

**Mário Viana de Queiroz**

# **DOENÇAS REUMATICAS**

**A dieta  
A osteoartrose  
As férias**

## **A cirurgia**

- Professor de Reumatologia da Faculdade de Medicina de Lisboa
- Chefe de Serviço de Reumatologia do Hospital de S. Maria - Lisboa
- Responsável pelo Departamento de Reumatologia do Programa CINDI
- Presidente do Comité Ibero-Americano de Reumatologia
- Presidente da Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas

## ÍNDICE

A dieta.....	5
A osteoartrose .....	15
As férias .....	29
A cirurgia .....	35

A DIETA

Na prática clínica reumatológica, **a dieta é fundamental para o tratamento dos doentes obesos**, seja qual for a sua doença reumática, **e importante para o tratamento da gota única, da osteoporose, da artrite reumatóide** e de outras doenças inflamatórias crónicas.

Há todavia a ideia generalizada entre o grande público que a dieta é uma medida básica e, por vezes, só por si suficiente para o tratamento de todas as doenças reumáticas, o que é um erro. Na verdade, raro é o doente, sofrendo de artrite crónica, que não fez já uma ou mais dietas sugeridas por familiares, amigos, vizinhos, artigos dos jornais, locutores da rádio, comentadores da televisão, etc, etc. Esta falta de esclarecimento que leva os doentes frequentemente a gastar muito dinheiro em alimentos inúteis, pode ser dramática e até conduzir à morte. Têm estado internados, no hospital onde trabalhamos, doentes com doenças reumáticas graves, em risco de vida, por haverem abandonado os medicamentos que lhes vinham sendo prescritos pelos seus médicos e iniciado um falso tratamento à base de dietas, as mais variadas.

**Outro erro comum entre os doentes reumáticos é pensarem que todas as doenças reumáticas são provocadas por um excesso de ácido úrico no sangue**, o que os leva a privarem-se de numerosos alimentos, sem qualquer benefício.

A única doença provocada por uma predisposição herdada para a produção aumentada de ácido úrico é a **gota**.

## **1. Conselhos para doentes com Gota**

A gota única beneficia, efectivamente, com um dieta pobre em purinas, isto é, em proteínas precursoras do ácido úrico. Os alimentos ricos em purinas, que enumeraremos adiante, podem desencadear um crise aguda de gota como acontece, por exemplo, aquando de uma refeição abundante e/ou rica em carne, em especial de porco, ou de um abuso de álcool. No decurso de uma crise aguda de gota o doente deve fazer refeições ligeiras, preferencialmente à custa de vegetais, frutos e leite. O álcool está formalmente proibido devendo, ao contrário, beber-se grande quantidade de água de modo a eliminarem-se 2 litros por dia de urina e, assim, excretar-se grande quantidade de ácido úrico. Entre as crises devem evitar-se os alimentos ricos em purinas como a carne de porco, a «charcuterie» e o álcool, nomeadamente a cerveja e as bebidas com grande teor alcoólico como a aguardente, o whisky, o gin, o vinho do Porto e da Madeira, o champanhe, os licores, etc. Pode permitir-se a ingestão de um copo de vinho a cada refeição. Outros alimentos muito ricos em purinas como a carne de caça, os mariscos, as vísceras de animais (rins, fígado, coração), os miolos e as conservas (sardinhas, anchovas, etc.) devem ser evitados. A carne magra, as gorduras, o café, o chá e o chocolate deverão ser consumidos com moderação. No regime dietético destes doentes deve incluir-se a ingestão de 2 a 3 litros diários de água com poucos sais minerais, como por exemplo a água do Luso, ou se não houver contra-indicação médica, uma água ligeiramente alcalina, como a água de Vidago. A água, como já dissemos, contribui para diluir e eliminar o ácido úrico. A água alcalina transforma a urina ácida em urina alcalina, o que é muito importante visto o ácido úrico poder precipitar-se na urina ácida e formar cálculos renais, isto é, pedras nos rins. Os doentes gotosos têm quase sempre peso a mais, contribuindo a obesidade para o aumento do ácido úrico no sangue. Nenhum doente gotoso está bem tratado se estiver obeso.

## **2. Conselhos para doentes obesos**

A obesidade não é só prejudicial para os gotosos, é-o também, e muito, para os doentes com artroses, sobretudo com artroses da coluna, ou seja, espondilartroses, vulgarmente conhecidas por espondiloses, e com artroses de outras articulações que suportam o peso do corpo, como as das ancas, as dos joelhos e as dos pés.

Emagrecer, sobretudo quando se é idoso e se faz pouco exercício físico, não é fácil, sendo muitas vezes necessário recorrer à ajuda de um médico especialista. A maioria dos indivíduos, porém, engorda porque não sabe comer. Segundo o Prof. Pedro Eurico Lisboa, uma autoridade nesta matéria, os principais erros alimentares do obeso, são:

- 1.º - comer muito depressa;
- 2.º - mastigar mal, ou mesmo não mastigar os alimentos;
- 3.º - comer muitas vezes sozinho, à pressa, frequentemente de pé;
- 4.º - comer até ficar saciado, não parando com o estômago só parcialmente cheio;
- 5.º - ingerir em excesso alimentos que engordam como o pão, os farináceos, as gorduras e o álcool e não comer outros que evitam a obesidade como, por exemplo, a sopa;
- 6.º - comer poucas vezes por dia. Alguns obesos só almoçam e jantam, ficando toda a manhã sem comer, e outros substituem o jantar por um alimento leve, comendo só ao almoço. **Esses** doentes que comem uma só vez por dia estão esfomeados, têm um apetite devorador, ingerindo numa só refeição mais do que normalmente se come nas três ou quatro refeições habituais.

