

Curso Intensivo em Geriatria

Reumatologia e envelhecimento

Eduardo Dourado

ULS Região de Aveiro; Egas Moniz Health Alliance; FMUL

Abril de 2024

Avaliação diagnóstica



Qual das seguintes NÃO faz parte do diagnóstico diferencial de uma omalgia bilateral de ritmo inflamatório no idoso?

- Polimialgia reumática
- Artrite reumatoide do idoso
- Lúpus eritematoso sistêmico do idoso
- Arterite de células gigantes

PLANO DE SESSÃO

- I. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA
- II. PLANO DE SESSÃO
- III. OBJETIVOS DA SESSÃO
- IV. APRENDIZAGEM BASEADA EM CASOS CLÍNICOS INTERATIVOS
- V. OS DESAFIOS DA REUMATOLOGIA GERIÁTRICA
- VI. MENSAGENS-CHAVE
- VII. AVALIAÇÃO FINAL



Objetivos específicos da sessão



- Indicar a principal hipótese diagnóstica perante síndromes reumáticas geriátricas clássicas em menos de 10 minutos
- Perante uma situação clínica específica em Reumatologia Geriátrica, escolher a melhor opção terapêutica em menos de 2 minutos

Caso clínico 1



Caso 1



Sexo



Idade

83

Contexto

Lar de idosos

Caso 1



Antecedentes

IC (cardiopatia isquêmica)

HTA

DM2

Dislipidemia

Obesidade

Caso 1



- Furosemida
- Losartan/hidroclorotiazida
- Metformina
- Sinvastatina
- AAS

Caso 1



Ocasionalmente

Lombalgia intensa

Há 3 dias

Vômitos e diarreia
Sem febre
Auto-limitado

Há 10 horas

“Dor no dedo
grande do pé direito,
até do toque do
lençol se queixa!”

Caso 1



Qual é o diagnóstico mais provável?

- Osteoartrose
- Gota com litíase renal
- Artrite reumatoide com envolvimento axial
- Polimialgia reumática

Desencadeantes de crise gotosa

- Traumatismo articular
- Consumo de carnes, mariscos, bebidas alcoólicas e açucaradas
- Desidratação
- Internamentos hospitalares ou intervenções cirúrgicas
- Salicilatos, diuréticos (tiazídicos, furosemida), levodopa, alopurinol (toma irregular)
- Stress

Caso 1

Qual dos seguintes parâmetros analíticos seria mais importante avaliar nesta doente?

- NTproBNP
- PCR
- VS
- Creatinina



Caso 1

Qual dos seguintes parâmetros analíticos seria mais importante avaliar nesta doente?

- NTproBNP
- PCR
- VS
- Creatinina

Ácido úrico ?



Comorbilidades a rastrear em doentes com gota

- Obesidade, dislipidemia, DM2, HTA
- Cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca
- Doença cerebrovascular, doença arterial periférica
- Doença renal crónica
- Tabagismo

Caso 1



Em caso de dúvida diagnóstica com monoartrite infecciosa, como faria o diagnóstico diferencial?

- Contagem leucocitária
- VS e PCR
- Ácido úrico no soro
- Artrocentese

Caso 1

Como medicar a crise gotosa no imediato?

- Colchicina 1 mg (dose de carga) seguido de 0,5 mg passada 1h
- Alopurinol 100 mg/dia durante duas semanas, depois 300 mg/dia
- Ibuprofeno 600 mg de 8/8h
- Febuxostat 80 mg/dia



Caso 1



Que outras medidas devem ser tomadas (Verdadeiro ou Falso)?

- Repouso da articulação afetada
- Aplicação de calor húmido
- Suspende alopurinol (se estivesse a fazer)
- Opióides, se necessário para controlo sintomático

Caso 1

Iniciaria tratamento de redução da uricemia?

- Não
- Sim, com alopurinol 100 mg/dia (imediatamente)
- Sim, com alopurinol 100 mg/dia (imediatamente) e colchicina 1 mg durante 6 meses
- Sim, com alopurinol 100 mg/dia (após resolução da crise)
- Sim, com alopurinol 100 mg/dia (após resolução da crise) e colchicina 1 mg durante 6 meses

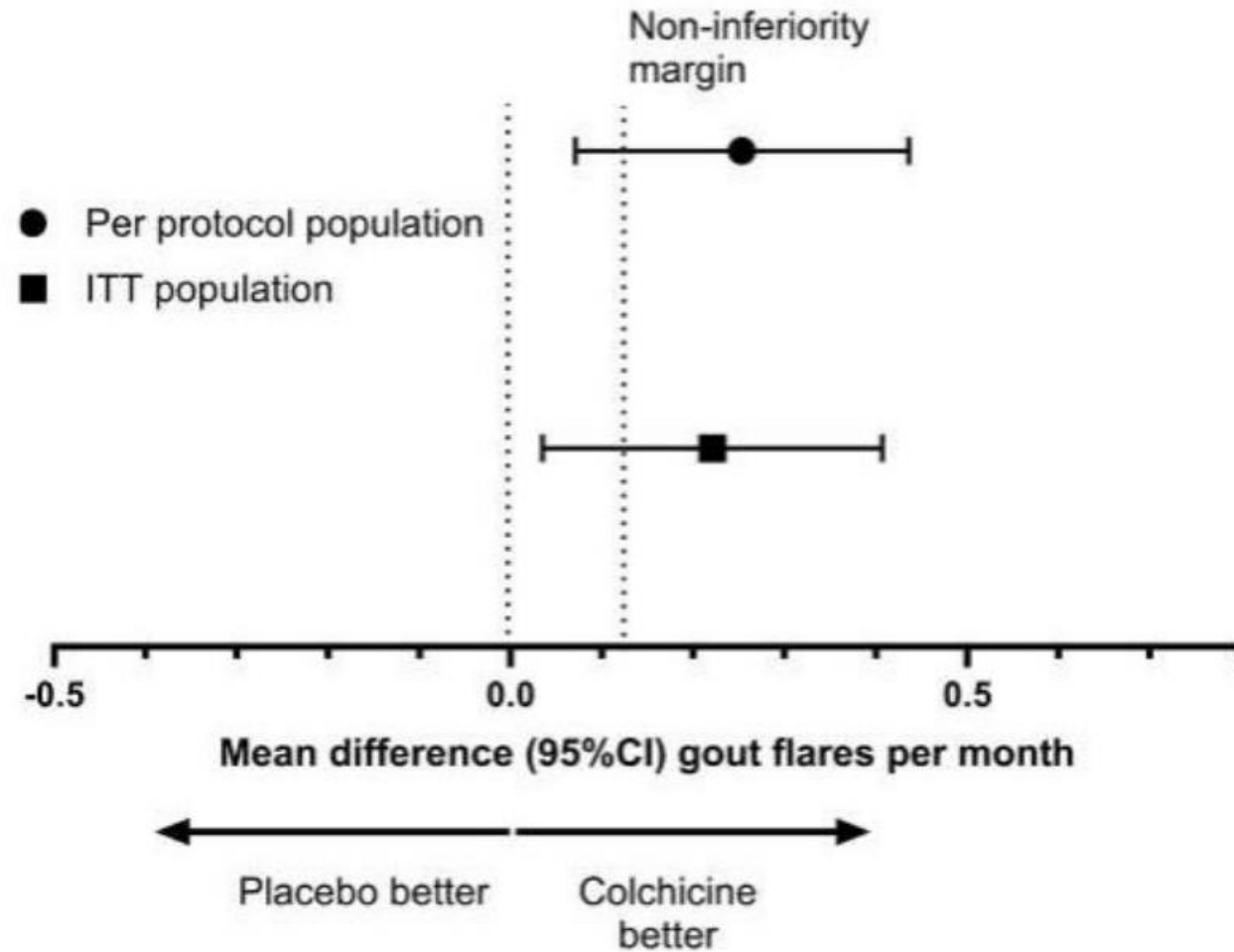


Indicações para tratamento de redução da uricemia após crise úrica

- Crises de gota úrica frequentes (≥ 2 /ano)
- Tofos gotosos ou artropatia úrica crônica
- Comorbilidades (DRC, HTA, IC, cardiopatia isquêmica)
- Litíase renal
- Uricemia > 8 mg/dL
- Jovens (< 40 anos)



Colchicina (mesmo com “start low, go slow” do alopurinol)



Eventos adversos

This is the first large observational study to quantify the incidence of adverse events from colchicine and NSAID prophylaxis when initiating allopurinol for gout, using primary care data linked to hospital admission records to capture rare but potentially serious side effects outside the confines of a randomised controlled trial (RCT). Compared with initiation of allopurinol without prophylaxis, we found that diarrhoea, MI, neuropathy, myalgia and bone marrow suppression were more common with colchicine prophylaxis, and angina, AKI, MI and PUD were more common with NSAID prophylaxis. Other than diarrhoea for colchicine and angina for NSAID, the incidence of individual adverse events was low (<200 per 10 000 treated patient-years), although the number needed to harm in relation to any adverse event was 14.7 for colchicine, driven mainly by diarrhoea, and 48.1 for NSAID.



Caso 1



Qual deve ser o valor alvo de uricemia nesta doente?

- 2 mg/dL
- 6 mg/dL
- 6.8 mg/dL
- 7 mg/dL
- 10 mg/dL

Caso 1

Para titular a dose de alopurinol, deve reavaliar-se a uricemia em intervalos de _____, aumentando a dose de alopurinol em _____ de cada vez até atingir a uricemia alvo (< 6 mg/dL)

- 2 a 4 semanas; 50 mg
- 2 a 4 semanas; 100 mg
- 1 a 3 meses; 50 mg
- 3 a 6 meses; 50 mg
- 3 a 6 meses; 100 mg



Dosagem de alopurinol

Iniciar com 100 mg/dia (50 mg/dia se clearance de creatinina < 30 mL/min)

Titular de 100 em 100 mg (50 mg em 50 mg)

Dose máxima recomendada:

- 800 mg/dia se clearance de creatinina > 30 mL/min
- 200 mg/dia se clearance de creatinina 10 - 20 mL/min
- 100 mg/dia se clearance de creatinina 3 - 10 mL/min (dialisável; tomar depois da diálise)

Caso 1



Que outras medidas devem ser tomadas? (Verdadeiro ou Falso)

- Abstinência alcoólica
- Evidência de bebidas açucaradas
- Evidência de mariscos e carnes vermelhas
- Evidência de losartan e fenofibrato

Caso 1



Passado 1 ano

Utente deixa o lar por insuficiência económica
Perde o seguimento em MGF

Passado 5 anos

“Desde que deixou de seguir a minha avó, ela está cada vez pior!
Nunca mais voltou a ser a mesma!”

Caso 1



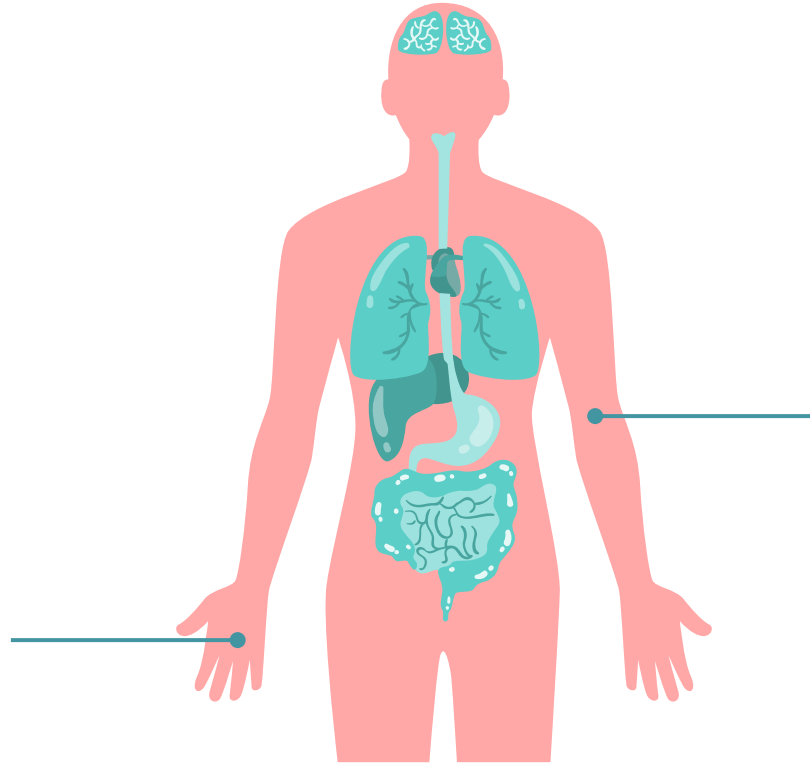
Domicílio

Dor constante

Agravamento significativo com os movimentos

Caso 1

Deformações
ósseas ao nível
das mãos e pés



Tumefações
subcutâneas de
consistência
dura, indolores,
no cotovelo e
mãos

Caso 1



Qual é o diagnóstico mais provável?

- Osteoartrose
- Gota crónica com tofos gotosos
- Artrite reumatoide com nódulos reumatoides
- Polimialgia reumática

Caso 1

Pede as últimas análises da doente, que apresenta uma creatinina de 0,86. Qual a atitude terapêutica a tomar?

