familiar, recolha de registo fotográfico e gravação vídeo.

Resultados: AV, 78 anos. Antecedentes pessoais de Artroplastia Total da Anca bilateral há 10 anos e Osteoporose. Medicada com Ácido Ibandrónico (150mg mensais), durante 15 anos, e Ticlopidina.

Trazida ao SU de Ortopedia a 17 de Fevereiro de 2013 por dor aguda bilateral ao nível das coxas, seguida de queda e incapacidade para a marcha. Apresentava deformidade evidente.

Exame radiológico confirmou fracturas periprotésicas bilaterais abaixo da haste femoral (Vancouver C), de padrão transverso. Referia dor de carácter progressivo em ambas as coxas nos 2 meses precedentes.

Cirurgia definitiva adiada por terapêutica com Ticlopidina, realizando-se tracção esquelética provisória.

A 28 de Fevereiro fez osteotomia de encurtamento e osteossíntese com placa de cabos e parafusos. Boa evolução pós-operatória, tendo alta a tolerar levantar para cadeira de rodas.

A 23 de Julho 2013, apresentava a formação de calo ósseo a envolver o foco, iniciando carga axial com apoio.

Presentemente (Outubro 2014) a fractura apresenta-se consolidada, permitindo marcha autónoma, recomendando-se auxiliares de marcha (andarilho) e vigilância de terceiros.

Conclusões: As fracturas atípicas do fémur associadas ao uso prolongado de bifosfonatos são fracturas patológicas, suscitando por vezes achados clínicos e imagiológicos que podem ser identificados antes do desfecho agudo. A sua localização é tipicamente subtrocantérica, podendo ocorrer ao longo de toda a diáfise e sendo frequentemente bilaterais. São desafios terapêuticos não só durante a cirurgia mas também pela dificuldade na sua consolidação. Esta doente apresentava como fator de risco, além da terapêutica com bifosfonato com duração superior a 10 anos, a presença de material protésico bilateralmente, agravando o *stress* aplicado à região diafisária do fémur. A utilização de bifosfonatos pressupõe uma monitorização do doente e bom senso clínico na avaliação risco-benefício individualizado.



IM 21 – FALSO ANEURISMA DA ARTÉRIA POPLITEIASusana Fernandes¹, Joana Borges¹, Cândida Silva¹, J. A. Melo Gomes¹, Augusto Faustino¹

I. Instituto Português de Reumatologia

Doente do sexo masculino, de 73 anos, com história de Hipertensão Arterial, Doença de Alzheimer, *status* pós gastrectomia parcial por doença ulcerosa há mais de 20 anos e Insuficiência Venosa dos membros inferiores. Estava medicado com furosemida 40 mg, donepezilo 5 mg, memantina 150 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg e vitamina B12 oral. Tinha sido submetido a osteossíntese do fémur esquerdo por fractura cerca de 10 anos antes.

A causa de ida ao Serviço de Urgência foi um edema volumoso localizado na região popliteia, muito doloroso, com 8 dias de evolução. Negava febre, sinais inflamatórios locais ou outra sintomatologia associada. Tinha sido medicado pelo seu Médico Assistente com enoxaparina 40 mg/dia durante 6 dias. Na observação mobilizava-se com bengala, com varismo dos joelhos e apresentava-se hemodinamicamente estável e normotenso, com tumefacção volumosa de cerca de 10 cm de diâmetro, dolorosa e pouco depressível à palpação, pulsátil, localizada na fossa popliteia esquerda, sem quaisquer sinais inflamatórios locais e sem sinais de isquémia distal.

O **EcoDoppler arterial e venoso** revelou uma volumosa lesão heterogênea com fluxo arterial no seu interior junto da artéria popliteia esquerda com 8 cm, parcialmente trombosado e calcificado, sem sinais de trombose venosa profunda. A **angio-TC** forneceu mais informação, objectivando a lesão de 11.3x9.3x7.5 cm, de paredes espessadas e a comprimir as várias estruturas vasculares, sugerindo tratar-se de um pseudo-aneurisma da artéria popliteia esquerda. A **Radiografia da bacia** mostrava um material de osteossíntese endomedular no fémur esquerdo, sem evidência de fracturas.

O doente foi enviado de urgência para a Cirurgia Vascular e operado por Aneurismectomia e *Bypass* femoropopliteu infragenicular com enxerto de veia. Foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos por choque hipovolémico e necessidade de aminas, durante 5 dias, mas posteriormente transferido para enfermaria e teve alta clinicamente bem. A TC abdominal excluiu a presença de aneurismas da aorta abdominal e a anatomia patológica da peça operatória revelou uma parede de aneurisma com trombose parcial.