Ainda segundo o Prof. Pedro Eurico Lisboa, os principais conselhos que se podem dar a um obeso, e que nós pontualmente adaptamos aos doentes reumáticos, são:

- 1.º - comer muito devagar;
- 2.º - mastigar muito bem os alimentos;
- 3.º - comer com ritual próprio, à mesa, com talheres, pratos e Travessa;
- 4.º - parar de comer com o estômago meio vazio;
- 5.º - usar as gorduras na quantidade mínima para cozinhar e temperar como, por exemplo, algumas gotas de azeite no peixe cozido e na hortalíça, e um pouco de manteiga nas torradas. Comer de todas as maneiras, isto é, não ingerir só grelhados e cozidos mas, também, alimentar-se com assados e fritos, tendo o cuidado de lhes retirar a gordura;
- 6.º - não beber vinho nem outras bebidas alcoólicas. O álcool, para além de ser um alimento muito rico em calorías, e que só por si engorda, tem, ainda, o inconveniente de abrir o apetite. Deve beber-se água, mas não exageradamente, às refeições, a fim de se não distender o estômago e aumentar o apetite;
- 7.º - comer uma «sopa pesada» e não um «caldinho», mas ter o cuidado de não ingerir os alimentos que ficam depositados no prato como, por exemplo, o arroz e a massa. A sopa enche o estômago, sacia, impedindo, assim, o uso exagerado de outros alimentos que vão engordar;
- 8.º - evitar comer os farináceos (arroz, batatas, massa, etc), com excepção dos que forem necessários para confeccionar a sopa. A carne e o peixe devem acompanhar-se com hortalíças e não com hidratos de carbono (farináceos);
- 9.º - não comer pão nem ao almoço nem ao jantar, e fora destas refeições comê-lo o menos possível, e torrado para dificultar a mastigação. O pão integral engorda mais do que o pão normal;
- 10.º - não comer açúcar, mesmo que este seja só para adoçar o café e outras bebidas amargas (se o médico permitir pode usar-se a sacarina). Não comer, também, doces e bolos que têm enormes quantidades de açúcar;
- 11.º - comer no mínimo seis refeições por dia: pequeno almoço, meio da manhã, almoço, lanche, jantar e antes de deitar. A meio da manhã, pode comer-se uma peça de fruta ou um iogurte e ao deitar um copo de leite. Ao pequeno almoço e ao lanche pode ingerir-se um copo de leite com café e meio papo-seco torrado com um pouco de manteiga ou queijo magro. Se o tipo de vida o permitir devem desdobrar-se o almoço e o jantar em três refeições, comendo a sopa e a sobremesa 30 a 60 minutos antes e depois, respectivamente, da refeição propriamente dita. Sempre que não fôr possível tomar uma das refeições referidas, deve comer-se uma bolacha maria ou torrada;

- 12.º - devem fazer parte da dieta de emagrecimento, salvo indicação médica em contrário, 140 a 200 gramas de proteínas por dia, preferencialmente 100g de carne a uma das refeições principais e 100g de peixe na outra; 1 litro de leite magro diário; 2 a 4 peças de fruta por dia; 1 a 2 ovos por semana, e vegetais à discrição;
- 13.º - variar o mais possível os alimentos;
- 14.º - fazer exercício tanto quanto possível, e não estar deitado mais do que oito horas por noite;
- 15.º - pesagem diária, sempre à mesma hora, por exemplo ao deitar, e sempre com a mesma roupa;
- 16.º - evitar os medicamentos para emagrecer, e tomá-los só com orientação médica;
- 17.º - registar as pesagens, o número de refeições diárias, ou qualquer ocorrência que possa ser útil ao médico assistente.

### **3. *Conselhos aos doentes com osteoporose***

A dieta dos doentes com **osteoporose** deve conter, pelo menos a partir dos anos da menopausa na mulher, e dos 50 anos de idade no homem, 1 a 1,5 gramas de cálcio por dia, recomendando-se, para atingir esse objectivo, a bebida de 1 litro de leite magro por dia, a ingestão de queijo magro e 1 ou 2 iogurtes diários. Porque aumentam a eliminação urinária do cálcio devem evitar-se as bebidas alcoólicas, o café e a alimentação com excesso de proteínas. Afim de se prevenir esta doença deve encorajar-se a ingestão de leite pelos jovens, sobretudo os do sexo feminino.

### **4. *Conselhos aos doentes com artrite reumatóide***

Os doentes com **artrite reumatóide** estão frequentemente emagrecidos e carenciados em ácido fólico, ferro, zinco e outros sais minerais, bem como em vitamina B6 e vitamina C. A dieta destes doentes deve ser rica e variada, com uma quantidade suficiente de proteínas, sais minerais e vitaminas, o que na prática se traduz por 140-200 gramas de carne ou peixe por dia e abundante ingestão de vegetais e de frutos. Os doentes com artrite reumatóide a tomar corticoesteróides devem evitar o uso de sal, ingerir alimentos ricos em potássio (verduras, laranjas, bananas), não ingerir demasiados hidratos de carbono e comer alimentos ricos em cálcio (leite, queijo, iogurtes).