- Nenhuma atitude terapêutica
- Apenas controlo sintomático
- Apenas redução da uricemia
- Controlo sintomático e redução de uricemia



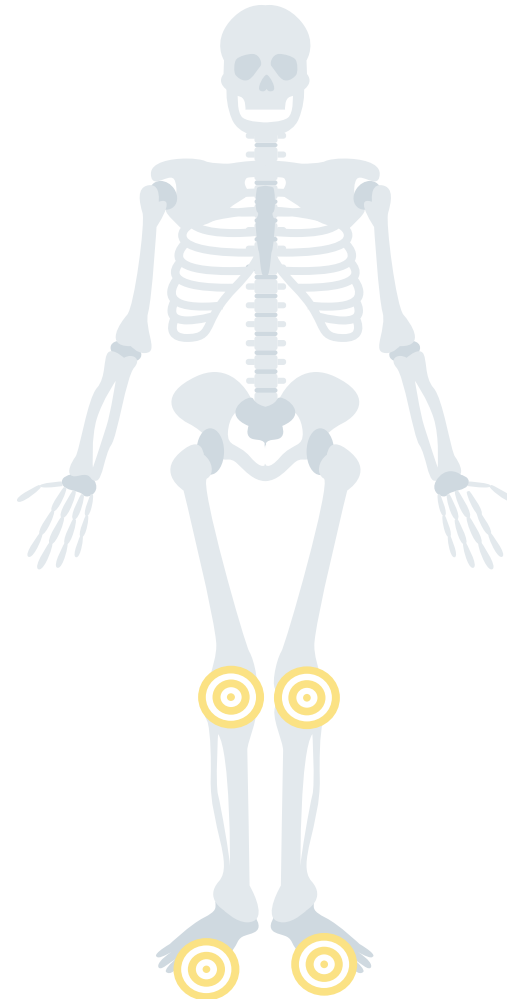
Gota no idoso – resumo

Formas de apresentação

Gota típica (mono ou oligoartrite aguda)

Gota atípica

- Poliartrite aguda
- Poliartropatia crónica (simulando AR ou osteoartrose)
- Localizações atípicas



Gota no idoso – resumo

Epidemiologia

Prevalente em ambos os sexos

- Prevalente no sexo masculino em todas as idades acima dos 40 anos
- Prevalência aumenta no sexo feminino após a menopausa



Gota no idoso – resumo

Tratamento da crise aguda

- Colchicina (efeitos GI's; reduzir dose para metade se diarreia ou CCI < 30 mL/min)
- AINE's ± IBP (IC, cardiopatia isquêmica, DRC, asma, efeitos GI's)
- Corticoide sistêmico (30 mg prednisolona 3-5 dias)
- Referenciar a Reumatologia (infiltração com corticoide, anakinra, canakinumab)



Gota no idoso – resumo

Tratamento de redução da uricemia

- Alopurinol
- Febuxostat
 - Pode ser utilizado na alergia ao alopurinol
 - Titulação de 2 em 2 semanas (40, 80, 120 mg)

Gota no idoso – resumo

Profilaxia de crises (primeiros 3-6 meses)

- Colchicina 1 mg/dia (0.5 mg/dia se diarreia ou CCI < 30 mL/min)
- AINE em baixa dose (ex.: naproxeno 250 mg 2 id)
- Corticoterapia em baixa dose (ex.: prednisolona 5 mg/dia)



Caso clínico 2



Caso 2



Sexo



Idade

71

Contexto

Consulta de HTA

Caso 2



Antecedentes

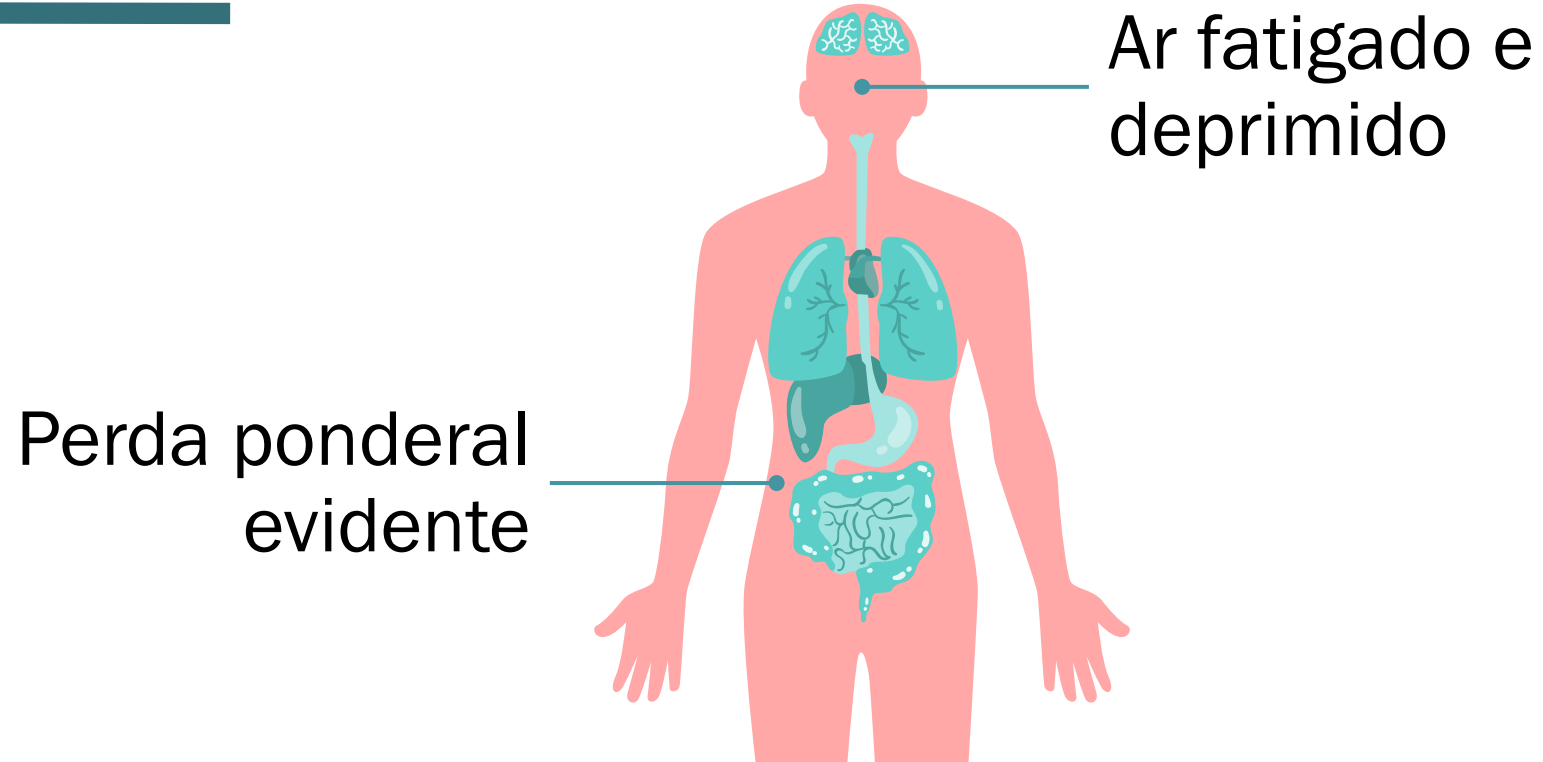
HTA

Caso 2



- Losartan/hidroclorotiazida
- Amlodipina

Caso 2



Caso 2



Há 1 mês

Dores nos ombros e nas ancas
Todas as manhãs acorda “muito presa”
Rigidez “durante pelo menos 1 h”

Caso 2



Qual é o diagnóstico mais provável?

- Osteoartrose
- Gota
- Artrite reumatoide
- Polimialgia reumática
- Hipertiroidismo

Caso 2

Que estudo analítico pode ajudar a confirmar o diagnóstico?

- FR e anti-CCP
- PCR e VS
- Ureia e creatinina
- PCR, VS, FR e anti-CCP
- PCR, VS, ureia e creatinina



Critérios de classificação de PMR

Obrigatório: > 50 anos, omalgia bilateral, PCR ou VS elevados

Rigidez matinal > 45 minutos	2	2
Dor ou limitação movimento anca	1	1
FR e/ou anti-CCP negativos	2	2
Alterações ecográficas (anca/ombro)	-	1 ou 2
Cumprir critérios	4	5

Caso 2



Que sinais ou sintomas é essencial descartar nesta doente?

- Cefaleias (sobretudo bilaterais)
- Sensibilidade no couro cabeludo
- Claudicação da mandíbula
- Diminuição do pulso nas artérias temporais
- Alterações visuais
- Todas as anteriores

Caso 2

A doente não apresenta qualquer sintomatologia que sugira arterite de células gigantes. Como medicaria esta doente?

- Prednisolona 5 mg, 1 vez por dia (e referenciar a Reumatologia)
- Prednisolona 5 mg, 3 vezes por dia (e referenciar a Reumatologia)
- Prednisolona 15 mg, 1 vez por dia (e referenciar a Reumatologia)
- Prednisolona 15 mg, 3 vezes por dia (e referenciar a Reumatologia)
- Prednisolona 60 mg, 1 vez por dia (e referenciar a Reumatologia)



Caso 2



A resposta à corticoterapia em baixa dose apoia fortemente a hipótese diagnóstica de polimialgia reumática. Quanto tempo é expectável que passe entre o início da terapêutica e o início da resolução da sintomatologia?

- 1 a 4 dias
- 1 a 4 semanas
- 1 a 4 meses
- 1 a 4 anos

Corticoterapia na polimialgia reumática

Recomendações gerais

A informação sobre a doença e a terapêutica devem ser transmitidas ao doente, e a um **cuidador**

O doente deve ter noção da **possível duração do tratamento** desde o início da terapêutica

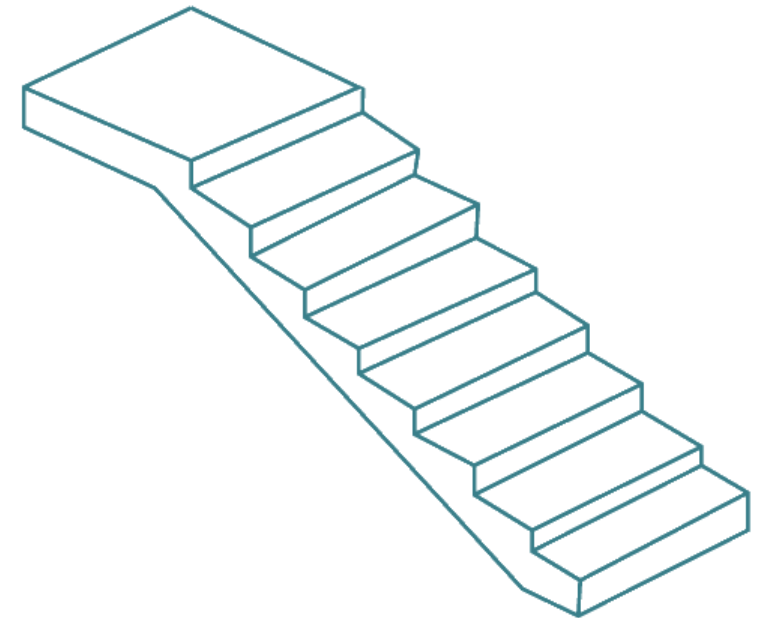
Devemos sempre ter como objetivo a redução (responsável) da dose de corticoide



Corticoterapia na polimialgia reumática

Proposta de esquema terapêutico

- Iniciar com prednisolona 15 mg/dia (manter durante 2 a 4 semanas)
- Reduzir para 12,5 mg/dia (manter durante 2 a 4 semanas)
- Reduzir para 10 mg/dia (manter durante 2 a 4 semanas)
- Reduzir mensalmente 1,25 mg/dia



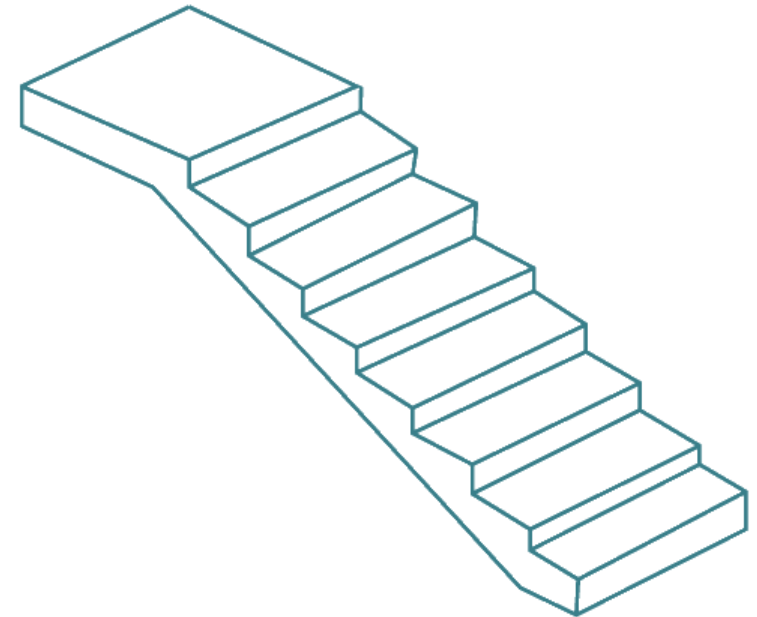
Corticoterapia na polimialgia reumática

Doente mantém-se assintomático, com PCR e VS negativas

- Continuar esquema de desmame

Doente tem novo *flare* sintomático ou inflamatório

- É lícito “subir” um ou dois “degraus”



Corticoterapia na polimialgia reumática

Esquema terapêutico em papel

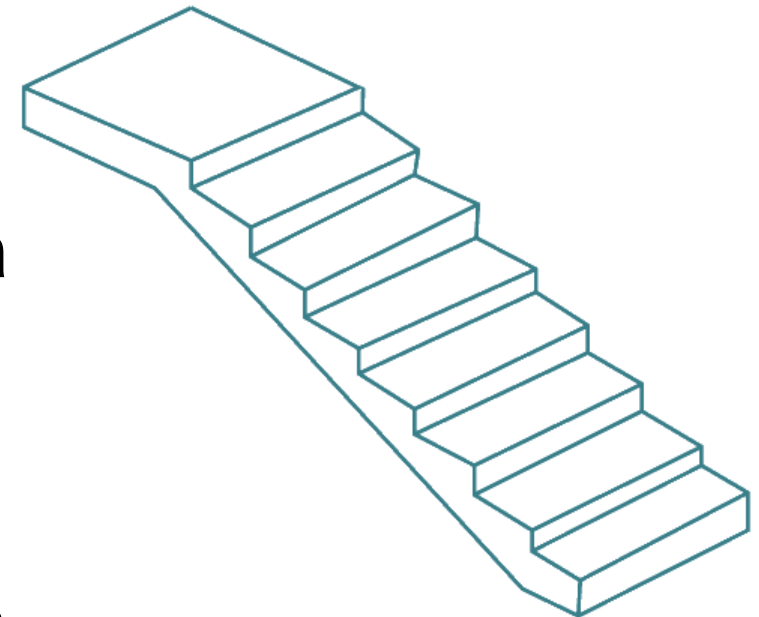
De dia XX/XX a YY/YY » 3 comprimidos/dia

De dia YY/YY a WW/WW » 2 cp e meio/dia

De dia WW/WW a ZZ/ZZ » 2 cp/dia

De dia ZZ/ZZ a AA/AA » 2 cp num dia, 1 cp e meio no seguinte

...