Apresentamos as imagens de angio TC do falso aneurisma da artéria popliteia esquerda.



IM 22 – MAL DE POTT

Susana Fernandes¹, Joana Borges¹, Cândida Silva¹, F. Lacerda Nobre², Augusto Faustino¹

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Hpp Hospital de Cascais

Doente do género masculino, 78 anos, com história prévia de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Tabagismo activo, Estenose aórtica, Hipertensão Arterial e sequelas Mal de Pott, que recorreu várias vezes ao Serviço de Urgência por dorsalgia refractária a analgesia e com agravamento nocturno.

Apresentamos as imagens de TC da coluna dorsal que mostram uma fusão de várias vertebrae torácicas, com cifoescoliose marcada, compatível com sequelas de Tuberculose Óssea de localização torácica.



IM 23 – LESÕES OSTEOLÍTICAS DA COLUNA DORSAL E GRELHA COSTALSusana Fernandes¹, Joana Borges¹, Cândida Silva¹, Lacerda Nobre², Augusto Faustino¹

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Hpp Hospital de Cascais

Doente do género masculino, 78 anos, com história prévia de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Tabagismo activo, Estenose aórtica, Hipertensão Arterial e sequelas Mal de Pott, que recorreu várias vezes ao Serviço de Urgência por dorsalgia refractária a analgesia e com agravamento nocturno.

As imagens referidas de TC da coluna dorsal mostram uma fusão de várias vértebras torácicas, com cifoescoliose marcada, compatível com sequelas de Tuberculose Óssea de localização torácica, assim como envolvimento osteolítico de corpos vertebrais de D6 a D9, dos 2^o3^o4^o arcos costais à direita e volumosa lesão osteolítica de 5 cm no 10^o arco costal à direita. O doente apresentava concomitantemente um derrame pleural direito, tendo realizado toracocentese diagnóstica com liquido pleural hemático do tipo exsudado linfocítico com presença de células neoplásicas. A TC torácica mostrou uma lesão paravertebral direita de 36mm no segmento médio dorsal direito que foi biopsiada (com auxílio de TC), tendo-se revelado histologicamente um adenocarcinoma. O diagnóstico definitivo foi adenocarcinoma do pulmão com evidência de metastização pleural e óssea. O doente foi encaminhado para Pneumologia Oncológica, tendo iniciado sessões de radioterapia torácica para controlo da dor e quimioterapia.



IM 24 – IMAGENS DE GOTA: TOFOS GOTOSOS E IMAGENS ARTROSCÓPICAS DE ARTRITE GOTOSA DO JOELHO

Patrícia Gomes¹, Victor Coelho¹, Paulo Felicíssimo¹

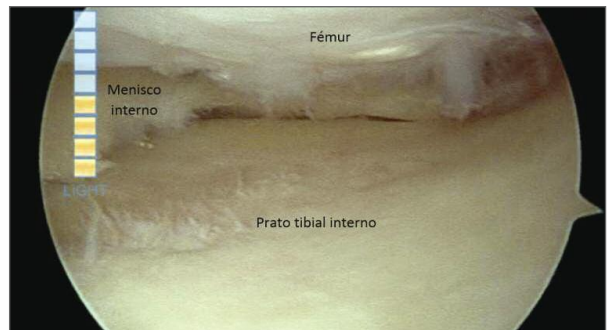
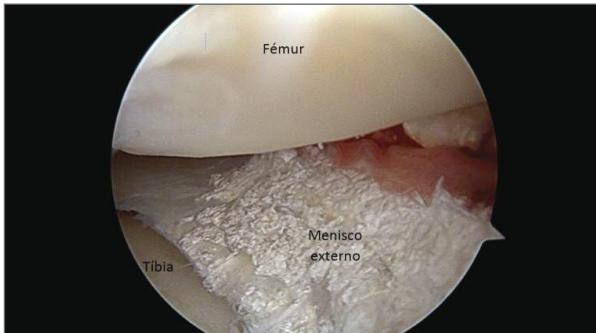
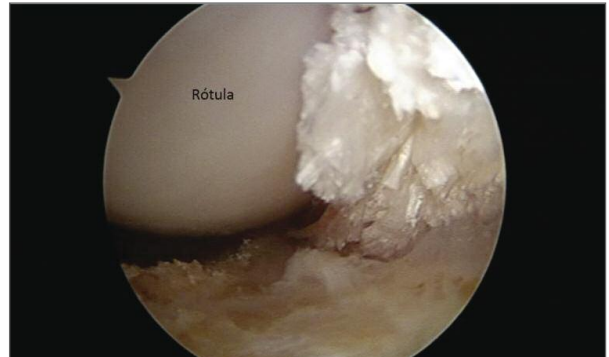
1. Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca

Imagem tofos gotosos ao nível das mãos

Imagem 1 - impregnação de depósitos de ácido úrico ao nível do menisco externo

Imagem 2 - cristais de ácido úrico peripatelar, processo de sinovite

Imagem 3 - condromalácea do compartimento interno"



IM 25 – EFEITOS DA REDUÇÃO DE 38 KG EM PACIENTE COM OSTEOARTROSE

Alexandra Cardoso¹

1. Instituto Portugues de Reumatologia

Introdução: A doença osteoarticular é significativamente afectada pela presença de obesidade, que pode contribuir pela sobrecarga articular, mas também pelo agravamento dos parâmetros inflamatórios.

Caso clínico: Paciente caucasiana do sexo feminino, 48 anos, referenciada à Consulta de Nutrição em Janeiro de 2013 por obesidade grau III, hipertensão arterial e dislipidemia. Apresentava um quadro clínico com 2 anos de evolução de artralguas envolvendo essencialmente as mãos, dores generalizadas, fadiga e osteoartrrose.

Análiticamente apresentava níveis séricos normais de Hb 13,8, leucócitos 6400, N 63%, L 29%, plaquetas 193 000, PCR<0,05 (mg/dL), VS 7, ANA 1/160, função renal e hepática normais, proteinograma normal, ácido úrico 5,6, PTGO (75g) 106, insulina 8,8, colesterol total 206, HDL 80, TSH 1,3, T4 livre 0,9, cálcio 2,64 e glicemia 117 (ligeiramente elevados) e urina sem alterações.

Os parâmetros antropométricos e de composição corporal iniciais foram: Peso 98,6 kg, IMC 40,0kg/m², gordura corporal 50,3%, gordura visceral 207,0cm², perímetro abdominal 119cm e da anca 132cm. Os objetivos da terapêutica nutricional visaram a normalização da função intestinal, restrição calórica moderada, promoção de alimentos ricos em fibra, adequação da ingestão de líquidos, tendo por base uma dieta hipossalina e hipolipídica, e avaliações regulares semanais. As alterações dietéticas consistiram na redução da ingestão de alimentos ricos em gordura, essencialmente saturada, exclusão do açúcar simples de adição e bebidas açucaradas, adaptações na confecção alimentar, promoção de alimentos variados e com maior densidade nutricional (legumes, salada, hortaliça), fruta diariamente (2-3/dia) e sopa. O plano alimentar inicial preconizava o fracionamento das refeições ao longo do dia, com restrição quantitativa, qualitativa, doseamento individualizado das porções alimentares nas refeições principais e sugestão de diversas alternativas para os lanches intermédios (em cerca de 2/2h). Relativamente à evolução ponderal, aos 6 meses apresentava uma redução de 16,5kg de peso, com diminuição de 6% de tecido adiposo; aos 12 meses pesava 77,2kg (-21,4 Pi), com IMC 31,7 (obesidade grau I), massa gorda 43,3%, PAb 105 e PA 112cm. Actualmente, após 21 meses de acompanhamento nutricional, a paciente apresenta um peso de 60,8kg, IMC 25,0 (normal <25), gordura corporal de 29,1% (normal <28%), gordura visceral 97,0cm² (normal <100), perímetro abdominal 86 (normal <88) e da anca 99cm.

Análiticamente, a evolução após 9 meses foi de: Hb 14,5, VS 8, função renal e hepática normais. Após 4 meses de intervenção dietética, o colesterol total baixou para 186 (-20mg/dL), mantendo a terapêutica hipolipemiente de 10mg diárias que fazia desde início de 2012.

Conclusão: A paciente apresentou uma redução total de 37,8kg em 21 meses, com normalização dos valores de gordura corporal, visceral e IMC. Pode concluir-se que a paciente revelou uma adesão imediata e continuada à prescrição nutricional individualizada, atingindo resultados significativos num curto período. Clinicamente, revelou melhorias a nível da mobilidade geral e da qualidade de vida, particularmente pela diminuição da fadiga e melhoria da qualidade do sono; refere maior vitalidade, auto-estima, sente-se mais activa e predisposta à realização das actividades de vida diárias e de lazer. Verificou-se a manutenção dos hábitos alimentares modificados, nomeadamente, aqueles que são considerados compatíveis com uma alimentação equilibrada, saudável e variada, actualmente sem restrições de nenhum grupo ou tipo de alimentos.