## A OSTEOARTROSE

A palavra osteoartrose significa degenerescência da articulação.

A osteoartrose é uma doença que atinge, fundamentalmente, a cartilagem articular, que é um tecido conjuntivo elástico que se encontra nas extremidades dos ossos que se articulam entre si. Quer dizer, é entre a cartilagem da extremidade de um osso e a cartilagem da extremidade do outro osso que se faz a articulação.

A cartilagem articular é nutrida pelo líquido articular ou líquido sinovial, assim designado por ser produzido pela sinovial, uma membrana rica em vasos que forra o interior das articulações. Este líquido articular, que não é um óleo, mas é muito viscoso, contribui para lubrificara articulação, facilitando os seus movimentos, e permitindo que nas articulações saudáveis as cartilagens deslizem umas sobre as outras sem atrito, isto é, sem desgaste.

**A cartilagem articular é constituída por células chamadas condrocitos, água, e por substâncias proteicas produzidas por estas células e chamadas, respectivamente, proteoglicanos e fibras de colagénio.**

Na osteoartrose os condrocitos vão morrendo e produzem menor quantidade de proteoglicanos e de colagénio. Em consequência disto a cartilagem articular ulcera, e o osso que está por debaixo da cartilagem, chamado osso sub-condral, reage, espessando-se e dando origem a excrescências ósseas chamadas osteófitos. Os osteófitos são conhecidos entre o grande público pelo nome de «bicos de papagaio», porque alguns deles, ao Rx, dão imagens que lembram precisamente o bico de um papagaio.

Nas figuras 1 e 2 estão exemplificadas uma articulação normal e uma articulação osteoartrósica.

A artrose não é sinónimo de envelhecimento articular (há velhos sem artroses e adultos jovens com esta doença), embora seja mais frequente nos indivíduos idosos que, naturalmente, tiveram mais anos para irem desgastando as articulações.

A artrose é a doença mais frequente da raça humana, e continuará a aumentar dada a sua associação ao envelhecimento. Em Portugal existem ao redor de meio milhão de doentes artrósicos com dores, embora, de facto, este número seja ao redor de 1 milhão, visto muitos doentes terem osteoartrose e não apresentarem quaisquer queixas.

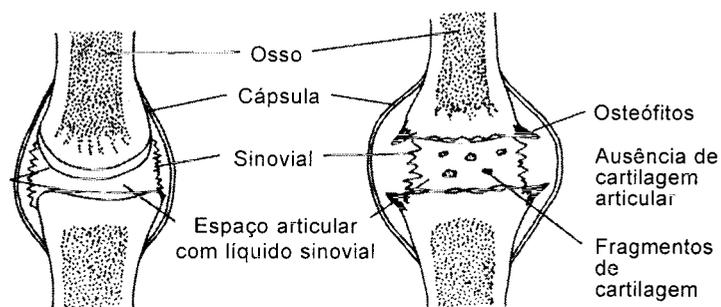


Fig. 1

Fig. 2

Não há correlação entre o grau da lesão articular e a intensidade das dores. Muitos doentes têm artroses avançadas e poucas dores, ao passo que outros muito queixosos têm artroses pouco evoluídas.

Acima dos 60 anos de idade, 90% dos indivíduos têm artrose.

**A doença afecta os dois sexos igualmente**, embora depois dos 50 anos haja um ligeiro predomínio do sexo feminino.

É uma doença que surge em todos os climas e em todas as raças. O clima não é causa de artrose, embora o frio e a humidade agravem as queixas destes doentes, e o clima quente alivie as dores.

**As articulações mais frequentemente envolvidas** na população portuguesa são a coluna vertebral, em particular os segmentos cervical e lombar, os joelhos, as articulações das mãos e a da base do dedo grande do pé. Contrariamente, as articulações dos punhos e os tornozelos são raramente atingidas.

Algumas profissões podem originar artroses mais frequentemente em determinadas articulações. Assim, por exemplo, os futebolistas têm mais artroses dos joelhos (gonartroses), as bailarinas mais artroses das tíbio-társicas (tornozelos), os operários da construção civil que manejam martelos pneumáticos mais artroses dos cotovelos, e os estivadores mais artroses da coluna (espondilartroses).

**As artroses podem ser primárias e secundárias**, sendo esta divisão muito importante, com vista ao tratamento.

As artroses primárias ou primitivas não têm uma causa conhecida, ao contrário das secundárias que podem ser devidas a traumatismos, em particular microtraumatismos repetidos, a incongruência das superfícies articulares, a fracturas antigas, a doenças infecciosas, inflamatórias e metabólicas que tenham atingido a cartilagem previamente.

A artrose primária é mais frequente na mulher, afecta mais vezes as pequenas articulações e é mais frequente em determinadas famílias do que noutras.

As artroses secundárias tendem a envolver as grandes articulações.

**A causa da osteoartrose primária é desconhecida.** O desgaste é importante, mas não é suficiente para a explicar. Provavelmente, a osteoartrose será devida a várias causas: factores mecânicos, hereditários (há famílias mais propensas a contrair esta doença), hormonais, metabólicos, etc.