Caso 2



Que outras medidas devem ser tomadas (Verdadeiro ou Falso)?

- Manter vigilância apertada da tensão arterial e HbA1c durante o tratamento
- Fazer profilaxia de osteoporose secundária durante o tratamento
- Considerar proteção gástrica durante o tratamento
- Utilizar imunossuppressores poupadores de corticoides tão cedo quanto possível

Caso 2



Há 2 anos

Início de
corticoterapia

Há 3 meses

Conclusão do
desmame de PDN

Há 5 horas

Cefaleia temporal

“Vê manchas
negras”

“Não conseguiu pôr
o chapéu que usava
sempre no campo”

Caso 2



Qual o diagnóstico mais provável?

- Osteoartrose
- Artrite reumatoide
- Recidiva da polimialgia reumática
- Arterite de células gigantes

Caso 2

Qual a atitude mais correta?

- Marcar consulta de reavaliação em MGF
- Marcar consulta de Reumatologia
- Marcar consulta de Oftalmologia
- Encaminhar ao SU



Caso 2

Que exame imagiológico deve ser realizado anualmente em doentes com história de arterite de células gigantes?



- Rx ombro
- Rx tórax
- Rx abdominal
- Rx anca
- Ecografia da anca e ombro

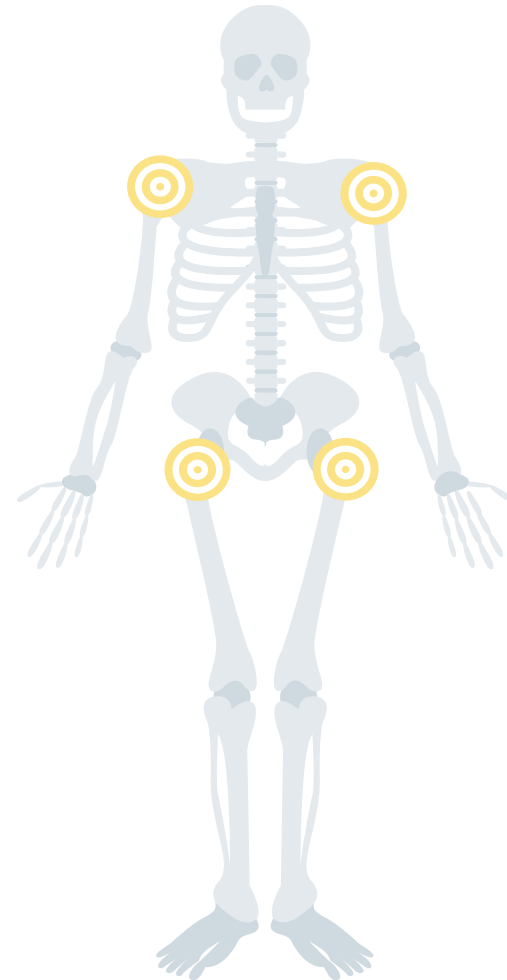
Polimialgia reumática – resumo

Formas de apresentação

Omalgia bilateral (\pm coxalgia bilateral \pm poliartrite distal), por vezes descrito pelo doente como dor generalizada

Rigidez matinal $>$ 45 minutos

Febre e/ou sintomas gerais (astenia, adinamia, anorexia, perda de peso, mialgia, arrepios, humor deprimido)



Polimialgia reumática – resumo

Diagnósticos diferenciais (ad initium)

Artrite reumatoide do idoso (FR, anti-CCP's)

Doença de deposição de cristais de pirofosfato de cálcio (Rx mão, joelho, bacia)

Hipotireoidismo (T4 livre, TSH)

Arterite de células gigantes

Síndrome paraneoplásico PMR-like

Periartrite bilateral dos ombros, outras vasculites, FM, ...



Polimialgia reumática – resumo

Diagnósticos diferenciais (resposta incompleta a CCT)

Artrite reumatoide do idoso

Doença de deposição de cristais de pirofosfato de cálcio

Hipotireoidismo

ACG (ecoDoppler de grandes vasos, PET)

Síndrome paraneoplásico PMR-like (rastreios, clínica, TC TAP)

Periartrite bilateral ombros (ecografia bilateral)

Outras vasculites, fibromialgia, ...



Polimialgia reumática – resumo

Educação do doente (ou cuidador)

Avisar que devem **recorrer ao SU** caso surjam sinais de alarme de ACG (alterações súbitas da visão, claudicação da mandíbula, cefaleia temporal)

Esquema terapêutico em papel

Situações em que deve retroceder no desmame

Desmistificar CCT (base do tratamento, risco < benefício)



Caso clínico 3



Caso 3



Sexo



Idade

77

Contexto

Consulta de saúde
do adulto

Caso 3



Antecedentes

HTA

Caso 3



- Losartan/hidroclorotiazida
- Nifedipina

Caso 3

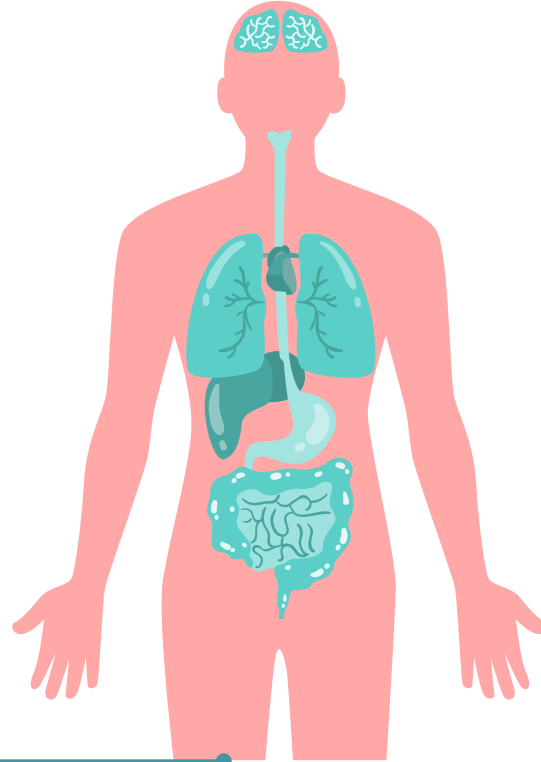
Análises de rotina

Fosfatase alcalina muito aumentada
Restante estudo analítico sem alterações



Caso 3

Tumefação
dolorosa e
quente a meio da
face anterior da
perna



Caso 3



Qual é o diagnóstico mais provável?

- Osteoartrose
- Osteomalácia
- Doença óssea de Paget
- Artrite séptica

Caso 3

Como confirmaria a sua suspeita diagnóstica?

- Rx da área atingida
- Novo doseamento da fosfatase alcalina
- Doseamento da iso-forma óssea da fosfatase alcalina
- Cintigrafia óssea



Caso 3



Qual a melhor atitude?

- Não medicar nem referenciar este doente
- Iniciar alendronato 70 mg/semana durante 6 meses
- Realizar zoledronato (toma única)
- Referenciar a Reumatologia para realizar infliximab e seguimento

Indicações para tratamento da DOP

- Doente sintomático e com doença ativa
- Hipercalcemia
- Cirurgia planeada para região metabolicamente ativa
- Risco de complicações graves (ex.: surdez na DOP craniana)

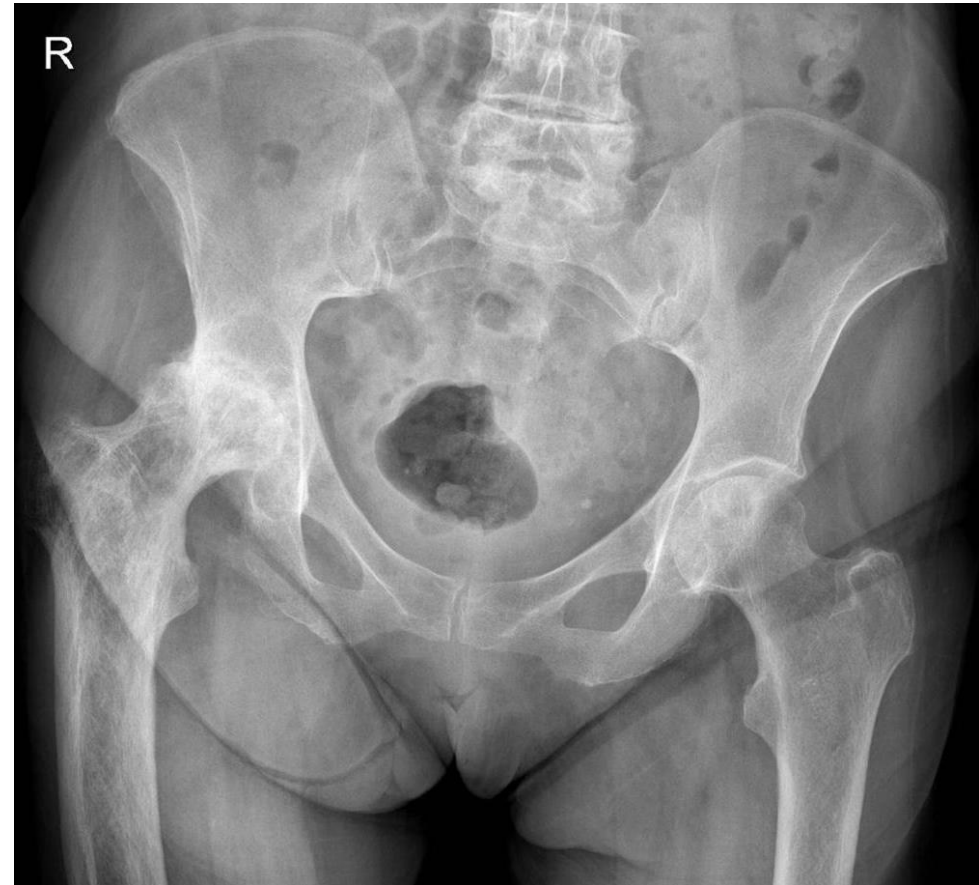
Caso 3

Como se monitoriza a resposta ao tratamento?

- Fosfatase alcalina
- VS
- PTH
- Ca²⁺ e fósforo



Doença óssea de Paget



Caso clínico 4



Caso 4



Sexo



Idade

56

Contexto

Consulta de saúde
do adulto

Caso 4



Antecedentes

Síndrome depressivo

Ansiedade

Fumadora

Caso 4



- Sertralina
- Victan®
- Calcitrin®
- Paracetamol

Caso 4



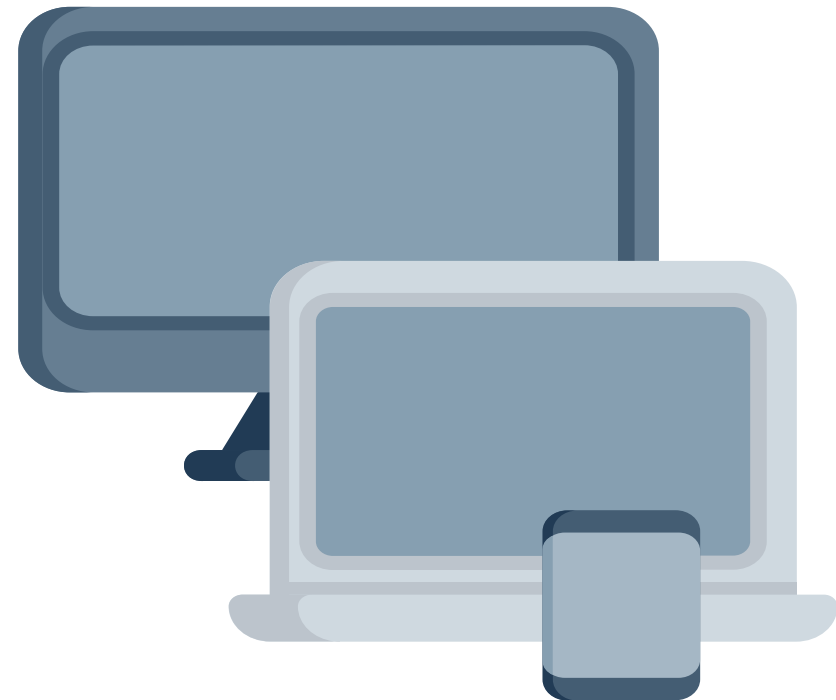
“Tem que me passar um exame para ver se tenho osteoporose!”

“Tem que me passar cálcio e vitamina D, o Calcitrin está a pesar na carteira!”

Caso 4

PDS

- 2 idas ao SU por cólicas renais
- 3 idas ao SU por obstipação



Caso 4



A que se devem, mais provavelmente, as recentes idas da doente ao SU?

- Défice de cálcio
- Défice de vitamina D
- Iatrogenia por suplementação de cálcio
- Iatrogenia por paracetamol

Caso 4

Como deve avaliar o risco de fratura da doente?

- Estudo analítico com Ca^{2+} e vitamina D
- DEXA
- FRAX
- História clínica e exame objetivo



Caso 4

Please answer the questions below to calculate the ten year probability of fracture with BMD.

Country: Portugal Name/ID: Olga Pereira [About the risk factors](#)

Questionnaire:

1. Age (between 40 and 90 years) or Date of Birth
Age: Date of Birth: Y: M: D:

2. Sex Male Female

3. Weight (kg)

4. Height (cm)

5. Previous Fracture No Yes

6. Parent Fractured Hip No Yes

7. Current Smoking No Yes

8. Glucocorticoids No Yes

9. Rheumatoid arthritis No Yes

10. Secondary osteoporosis No Yes

11. Alcohol 3 or more units/day No Yes

12. Femoral neck BMD (g/cm²)
Select BMD

BMI: 27.5
The ten year probability of fracture (%)

without BMD	
Major osteoporotic	2.1
Hip Fracture	0.3



Caso 4



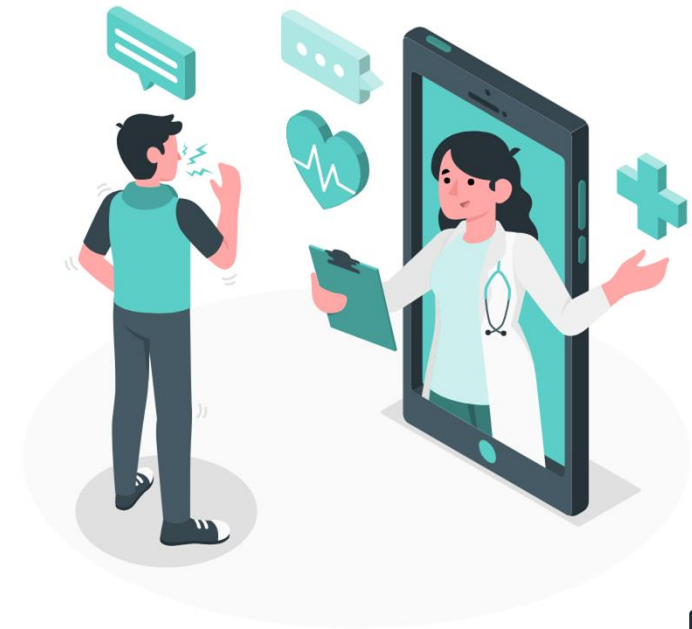
Perante o risco obtido no FRAX, como deve atuar?

- Explicar à doente que não necessita de DEXA nem de terapêutica com Ca^{2+} e vitamina D
- Pedir DEXA
- Iniciar tratamento para osteoporose com bifosfonatos, Ca^{2+} e vitamina D
- Iniciar profilaxia de osteoporose com bifosfonatos, Ca^{2+} e vitamina D

Caso 4

O que deve dizer à doente em relação à suplementação de Ca^{2+} (Verdadeiro ou Falso)?

- O Ca^{2+} dietético é mais eficaz do que o Ca^{2+} dos suplementos no aumento da Densidade Mineral Óssea
- O Ca^{2+} contido em 3 porções de produtos lácteos (leite, iogurtes ou queijo) é o suficiente para cumprir uma ingestão diária adequada
- A suplementação com Ca^{2+} está reservada para doentes sob terapêutica ou profilaxia de osteoporose com fármacos como os bifosfonatos ou doentes incapazes de manter um aporte adequado



Caso 4



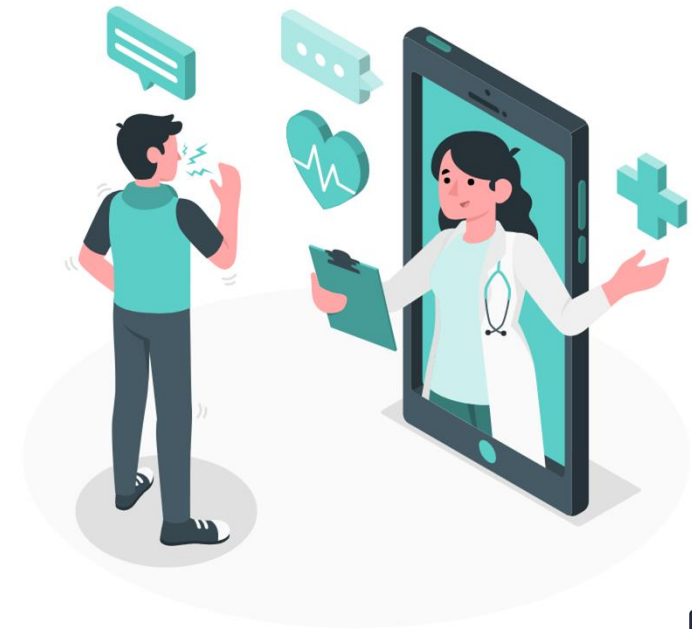
O que deve dizer à doente em relação à vitamina D (Verdadeiro ou Falso)?

- A exposição solar (e não a sua ingestão) é responsável pela maioria da vitamina D do organismo
- A suplementação com vitamina D está contraindicada em doentes sob terapêutica ou profilaxia de osteoporose com fármacos como os bifosfonatos

Caso 4

O que deve dizer à doente em relação ao risco de fratura (Verdadeiro ou Falso)?

- Não deve ingerir álcool (> 2 bebidas-padrão) nem fumar
- Não deve realizar exercício com pesos nem de resistência
- Não deve dançar nem subir lanços de escadas, pelo risco de queda e fratura
- Deve proteger-se ao máximo da radiação solar em todos os momentos
- Deve realizar alterações em casa que previnam as quedas



Caso 4



3 anos depois

Cancro da mama

4 anos depois

Iniciou tamoxifeno,
que mantém

10 anos depois

AVC cerebelar

Caso 4



Como deve avaliar o risco de fratura da doente?

- Estudo analítico com Ca^{2+} e vitamina D
- DEXA, história clínica e exame objetivo
- FRAX
- Não é necessário avaliar risco de fratura nem medicar

Limitações do FRAX

Não tem em consideração

- Risco de queda
- Comorbilidades: DRC, diabetes, neoplasia, hipogonadismo
- Iatrogenia: IBP's, duração e dose cumulativa da corticoterapia, moduladores hormonais (ex.: tamoxifeno), medicação psiquiátrica



Indicações para DEXA

Presence of risk factors
for fractures not
included in FRAX[†]

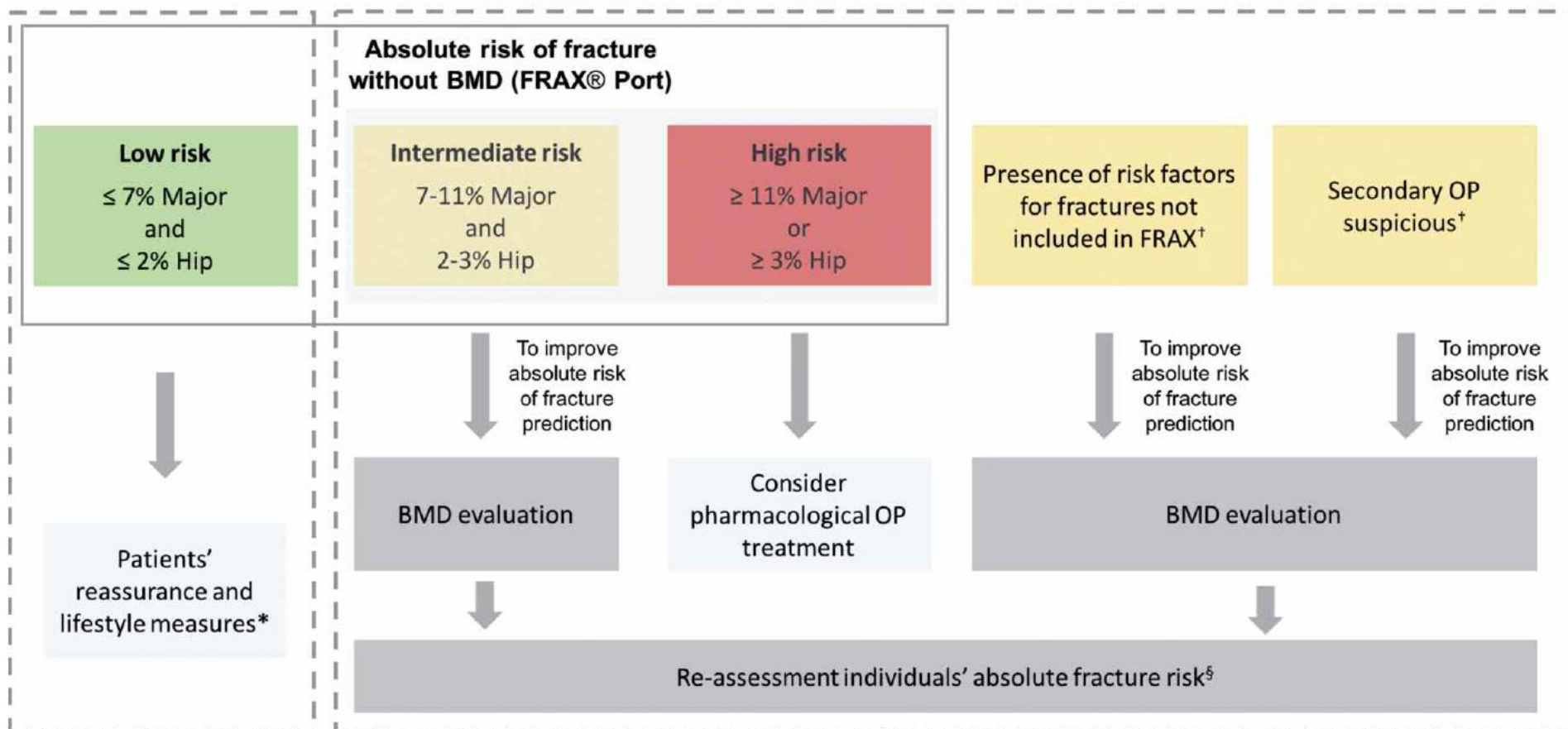
Secondary OP
suspicious[†]

↓
To improve
absolute risk
of fracture
prediction

↓
To improve
absolute risk
of fracture
prediction

BMD evaluation

Recomendações SPR

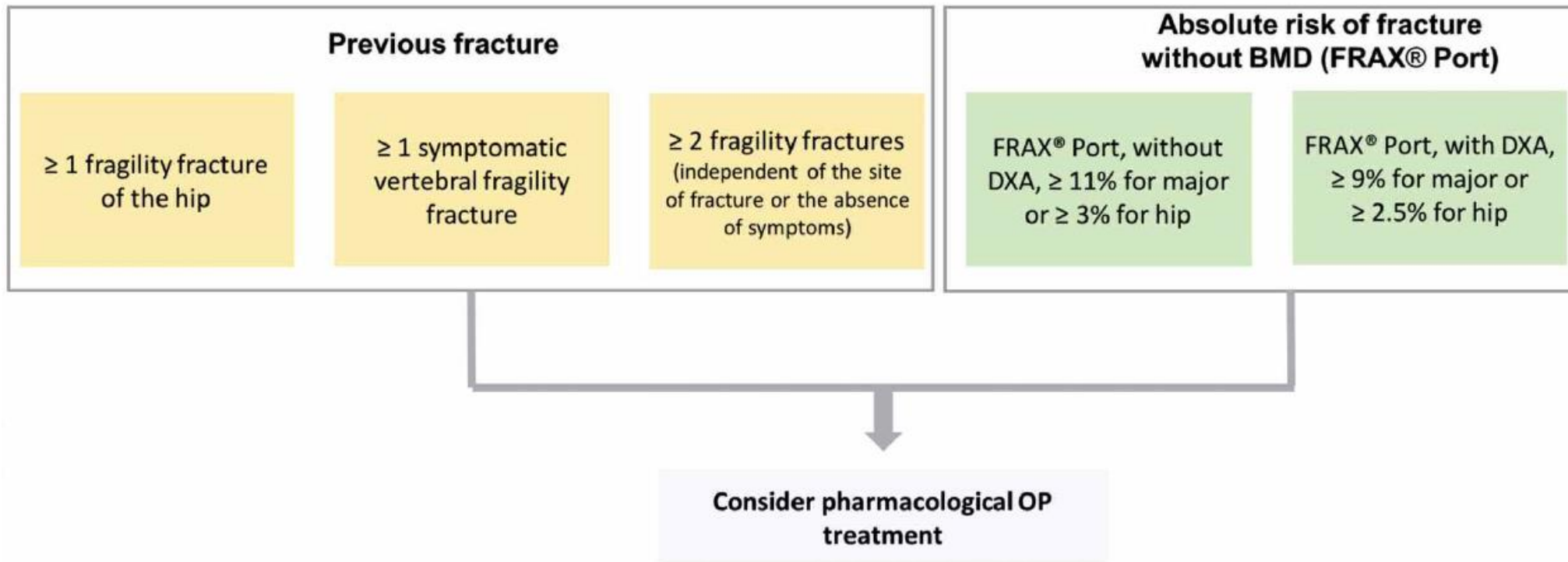


*In the absence of risk factors for fractures not included in FRAX and no secondary OP suspicious

[†]Vide table 1

[§]FRAX® Port when adequate

Recomendações SPR



Caso 4



A doente realiza DEXA, tendo T-scores de - 2.4 (colo do fémur) e - 2,1 (coluna lombar). Ao exame objetivo, apresenta ataxia. A doente tem osteoporose?