**Os principais sintomas da osteoartrose** são a dor, a rigidez, a limitação dos movimentos e, em fases mais avançadas, as deformações. A dor tem um ritmo, isto é, um modo de ser ao longo do dia, que se convencionou chamar mecânico.

O ritmo mecânico é caracterizado pelo facto das dores se agravarem ao longo do dia, com os movimentos e com os esforços, e melhorarem quando o doente repousa, em particular quando se deita. Regra geral, os doentes com osteoartrose não têm dores durante a noite e dormem bem, embora em alguns casos muito avançados de artroses das ancas e dos joelhos as dores possam, também, surgir durante a noite.

As dores nem sempre estão localizadas ao nível da articulação doente. Na artrose da anca (coxartrose), as dores que se localizam a maior parte das vezes ao nível da virilha e irradiam pela face anterior da coxa até ao joelho, podem surgir exclusivamente ao nível desta última articulação, isto é, o doente tem dores no joelho, e afinal, a sua artrose localiza-se na anca. A

esta dor chama-se dor «referida». As dores são muitas vezes «irradiadas», como acontece, por exemplo, com as dores na coluna lombar (lombalgias) e na coluna cervical (cervicalgias). Efectivamente, nas lombalgias as dores irradiam não raramente para os membros inferiores e, nas cervicalgias podem irradiar para a cabeça, o tórax e os membros superiores.

A rigidez surge, sobretudo, ao iniciar os movimentos como, por exemplo, no doente que está sentado e se levanta, e surge, também, de manhã ao acordar. A rigidez da osteoartrose é de curta duração, não ultrapassando os 30 minutos.

A limitação de movimentos pode surgir precocemente, ao contrário do que acontece com as deformações que, em regra, são tardias.

A limitação de movimentos pode gerar grande incapacidade. Assim, por exemplo, os doentes com osteoartrose nos membros superiores, em particular ao nível dos ombros, podem ter grande dificuldade em se vestirem e em se alimentarem. Por outro lado, as artroses dos membros inferiores podem dificultar a marcha e tornar difíceis ou mesmo impossíveis certas tarefas como, por exemplo, calçar os sapatos. As deformações articulares têm, por vezes, a forma de nódulos de consistência óssea, como acontece ao nível das mãos, mais concretamente nas articulações dos dedos. Os nódulos das artroses dos dedos das mãos são chamadas nódulos de Heberden quando afectam as articulações interfalângicas distais (falangetas), e nódulos de Bouchard quando envolvem as articulações interfalângicas proximais (falanginhas).

Ao contrário do que acontece com as doenças reumáticas inflamatórias, as artroses são doenças localizadas apenas nas articulações, não atingem os órgãos internos e não são acompanhadas de sintomas e/ou manifestações chamadas «gerais», como, por exemplo, febre, falta de apetite, cansaço fácil e emagrecimento.

Também ao contrário do que acontece nas doenças reumáticas inflamatórias, e pela mesma razão, as artroses não originam alterações nas análises do sangue e da urina.

Pelo contrário, as radiografias nos doentes com osteoartrose são muito típicas, apresentando diminuição do espaço articular, isto é, do espaço que se situa entre os dois ossos que se articulam, esclerose do osso subcondral, isto é, reforço do osso situado por debaixo da cartilagem articular, e osteofitos, isto é, «bicos de papagaio».

**Os objectivos do tratamento da osteoartrose** são aliviar e, se possível, suprimir as dores, melhorar a capacidade funcional, isto é, aumentar a mobilidade das articulações atingidas e evitar a atrofia dos músculos relacionados com as referidas articulações e, finalmente, impedir o agravamento das lesões já existentes. Alguns médicos sustentam que é mesmo possível melhorar as lesões artrósicas já estabelecidas quando estas se encontram ainda numa fase inicial, teoria que é cada vez mais aceite e é de grande importância para os doentes.

**A osteoartrose não se trata apenas com medicamentos e fisioterapia.**

O empenhamento do doente é indispensável, e sem ele o plano terapêutico não tem êxito.

Constituem medidas básicas do tratamento a educação do doente, o repouso relativo e o plano de exercícios.

Numa doença crónica por excelência, como é a osteoartrose, doente não educado medicamente, é doente que não vai, seguramente, seguir ao longo de toda uma vida a estratégia terapêutica planificada pelo seu médico.

A osteoartrose não tem, hoje em dia, cura, e o doente deve sabê-lo, mas tem tratamento, que pode permitir ao indivíduo afectado por esta doença levar uma vida completamente normal na imensa maioria dos casos.

O médico deve enfatizar o carácter benigno da doença e o seu bom prognóstico na grande maioria dos casos. Esta desdramatização é muito importante, visto em muitos casos o principal problema do doente ser o medo de poder vir a ficar completamente incapacitado.

**Da educação do doente devem fazer parte o ensino das regras gerais de protecção do aparelho locomotor,** e a correcção das posturas incorrectas. Na verdade, as posturas incorrectas despertam e/ou agravam as dores, e levam a apoios exagerados em áreas da cartilagem articular que, por isso, se vai desgastar mais nesses locais. Assim, por exemplo, numa artrose da anca a postura é alterada e pode causar artrose em outras articulações (coluna e joelhos). Outro exemplo bem conhecido é o das artroses devidas às posturas erradas originadas pelo pé plano (chato), que se corrige facilmente com uma palmilha apropriada e pode, assim, prevenir o aparecimento de artroses nos joelhos, por exemplo.