- Não, e não deve ser tratada.
- Não, mas deve propor-se tratamento.
- Sim, mas não deve ser tratada.
- Sim, e deve propor-se tratamento.

Caso 4

Que tratamento proporia?

- Alendronato 70 mg 1x/ano (+ carbonato de Ca^{2+} 1500 mg + colecalciferol 500 UI 2 id)
- Alendronato 70 mg 1x/mês (+ carbonato de Ca^{2+} 1500 mg + colecalciferol 500 UI 2 id)
- Alendronato 70 mg 1x/semana (+ carbonato de Ca^{2+} 1500 mg + colecalciferol 500 UI 2 id)
- Alendronato 70 mg 1x/dia (+ carbonato de Ca^{2+} 1500 mg + colecalciferol 500 UI 2 id)



1500 mg carbonato de Ca^{2+} = 600 mg de Ca^{2+}

Caso 4



Com que regularidade reavaliaria a doente?

- Avaliação da altura e ocorrência de # de 6/6 meses, DEXA no máximo anualmente
- Avaliação da altura e ocorrência de # de 6/6 meses, DEXA no máximo de 2 em 2 anos
- Avaliação da altura e ocorrência de # anualmente, DEXA no máximo de 2 em 2 anos
- Avaliação da altura e ocorrência de # anualmente, DEXA no máximo de 5 em 5 anos

Caso 4

Qual das circunstâncias não implica interrupção do alendronato?

- Doença renal crónica (TFGe < 30)
- Fratura vertebral nos primeiros 6 meses de tratamento
- Intolerância ao tratamento oral com alendronato
- Osteonecrose da mandíbula



Risco fraturário – resumo

Avaliação do risco fraturário

O FRAX é o melhor instrumento de avaliação disponível

Validado para população portuguesa

Cut-offs definidos pela SPR

DEXA se risco intermédio de fratura por FRAX, fatores não incluídos no FRAX, idade < 40 anos, pós-tratamento

Doente com osteoporose pode não ter risco fraturário aumentado e vice-versa



Risco fraturário – resumo

Tratamento

Alendronato é 1ª linha (70 mg/semana) em combinação com cálcio e vitamina D

Zoledronato indicado se:

- Intolerância GI a alendronato, DRGE, má absorção
- Suspeita de incumprimento terapêutico/ toma irregular

Bifosfonatos contraindicados se TFG < 30 » denosumab



Caso clínico 5



Caso 5



Sexo



Idade

85

Contexto

Lar de idosos

Caso 5



Antecedentes

DRC estadio 4

HTA

Epilepsia

Caso 5



- Hidróxido de alumínio
- Amlodipina
- Captopril
- Levetiracetam
- Haloperidol

Caso 5



Há 10 anos

Institucionalizado
Raramente sai do
lar

Há alguns meses

Menos força
muscular
Dores ósseas
difusas (++) bacia,
esterno e tíbia)

No último mês

2 visitas ao SU por
fraturas de costelas
e vértebras

Caso 5

Cálcio

Baixo

Fósforo

Baixo

Vitamina D

Baixa

PTH

Elevada



Caso 5



Qual é o diagnóstico mais provável?

- Osteoartrose
- Osteoporose
- Osteomalácia
- Polimialgia reumática

Osteomalácia – resumo

Expressão clínica

Dor óssea (++ ossos longos e bacia)

Fraqueza muscular

Fraturas e pseudofraturas

Osteomalácia – resumo

Causas

Défice de vitamina D

- Baixa exposição solar
- Malabsorção
- Doença renal/ hepática
- Fármacos (antiepiléticos, tuberculostáticos)



Osteomalácia – resumo

Causas

Hipofosfatásia

Hipofosfatémia

- Antiácidos
- Intake deficitário
- Perda renal

Inibidores da mineralização

- Alumínio
- Bifosfonatos



Caso clínico 6



Caso 6



Sexo



Idade

67

Contexto

Consulta de HTA

Caso 6



Antecedentes

HTA

Caso 6



- Losartan/hidroclorotiazida

Caso 6



Há 2 meses

Rx joelho

Tumefação muito dolorosa do joelho direito

Foi ao SU, onde fez artrocentese e fizeram Rx do joelho



Caso 6



Qual foi mais provavelmente o diagnóstico efetuado no SU?

- Osteoartrose
- Pseudogota
- Gota
- Artrite séptica

Caso 6

Condrocalcinose



Caso 6

Qual dos seguintes não é essencial no despiste de causas secundárias de doença de deposição de pirofosfato de cálcio?

- PTH, cálcio e fosfato
- Magnésio
- TSH
- Ferritina, capacidade de fixação do ferro
- Anti VHC



Causas secundárias de DDCPC

Hemocromatose

Hipotireoidismo

Hiperparatireoidismo

Hipomagnesemia (pode ser induzida por diuréticos tiazídicos ou de ansa)



Caso 6



A doente traz o estudo de causas secundárias, negativo para todas as causas pesquisadas. De momento, encontra-se assintomática. Como deve tratar a doente?

- Nenhum tratamento específico
- Prednisolona 5 mg/dia
- Ibuprofeno 400 mg de 8/8h
- Suplementação com magnésio

DDCPC – resumo

Subtipos clínicos

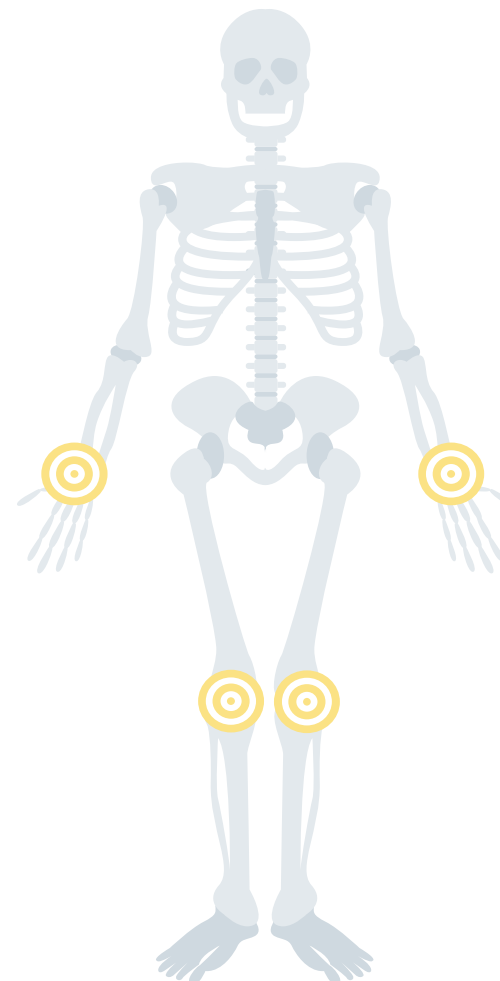
Assintomática

Pseudogota

Pseudoartrose (mais agressivo que OA)

Pseudo-artrite reumatoide, por vezes com apresentação PMR-like

Pseudoartropatia neuropática (altamente destrutiva)



DDCPC – resumo

Tratamento

Sem tratamento específico, exceto nas causas secundárias

Tratamento das crises inflamatórias com **colchicina**, **AINE's** (curta duração) ou infiltração com corticoide

Crises recorrentes podem justificar **colchicina profilática**

Subtipos clínico “pseudo-AR/PMR” devem ser referenciados a consulta de Reumatologia



Caso clínico 7



Caso 7



Sexo



Idade

71

Contexto

Consulta aberta

Caso 7



Antecedentes

Nega

Caso 7



- Nega

Caso 7

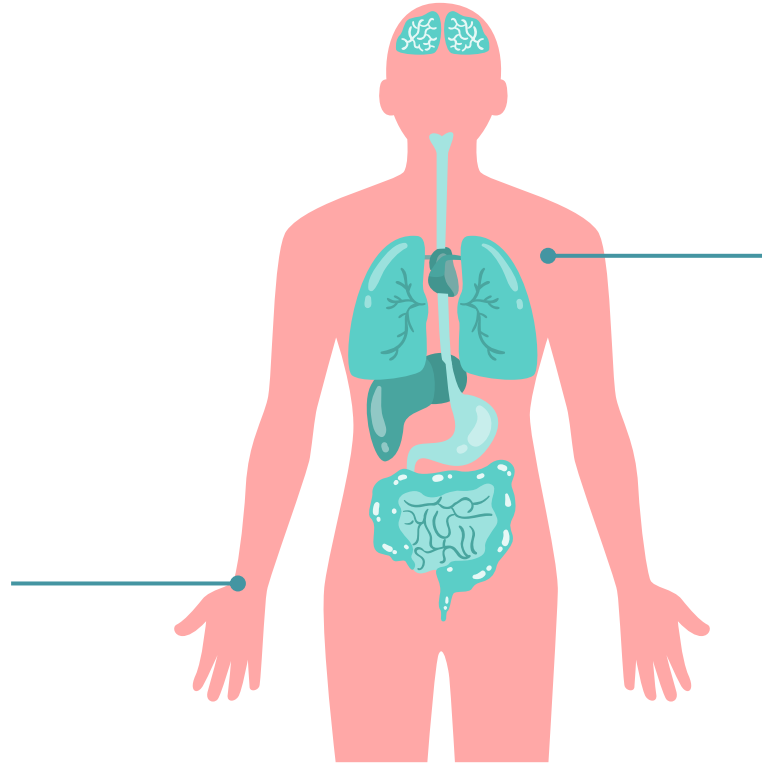


Há 2 semanas

Dor intensa “nos ombros e nas mãos”
Rigidez matinal incapacitante durante cerca de 3 horas

Caso 7

Tumefação e dor à palpação dos punhos e MCFs bilateralmente



Mobilização dolorosa e limitada ativa e passivamente dos ombros bilateralmente

Caso 7



Qual é o diagnóstico mais provável?

- Osteoartrose
- Gota
- Artrite reumatoide de início tardio
- Artrite reumatoide de longa evolução

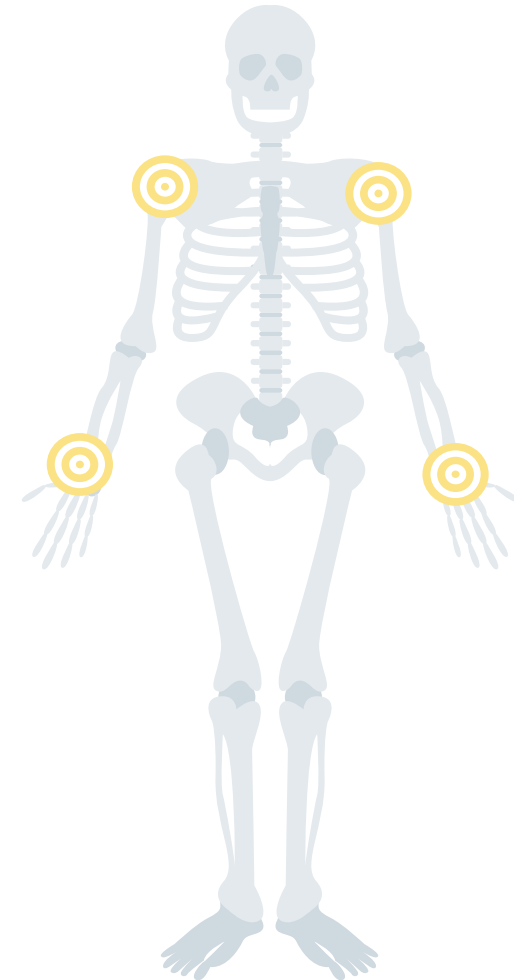
AR de início tardio

Apresentação clínica

Primeira manifestação após os 60-65 anos

Menor predominância sexo feminino

Sintomas constitucionais mais frequentes e graves

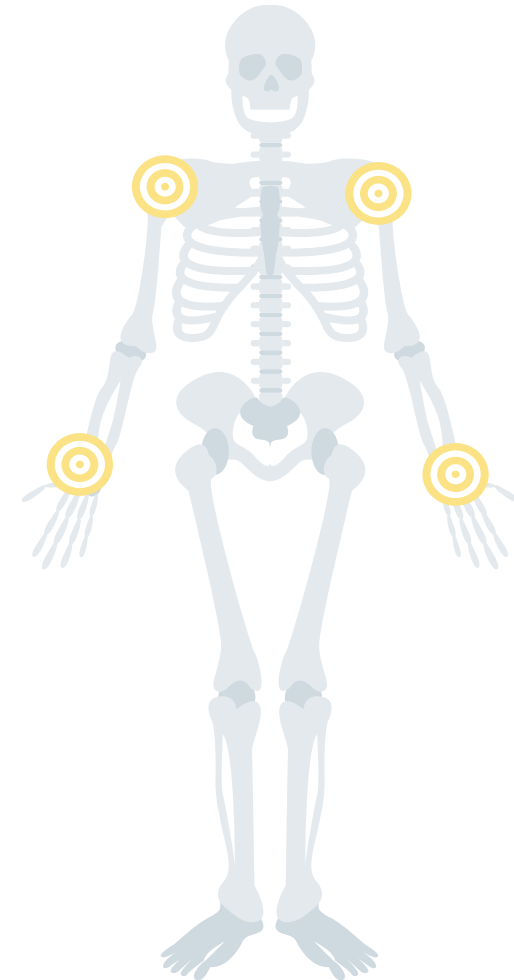


AR de início tardio

Apresentação clínica

Sinovite aguda afetando predominantemente MS e envolvendo grandes articulações

- Sinovite dos ombros (característica) – síndrome PMR-like
- Sinovite dos punhos, MCF's e IFD's



AR de início tardio

Exames complementares de diagnóstico

Rx sem alterações na fase aguda e precoce

Elevações mais exuberantes da VS e PCR

FR (mais elevado com o aumento da idade) tem menor valor discriminativo

Anticorpos anti-peptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP) são mais específicos mas estão comumente negativos



AR de início tardio

Desafios

>50% polimedicados (>5 fármacos)

Número de comorbilidade é o dobro dos doentes saudáveis com a mesma idade e sexo

Até 33% caquexia reumatoide (destruição proteica mediada pelo TNF/ IL1/ IL6)

Cerca de 33% sarcopênicos

Até 45% fragilidade (incapacidade de responder a *stressors*)



Caso 7



Qual a atitude mais correta?

- Apenas controlo sintomático com AINE e paracetamol
- Controlo da evolução da doença com DMARD na USF/UCSP
- Controlo sintomático com AINE e paracetamol, controlo da evolução da doença com DMARD na USF/UCSP
- Controlo sintomático com prednisolona 10 mg/dia e referenciação urgente para Reumatologia

Caso clínico 8



Caso 8



Sexo



Idade

89

Contexto

Lar de idosos

Caso 8



Antecedentes

IC por cardiopatia isquêmica

DM2

HTA

Dislipidemia

Demência vascular

Caso 8



- Furosemida
- AAS
- Carvedilol
- Insulina Lantus
- Perindopril
- Sinvastatina
- Ibuprofeno SOS

Caso 8



Há 10 anos

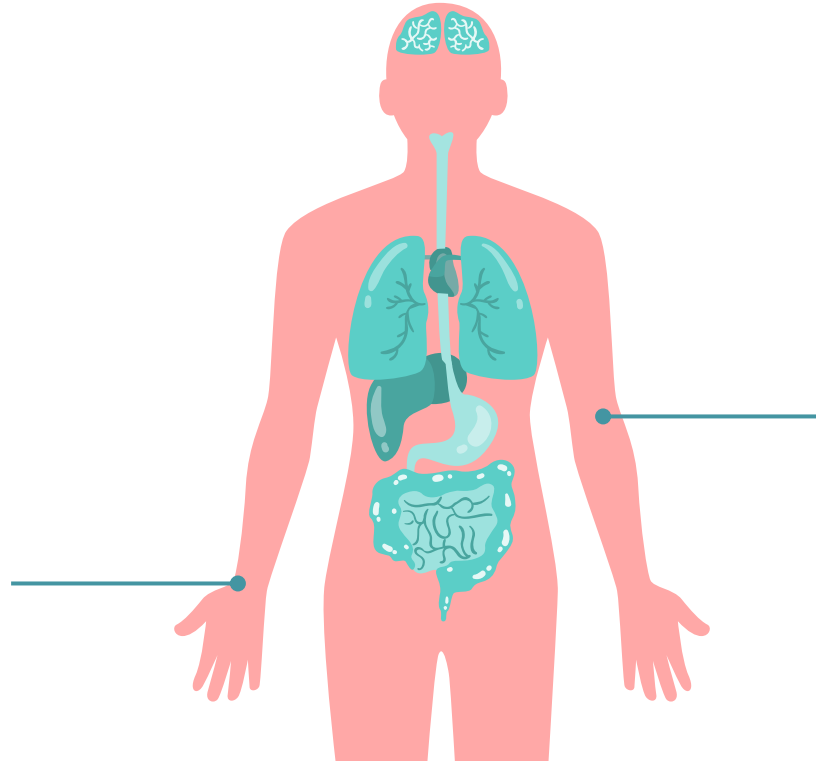
Segundo enfermagem do lar

Sem discurso coerente

Queixas álgicas diárias, várias vezes ao dia

Caso 8

Tumefação e dor à palpação dos punhos e MCFs bilateralmente



Tumefações subcutâneas indolores nos cotovelos

Caso 8

Hemograma

Anemia microcítica
hipocrómica
Trombocitose

Bioquímica

VS 120
PCR 7,5

Imunologia

FR +
Anti-CCP+
Hipergama



Caso 8

Rx de há 6 meses atrás



Caso 8



Qual é o diagnóstico mais provável?

- Osteoartrose
- Gota (com tofos gotosos)
- Artrite reumatoide de início tardio (com nódulos reumatoides)
- Artrite reumatoide de longa evolução (com nódulos reumatoides)

Caso 8

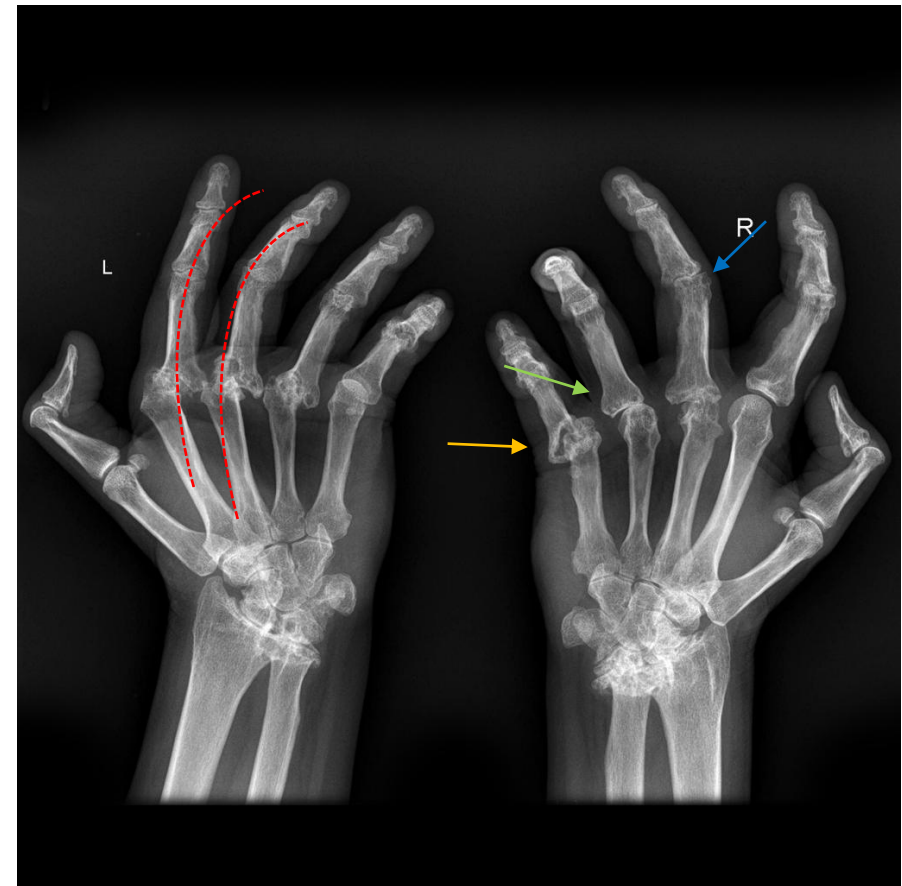
Osteopenia periarticular

Erosões

Diminuição da interlinha articular

Subluxação/deformação articular

Desvio cubital dos dedos



Caso 8

Qual é a causa mais provável da anemia microcítica hipocrômica?

- Síndrome paraneoplásico
- AINE's
- Artrite reumatoide
- Défice de vitamina B12



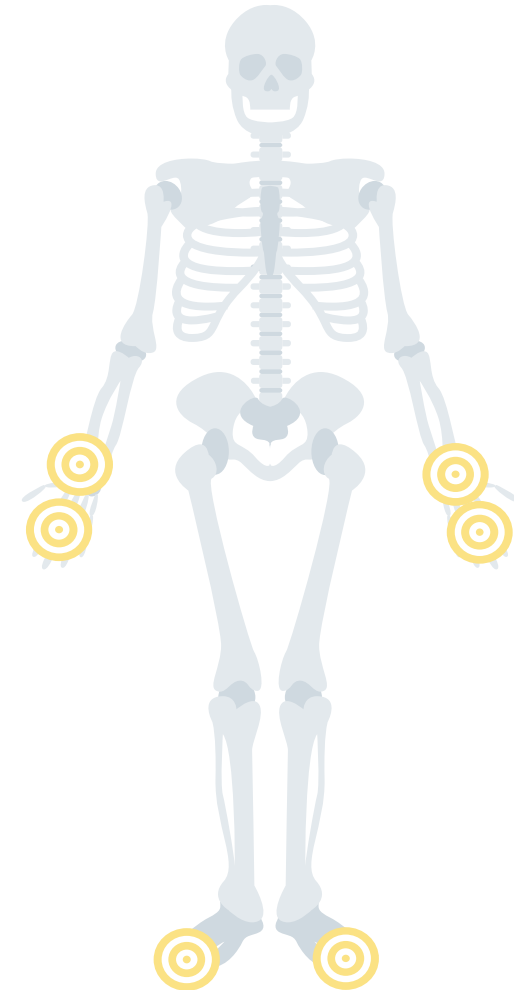
AR de longa evolução

Apresentação clínica

Primeira manifestação antes dos 60 anos

Poliartrite de instalação tipicamente mais lenta afetando predominantemente pequenas articulações (IFP, MCF, MTF)

Nódulos reumatóides e deformações articulares (vários anos de evolução)



AR de longa evolução

Exames complementares de diagnóstico

Rx com várias alterações típicas (desvio cubital dos dedos, dedos em batoeira/ em pescoço de cisne, antepé triangular)

Anti-CCP e FR positivos em ~75% dos doentes

Anemia da doença crónica (normocítica normocrómica) e trombocitose

Doença pulmonar reumatoide, esplenomegalia



Caso clínico 9



Caso 9



Sexo



Idade

66

Contexto

Consulta de saúde
do adulto

Caso 9



Antecedentes

Obesidade

HTA

Dislipidemia

Status pós-meniscectomia à esquerda

Caso 9



- Lisinopril
- Rosuvastatina

Caso 9



Há vários anos

Dor nos joelhos

Nas últimas semanas

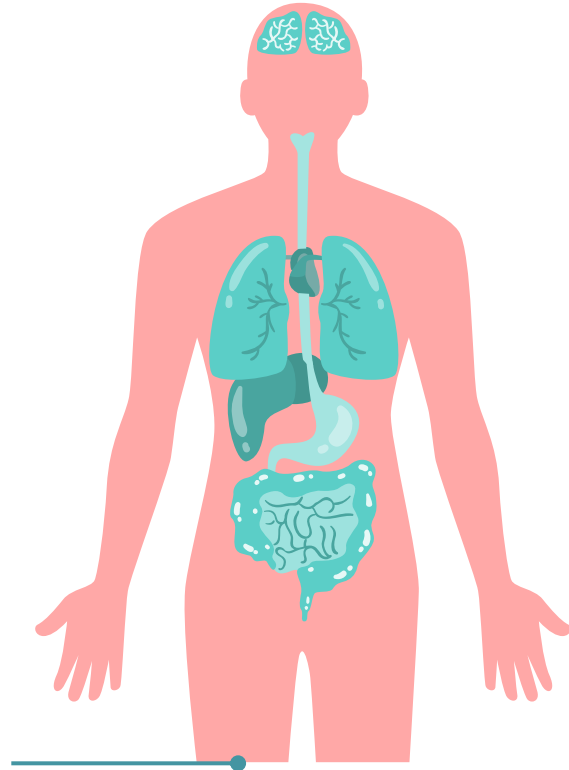
Agravamento franco da gonalgia

Pior ao caminhar, ao descer escadas e a limpar rodapés

“Melhora quando me deito, mas de manhã tenho cinco minutos em que estou mais presa”

Caso 9

Joelhos
tumefactos,
crepitam à
flexão/ extensão



Caso 9

Rx joelhos



Caso 9



Qual é o diagnóstico mais provável?