O doente deve aprender a:

- dormir em cama dura, preferencialmente em decúbito dorsal, isto é, de «barriga para o ar», posição que propicia um repouso completo da coluna vertebral. Não deve dormir com almofada, embora em certas circunstâncias seja útil a colocação de uma almofada dura e enrolada por detrás da coluna cervical. Os doentes com artrose da anca (coxartrose) devem, se possível, dormir em decúbito ventral (barriga para baixo), a fim de combater a tendência desta articulação para se flectir;
- não permanecer durante muito tempo na mesma posição, sobretudo nas posições de pé ou de sentado. As longas estadias nestas posições constituem uma sobrecarga para a coluna, em particular para a coluna lombar, as ancas e os joelhos. Quando os doentes têm de permanecer muito tempo em pé, é conveniente não colocarem os dois pés ao mesmo nível. A colocação de um pé à frente do outro, alargando a base de sustentação do corpo, diminui a sobrecarga sobre as articulações da coluna e dos membros inferiores.

Os indivíduos com osteoartrose não se devem sentar em sofás nem em poltronas que lhes deformem a coluna vertebral. Devem sentar-se em cadeiras duras, com as costas bem apoiadas nas costas das cadeiras e os pés bem assentes no solo. As cadeiras não devem ser demasiado altas.

Os doentes com artrose dos joelhos (gonartrose) não devem estar muito tempo sentados sem estender estas articulações:

- o pescoço deve andar em hiperextensão e nunca flectido. Esta postura é particularmente importante para os doentes com cervicartrose (artrose da coluna cervical). A fim de evitarem a flexão do pescoço, os doentes não devem ler na cama e devem ter o aparelho de televisão a uma altura conveniente, que os obrigue a olhar em frente ou mesmo para cima e nunca para baixo;
- evitar pegar em objectos pesados, o que constitui uma grande sobrecarga para as articulações da coluna vertebral. As donas de casa, sempre que possível, devem utilizar os carros-cestas para o transporte das suas compras, e se têm automóvel devem procurar fazer as suas compras de uma só vez para toda a semana, transportá-las no carro, e solicitar a ajuda do marido e/ou dos filhos

para as levarem para casa. Quando tiverem mesmo de agarrar em objectos pesados, devem procurar distribuí-los pelos dois membros superiores;

- evitar as flexões da coluna vertebral. O doente, quando tiver de apanhar um objecto do solo, não deve flectir a coluna mas, sim, dobrar os joelhos.

As arquivistas, por exemplo, devem também evitar flectir a coluna vertebral e dobrar antes os joelhos, no desempenho da sua actividade profissional.

As donas de casa devem diligenciar para que os seus objectos de trabalho (fogão, lava-louças, mesa de trabalho, etc.) tenham uma altura que não as leve a ter de flectir a coluna para efectuarem as suas tarefas domésticas. Em relação a estas tarefas, o aparecimento das máquinas de lavar roupa e louça constituíram uma grande ajuda para as doentes reumáticas.

Há, todavia, ainda, dois trabalhos domésticos muito prejudiciais que são, respectivamente, o passar a ferro e o aspirar o pó. Em relação ao primeiro, as doentes devem passar a ferro com as costas apoiadas numa parede e com um dos pés apoiado sobre um banco pequeno. Alternativamente, estas doentes podem tentar adaptar-se a passar a ferro sentadas, utilizando para isso tábuas de altura regulável. De qualquer modo, o médico deve insistir com as doentes para não passarem num dia a roupa para toda a semana, mas fazê-lo diariamente, e durante o menor tempo possível;

- o vestuário deve ser simples e prático, evitando as roupas apertadas, os fechos atrás das costas e os botões de pequenas dimensões. Os sapatos devem ter contrafortes resistentes e os saltos não devem ser altos. Os saltos altos aumentam a lordose lombar, originando dores ao nível deste segmento da coluna.

Os doentes com artrose da anca e/ou dos joelhos pensam muitas vezes que, para impedir o agravamento da sua doença, devem caminhar muito. Esta convicção está profundamente errada. Estes doentes devem poupar ao máximo as suas articulações doentes, caminhando o menos possível. No caso particular da artrose dos joelhos é particularmente prejudicial subir e, sobretudo, descer escadas e terrenos inclinados, bem como ajoelharem-se. Nas situações em que estas artroses são avançadas e muito incapacitantes, e os doentes não querem ou não podem ser operados, o uso de uma ou de duas canadianas é muito útil.

A canadiana deve ser utilizada do lado oposto ao da articulação doente, a fim de o doente deslocar o máximo de carga para a articulação sã ou menos doente e para a canadiana;

- evitar tanto quanto possível os transportes trepidantes, como o autocarro e a maioria dos automóveis. Sempre que possível, andar de comboio, de eléctrico, e, em Lisboa, de metropolitano, mas não nas horas de ponta. Aliás, os doentes reumáticos com acentuadas limitações motoras deveriam, a exemplo do que já se verifica em alguns países, terem um horário de trabalho diversificado da maioria das pessoas, exactamente com o objectivo de evitar as horas de maior saturação nos transportes públicos. Os autocarros colocados à disposição das pessoas com deficiência devem ser aumentados em número.