- Osteoartrose
- Gota
- Artrite reumatoide de início tardio
- Osteoporose

Caso 9

Osteófitos

Esclerose subcondral

Diminuição da interlinha
articular



Fatores de risco para OA

Trauma ou infecção articular prévios (ex.: lesões meniscais, artrites sépticas)

Deformidades do esqueleto (ex.: joelho varo/valgo) e instabilidade articular

Obesidade (articulações de carga)

Doenças inflamatórias (ex.: AR, gota, DDCPC)

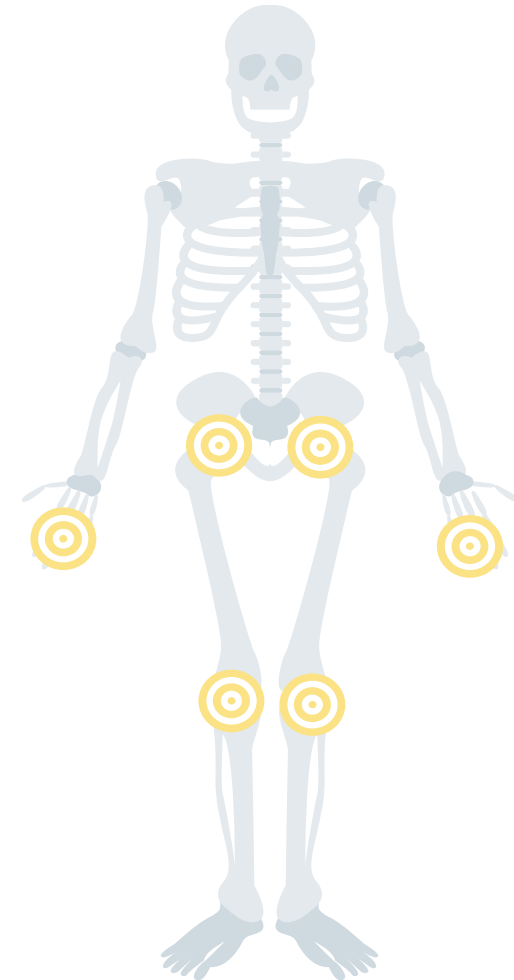


Manifestações clínicas da OA

1. Fase assintomática (cerca de 50% dos doentes)
2. Fase sintomática de instalação gradual (geralmente bilateral mas assimétrico): dor de ritmo mecânico, rigidez matinal < 30 minutos, perda de função
3. Crises inflamatórias cíclicas

Localizações típicas

- Joelho (dor na marcha, ao subir/descer escadas e após longos períodos na posição sentada)
- Anca (dor referida à região inguinal +++, face antero-lateral da coxa ou ao joelho)
- Mão [nódulos de Heberden (IFD), nódulos de Bouchard (IFP), rizartrose]



Caso 9



Como geriria a dor de que a doente se queixa?

- Glucosamina 1500 mg/dia
- Acemetacina 60 mg 8/8h
- Referenciar a Reumatologia
- Enviar ao SU

Tratamento OA

Medidas não medicamentosas

Medidas farmacológicas

Tratamento cirúrgico



Tratamento OA

Medidas não medicamentosas

Perda ponderal (se excesso de peso)

Fisioterapia/ reforço muscular periarticular (aumento de estabilidade da articulação)

Exercício aeróbico/ hidrogenástica

Dispositivos mecânicos (ex.: bengala, ortóteses)



Tratamento OA

Medidas medicamentosas (tratamento da dor)

Paracetamol

AINE's tópicos (eficácia durante cerca de 3 meses)

AINE's sistémicos (em *flares* inflamatórios, curta duração)

Tramadol

Corticoides intra-articulares



Tratamento OA

Medidas medicamentosas (modificação de prognóstico)

Glucosamina 1500 mg/dia (OA nodal e do joelho)

Condroitina 1000 mg/dia (OA nodal)

Viscossuplementação (ex.: ácido hialurônico intra-articular, sobretudo de alto peso molecular)

Controverso!



Tratamento OA

Medidas cirúrgicas

Cirurgias de correção precoce (ex.: displasia da anca, joelho em varo)

Artroplastia (próteses – mantém alguma função)

Artrodese (fixação – para tratamento algico, sem função)



Caso 9



A doente refere que recentemente, quando está a andar, fica “com o joelho preso”, e deixa de conseguir andar temporariamente. Qual é o diagnóstico mais provável?

- Lesão tendinosa
- Lesão meniscal
- Lesão articular
- Lesão óssea

Caso 9

Qual a atitude a tomar?

- Não referenciar a doente a consulta hospitalar
- Referenciar a Medicina Interna
- Referenciar a Reumatologia
- Referenciar a Ortopedia



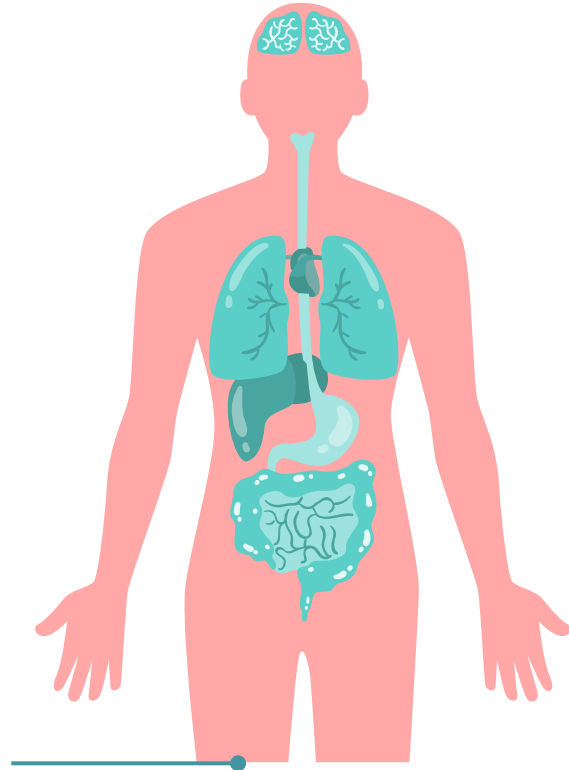
Caso 9



Passada 1 semana

Dor intensa no joelho esquerdo
Febre desde o dia anterior

Caso 9



Joelho mais
tumefacto

Rubor e calor

Choque da rótula

Caso 9



Qual a atitude mais correta?

- Mediar com paracetamol 1000 mg de 8/8h
- Mediar com colchicina 1 mg (dose de carga) seguido de 0,5 mg passada 1h
- Mediar com clindamicina 600 mg de 8/8h
- Referenciar ao SU para realização de artrocentese

Indicações para observação por Reumatologia em SU

- Suspeita de arterite de células gigantes
- Suspeita de artrite séptica (Ortopedia)
- Isquemia digital aguda em doente com história de fenómeno de Raynaud
- Agudização de doença reumática inflamatória conhecida

Caso clínico 10



Caso 10



Sexo



Idade

74

Contexto

Consulta de DM2

Caso 10



Antecedentes

DM2

HTA

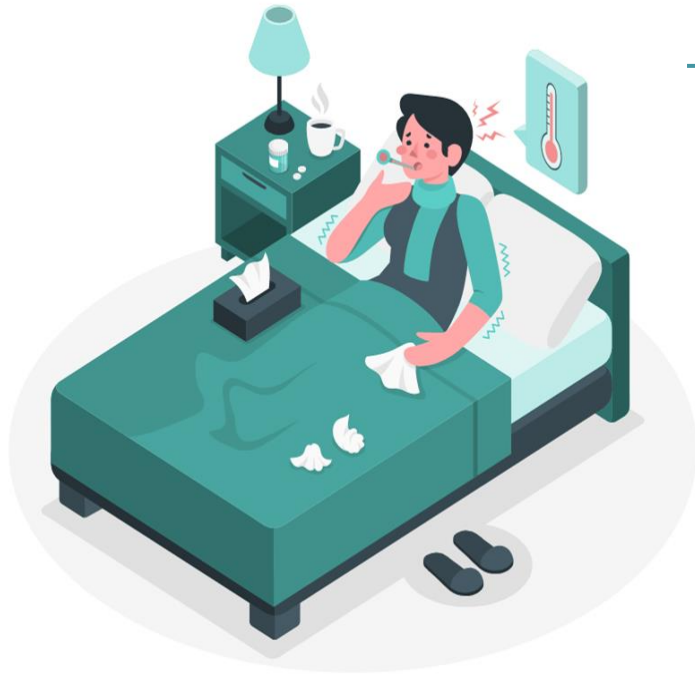
Síndrome depresivo

Caso 10



- Metformina
- Dapaglifozina
- Lisinopril
- Amlodipina
- Sertralina

Caso 10



Internamentos desde a última consulta

- 2 internamentos por derrame pericárdico e pleural
- 1 internamento por derrame pleural e pneumonia adquirida na comunidade

Caso 10

Hemograma

Anemia
hemolítica
Linfopenia

Bioquímica

VS > 90
PCR normal

Imunologia

ANA 1:640,
padrão
homogêneo
Anti-Ro +++

Urina 2

Inocente



Caso 10



“Há pelo menos 2 anos lhe digo que me sinto cansada, com dores, com os olhos e a boca seca, com mais aftas e com uma queda de cabelo fora do normal, e que nunca me dão ouvidos!”

Caso 10

“Tenho sido uma boa doente, tenho perdido peso como me tinham mandado!”



Caso 10



Qual o diagnóstico mais provável?

- Polimialgia reumática
- Lúpus induzido por fármacos
- Lúpus de início tardio
- Osteoartrose
- Artrite reumatoide de início tardio
- Fibromialgia de início tardio

LES de início tardio – desafio diagnóstico

Raro

Menor predominância do sexo feminino

Menor número de critérios clínicos e serológicos que no jovem

- Menor frequência de manifestações dermatológicas, renais e neurológicas
- Menor frequência de ANA, anti-Sm, anti-dsDNA, hipocomplementemia
- Maior frequência de anti-Ro, anti-La e FR



LES de início tardio – desafio diagnóstico

Menor frequência e gravidade de *flares*

Início tipicamente insidioso com sintomas inespecíficos (mialgias, artralgias, sensação de fraqueza, fadiga, perda de peso, febre)

A serosite, a doença intersticial pulmonar e a síndrome sicca são mais frequentes

Maior número de comorbilidades e fármacos (confundidores)



Lúpus induzido por fármacos

Sintomatologia: poliartrite, rash

Imagiologia: pleuropericardite, infiltrados pulmonares

Imunologicamente: anticorpos anti-histonas

Fármacos mais frequentemente envolvidos: procainamida, hidralazina, isoniazida, anticonvulsivantes, penicilamina, interferão-alfa, anti-TNF's

Tratamento: suspensão do fármaco (\pm corticoterapia em baixa dose)



LES – pérolas clínicas

PCR elevada no LES

Poliartrite

Serosite

Infeção

LES – pérolas clínicas

FR elevada no LES

Idoso (aumento da prevalência com a idade)

Síndrome de Sjögren secundário

Rhupus

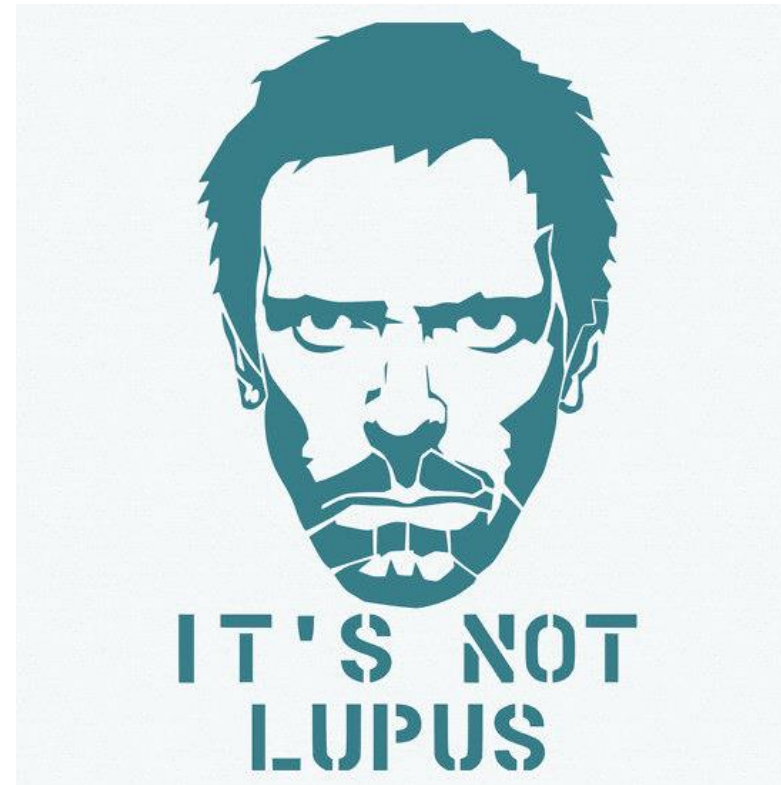


LES – pérolas clínicas

FR elevada no LES

It's not lupus!