Os doentes que tiverem de utilizar o automóvel devem conduzir na posição de maior comodidade, bem sentados nos bancos das viaturas e evitando a flexão da cabeça e do tronco sobre o volante. Quando tiverem de efectuar viagens longas de automóvel devem fazer curtos períodos de repouso ao longo do trajecto, saindo do veículo;

- Os estudantes e outros trabalhadores que passam longas horas a uma secretária devem evitar posturas incorrectas. São muito importantes a altura das cadeiras e das secretárias, a fim de evitar que os doentes passem horas demasiado flectidos sobre as suas secretárias de trabalho.

Os conselhos sobre regras gerais de protecção do aparelho locomotor poderiam multiplicar-se, mas a enumeração dos já referidos é suficiente para que o doente aprenda o que está errado e, eventualmente, adapte os princípios descritos a qualquer tarefa mais específica que tenha de executar. No folheto "Dores nas costas" os doentes encontrarão algumas figuras sobre o que escrevemos.

Os **defeitos posturais** são muito frequentes nos doentes com osteoartrose.

Alguns deles corrigem-se facilmente como acontece com as alterações da estática dos pés que, na maioria dos casos, se compensam com a prescrição de palmilhas apropriadas. A correcção das alterações da estática da coluna como a acentuação das curvaturas fisiológicas (cifose dorsal e lordose lombar) para além de posturas correctas implica, quase sempre, a necessidade de ginástica correctiva do ráquis.

O **repouso** é outro ponto básico no tratamento dos doentes com osteoartrose. Os períodos de repouso não carecem de ser prolongados, mas devem ser relativamente frequentes. Em doentes com espondilartroses (artroses da coluna) são muito úteis curtos períodos de repouso de 10-15 minutos de duração, fragmentados ao longo do dia (meio da manhã, principio da tarde, fim da tarde, entre o jantar e a hora de deitar e, de uma maneira geral, sempre que o doente tiver dores). O doente com espondilartrose deve deitar-se em decúbito dorsal (cama dura ou mesmo no solo) tendo a preocupação de flectir as pernas sobre as coxas, postura que é muito importante por rectificar a coluna vertebral.

Depois destes curtos períodos de repouso, os doentes sentem-se muito aliviados das suas dores e capazes de recomeçar a sua actividade profissional durante horas.

Os doentes com artroses das ancas e dos joelhos devem intercalar períodos de marcha com períodos de repouso.

Todos os doentes artrósicos devem ter um plano de exercícios que executarão diariamente. Os exercícios prescritos por um médico devem ser aprendidos num ginásio sob controlo directo de um fisioterapeuta.

Em determinadas circunstâncias, o médico pode ter necessidade de prescrever transitoriamente dispositivos que limitem a mobilidade articular como, por exemplo, um colar cervical ou uma cinta ortopédica.

Os doentes com osteoartrose, quase sempre idosos, sofrem frequentemente de outras doenças (obesidade, diabetes, hipertensão, etc.). **Nenhum doente artrósico está bem tratado se não tiver estas doenças associadas controladas. Particularmente importante é a correcção da obesidade que constitui, não raramente, uma enorme sobrecarga para a coluna vertebral, as ancas e os joelhos, podendo mesmo dizer-se**

que a perda de peso é a primeira terapêutica nas artroses dos joelhos e das ancas. Emagrecer um obeso, sobretudo um obeso idoso, não é fácil, sendo muitas vezes indispensável o recurso a um médico nutricionista. O leitor encontrará no capítulo «A dieta» este assunto tratado com maior desenvolvimento.

**Os medicamentos utilizados no tratamento da osteoartrose** são, fundamentalmente, os analgésicos, os anti-inflamatórios não esteróides (A.I.N.E.), os condroprotectores, isto é, os protectores da cartilagem articular e os relaxantes musculares.

Os anti-inflamatórios não esteróides (medicamentos que combatem a inflamação) são os mais frequentemente utilizados porque, para além de anti-inflamatórios são, também, analgésicos, isto é, aliviam a dor. Na osteoartrose, uma doença que evolui por surtos, isto é, que alterna períodos dolorosos com períodos assintomáticos, os anti-inflamatórios não devem ser utilizados nos períodos sem dores.

Os analgésicos são utilizados quando os anti-inflamatórios estão contra-indicados como, por exemplo, nos doentes com úlcera gástrica ou duodenal. São, por vezes, úteis como complemento dos A.I.N.E.

Os relaxantes musculares são utilizados quando a contractura muscular é a causa das dores ou contribui para o seu agravamento, como acontece, por exemplo, nas crises agudas de lumbago ou nas ciáticas, ou no torcicolo.

Os medicamentos condroprotectores parecem ser úteis nas artroses em fase inicial, estimulando a produção de substâncias de que a cartilagem articular está empobrecida, como os proteoglicanos.

A crenoterapia, isto é, o tratamento por meio de águas medicinais, embora não tenha bases científicas, é quase sempre benéfica nos osteoartrosicos. No capítulo «As férias» encontrará o leitor mais pormenores sobre este meio terapêutico.

Finalmente, a **cirurgia** é de inestimável valor em doentes com artroses avançadas e já refractárias a todas as medidas terapêuticas de que falámos. As intervenções cirúrgicas mais frequentemente efectuadas nas artroses são as próteses totais (substituição de uma articulação ou do que resta dela, por uma nova articulação artificial), em particular a da anca, e as osteotomias. As osteotomias são intervenções cirúrgicas em que se alinham articulações cujos eixos estão deslocados, como acontece, frequentemente, ao nível dos joelhos deformados. Para mais pormenores sobre este assunto leia o capítulo «A cirurgia».

## AS FÉRIAS

Para quem trabalha, as férias são indispensáveis. Sem férias, o corpo e, sobretudo, o espírito fatigam-se e ficam sem capacidade para produzir trabalho mais produtivo e mais criativo.

Para os doentes reumáticos, tantas vezes limitados na sua vida de relação, as férias são ainda mais necessárias visto constituírem uma oportunidade para descansarem.

**Os doentes reumáticos perguntam frequentemente aos seus médicos se devem gozar as férias na praia ou nas termas.** Procuraremos elucidá-los. A praia é muito agradável para pessoas saudáveis, mas nem sempre pode ser utilizada pelos doentes reumáticos.

Em algumas doenças reumáticas, como por exemplo o **Lúpus eritematoso sistémico**, a praia está totalmente contra-indicada visto as radiações ultra-violetas da luz solar poderem agravar a doença. Vimos um dia quase morrer no Serviço de Urgência do Hospital de S. Maria, uma jovem nórdica com lúpus eritematoso sistémico que se expôs longas horas ao sol algarvio. Casos como este, infelizmente, não são raros, e em alguns países como nos Estados Unidos, em regiões em que há muito sol como na Califórnia, na Geórgia e na Florida, há mesmo clínicas de lúpus com o objectivo de aconselhar e ajudar os doentes. Mas não é o lúpus eritematoso sistémico a única doença reumática em que o sol é desaconselhado.

Os doentes com **artrite reumatóide, com espondilite anquilosante**, e de uma maneira geral **com doenças reumáticas inflamatórias agudas e crónicas**, em fase de agudização, pioram na praia, pelo que não devem frequentá-la. Quando a doença está medicamente controlada, e sempre com consentimento médico, estes doentes podem fazer férias junto ao mar, mas sem se exporem directamente à luz solar. Quais são então os doentes reumáticos que beneficiam com férias na praia?

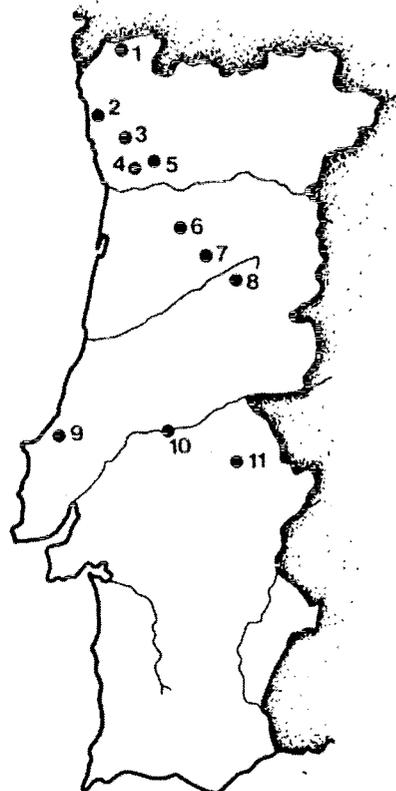
Verdadeiramente, só os doentes com osteoporose, uma doença descalcificante dos ossos, visto a luz solar activar a vitamina D da pele, a qual é necessária para que o cálcio seja absorvido ao nível do intestino.

Os doentes com osteoartrose, particularmente aqueles que têm artroses na coluna, conhecidos entre o grande público pelo nome de espondiloses, podem frequentar a praia onde habitualmente se sentem bem, visto o calor solar levar a um relaxamento muscular marcado. Todavia, os doentes com artrose são, por via de regra, idosos e frequentemente têm outras doenças (cardíacas, pulmonares, hepáticas, renais, etc) que podem piorar na praia, razão que os deve levar sempre a aconselharem-se com os seus médicos assistentes antes de se exporem ao sol. Muito importante é recordar que, deitados ou sentados na areia, devem estar sempre em posturas correctas pois, de outro modo, a doença em vez de melhorar, piora. Se a temperatura da água é da ordem dos 20°-22°C ou superior, e se o mar é calmo, a mobilização das articulações doentes dentro da água e a natação são muito úteis. Em mares em que a água é muito fria, como acontece na costa ocidental portuguesa a norte do Cabo da Roca, os doentes não devem tomar banho visto os músculos se contracturarem com o frio, levando ao agravamento das dores. O banho de sol deve ser tomado entre as 9h e as 11 h da manhã, ou à tardinha, entre as 17 h e as 19 h, e deve ser de duração progressiva, isto é, os doentes devem começar por tempos de exposição curtos (10m -15m) e irem aumentando gradualmente a sua duração até um máximo de 2 h a 3 h por dia.