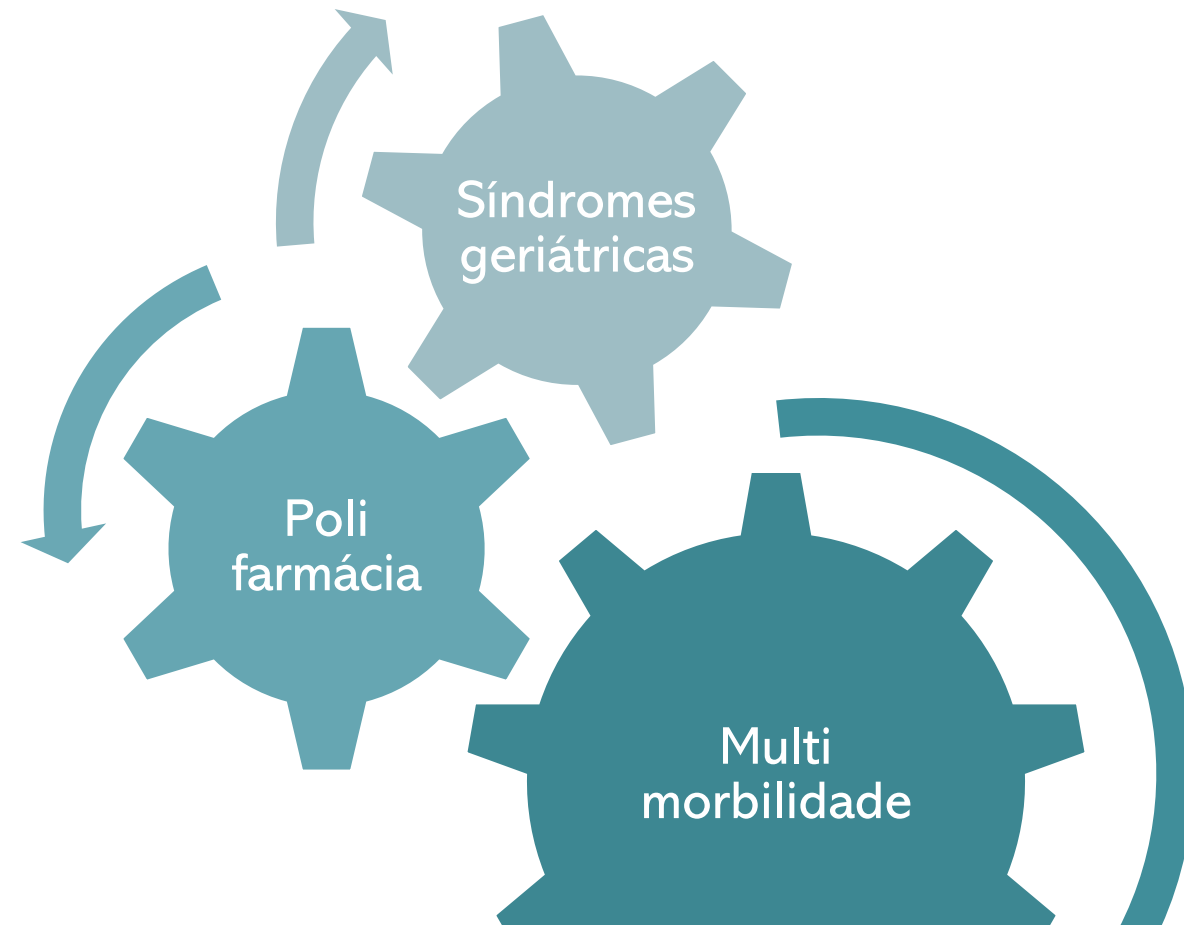
- AR
- Crioglobulinémias
- Miosites
- Esclerose sistémica



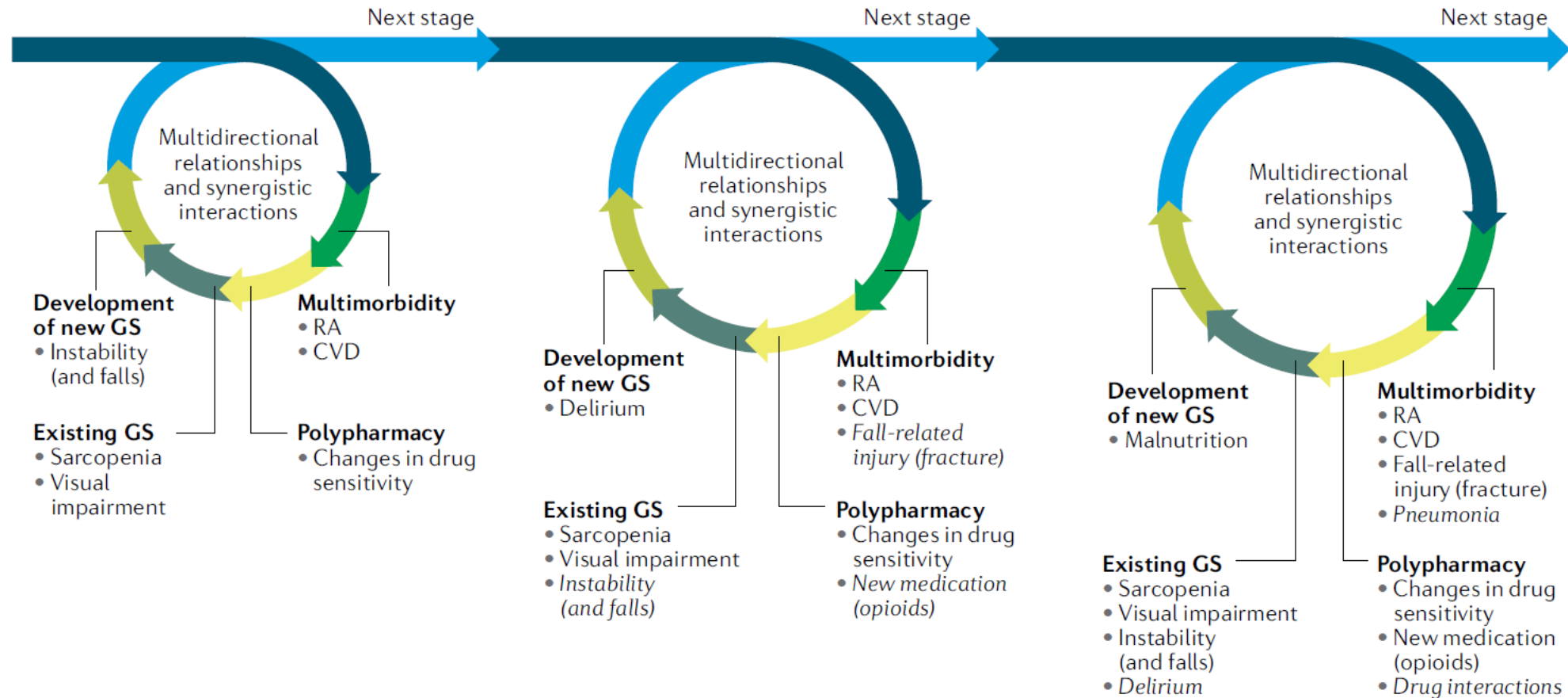
Considerações gerais



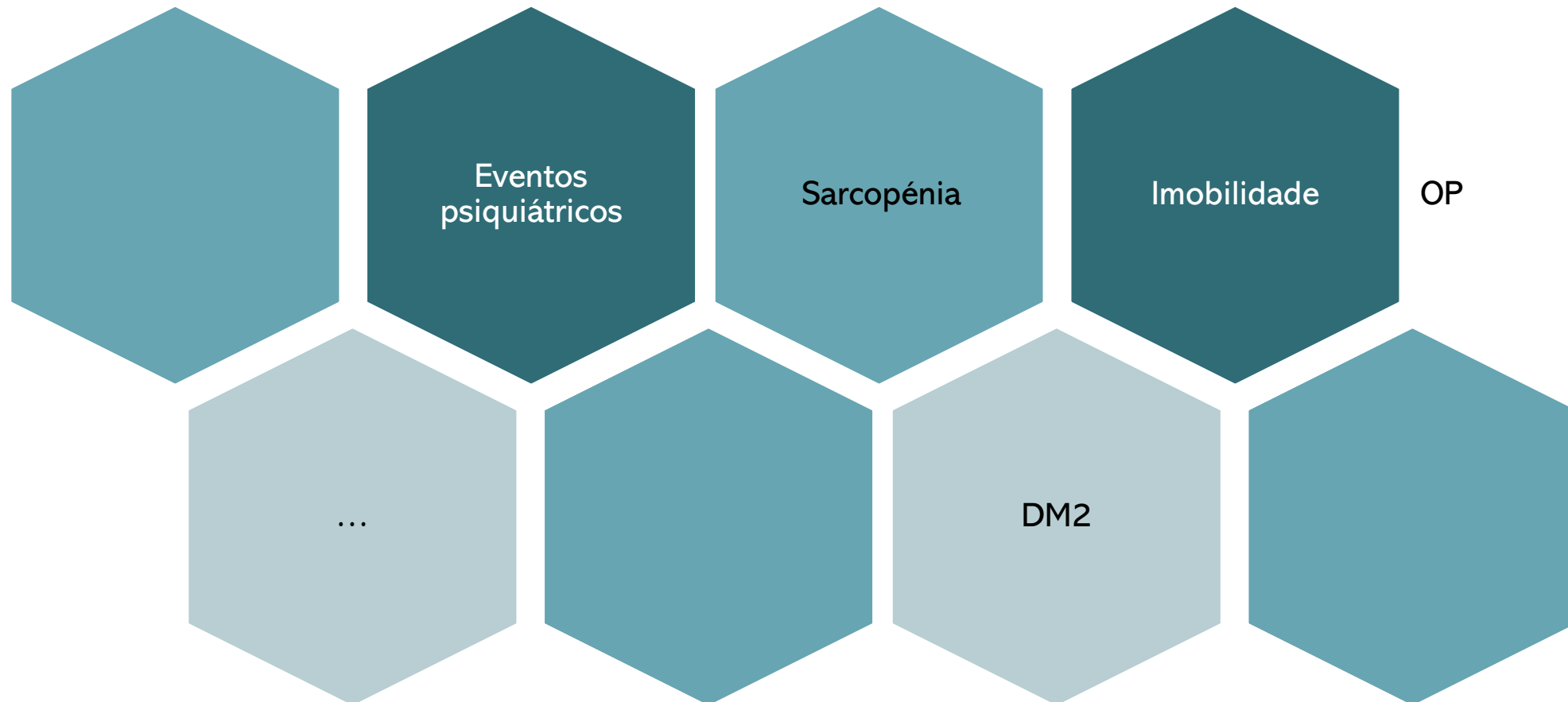
Desafios da Reumatologia geriátrica



A espiral negativa – o exemplo da AR



A espiral negativa – o exemplo da AR



O ajuste de prioridades



Disease-oriented approach

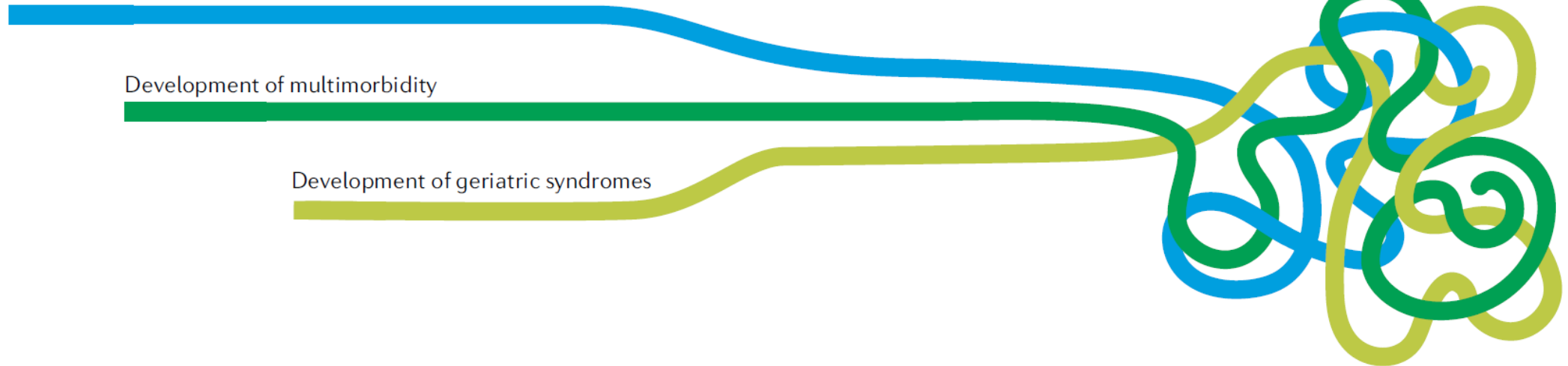


Involvement of other specialists



Care coordination

Index disease: rheumatoid arthritis



Development of multimorbidity

Development of geriatric syndromes



O ajuste de prioridades

Controlo
atividade da
doença

Maximização
autonomia

Minimização
sintomas

Mensagens chave

- ✍ A **dor** é o sintoma mais comum das doenças reumáticas, mas a **fadiga**, **imobilidade** e **perda de autonomia** também são muito comuns
- ✍ O doente deve expressar os seus **objetivos e prioridades** e ser envolvido na decisão terapêutica



Mensagens chave

- ✍ Questionar os doentes sobre a afeção de **atividades da vida diária** ajuda no diagnóstico, na priorização das intervenções terapêuticas e na melhoria relação médico-doente

Mensagens chave

- ✍ Decisões terapêuticas devem ter em consideração a **multimorbilidade** e a **polimedicação**, devendo o plano terapêutico ser pensado como um todo
- ✍ Se doença reumática inflamatória ou dúvida diagnóstica, **referenciar para Reumatologia**



Avaliação final



Qual das seguintes NÃO faz parte do diagnóstico diferencial de uma omalgia bilateral de ritmo inflamatório no idoso?

- Polimialgia reumática
- Artrite reumatoide do idoso
- Lúpus eritematoso sistêmico do idoso
- Arterite de células gigantes



Obrigado!

Eduardo Dourado

Assistente hospitalar de Reumatologia, ULS RA
Centro de Investigação em Reumatologia de Aveiro, EMHA
Assistente livre de Reumatologia, FMUL
Abril 2024

 **tecnimede**



cantabria labs
DIETICARE NM

Bial