As TERMAS são usadas no tratamento das doenças reumáticas desde o tempo dos romanos, e embora não haja uma base científica para explicar o facto, a verdade é que os doentes **artrósicos** passam melhor os invernos subsequentes ao tratamento termal. Independentemente do eventual efeito benéfico das águas medicinais, são muito importantes a mudança de local e de ritmo de vida e a perigrinoterapia, uma e outra de grande efeito psicológico. Esta verificação empírica é global em todos países em que as águas termais são largamente utilizadas como na os França, na Itália, na Alemanha Ocidental, e nos países do leste europeu. Não se julgue, porém, que o tratamento termal está indicado em todas as doenças reumáticas pois verdadeiramente ele só é útil nas artroses. As termas estão contra-indicadas em doentes com doenças reumáticas inflamatórias agudas e crónicas agudizadas, bem assim como em doentes com certos problemas cardíacos, renais, hepáticos, etc. Todavia, em certas doenças reumáticas inflamatórias crónicas medicamente estabilizadas, como por exemplo na artrite reumatóide e na espondilite anquilosante, a mobilização das articulações doentes dentro da água termal quente pode ajudar a reabilitá-las. Porém e, tal como acontece com a praia, o tratamento termal só deve ser efectuado sob recomendação médica. Os médicos hidrologistas, isto é, os médicos das termas, são os responsáveis pelo tipo e pela duração do tratamento termal a efectuar. É preciso, porém, que os doentes reumáticos, ao irem para as termas, não interrompam os tratamentos prescritos pelos seus especialistas em Reumatologia, com o pretexto de que os medicamentos já não são precisos. Isso é um disparate, e pode ser altamente inconveniente como acontece, por exemplo, com os doentes reumatóides tratados com metotrexato.

A experiência tem demonstrado em todo o mundo, que no tratamento dos doentes reumáticos as águas mais aconselhadas são as sulfúreas, em particular as sódicas. Em Portugal existem águas sulfúreas ou sulfurosas no continente e nos Açores. No continente, e caminhando no sentido Norte-Sul, são sulfúreas, entre outras, as águas de Monção, do Eirogo (Barcelos), de Vizela, das Caldas da Saúde (S. Tirso), de Entre-os-Rios (Penafiel) de S. Pedro do Sul, de Alcafache (Viseu), de Manteigas, das Caldas da Rainha, de Fadagosa de Mação (Abrantes) e de Cabeço de Vide (Alter-do-Chão). Nos Açores são sulfúreas as Termas das Furnas (S. Miguel), as do Carapacho (Graciosa) e as do Varadouro (Faial). Algumas destas termas são dirigidas por reumatologistas o que é extremamente vantajoso para os doentes.

- 1 Monção
- 2 Barcelos
- 3 Vizela
- 4 Penafiel
- 5 S. Tirso
- 6 S. Pedro do Sul
- 7 Alcafache
- 8 Manteigas
- 9 Caldas da Rainha
- 10 Abrantes
- 11 Cabeço de Vide



A **montanha** é desaconselhável no Inverno, podendo ser utilizada no Verão, e o **campo** é excelente para as férias dos doentes reumáticos crónicos.

Independentemente da sua localização, um bom hotel com piscina aquecida onde os doentes possam mobilizar as suas articulações doentes e nadar, é sempre um bom local para os doentes reumáticos com maior poder económico passarem as suas férias.

Os doentes que gostam de passar férias a viajar não o devem fazer de automóvel (o comboio é o melhor meio de transporte para os doentes reumáticos), e não devem «correr» de umas terras para as outras em curto espaço de tempo pois, se assim o fizerem, vão chegar ao fim das férias mais cansados e seguramente mais doentes.

A CIRURGIA

Um dos grandes progressos da Reumatologia nos últimos 30 anos, **talvez o maior de todos em termos práticos**, deve-se à importantíssima contribuição da cirurgia no tratamento das doenças reumáticas. Na verdade, hoje, os cirurgiões ortopedistas não se limitam a endireitar os ossos encurvados e a extrair dos joelhos os meniscos doentes. Eles substituem articulações inteiras por outras de metal e de plástico. São as próteses articulares que se fazem principalmente na anca, quando há uma fractura do colo do fémur, mas que podem ser feitas noutras situações como na artrose da anca, e em outras articulações como ao nível dos joelhos. Estas operações que se podem fazer, ainda, noutras articulações, como por exemplo, nas das mãos deformadas por artrite reumatóide, são verdadeiras maravilhas da Medicina.

O progresso maior iniciou-se em 1962, altura em que Charney empregou pela primeira vez na artroplastia total da anca, isto é, na substituição completa da articulação da anca por uma articulação artificial (prótese), a combinação de metal com polietileno, um material plástico, reduzindo extraordinariamente o desgaste das próteses exclusivamente metálicas.

A partir de então, dezenas de milhares de próteses foram efectuadas com resultados muito positivos. O próprio Charney, ao reavaliar alguns anos mais tarde os seus doentes operados, verificou ter obtido 92% de bons resultados.

**Com este tipo de intervenção cirúrgica, milhares de doentes reumáticos, até então completamente inválidos levam, hoje, uma vida completamente normal.** E, no entanto, se há tratamento que assuste os doentes, é a cirurgia osteo-articular, as «operações aos ossos» como eles as designam. «E o Senhor Doutor garante-me que vou ficar melhor do que estou?» é uma pergunta sacramental.

Obviamente, nenhum médico pode honestamente responder afirmativamente, embora se possa prever que, na imensa maioria dos casos, isso vai acontecer. Perante este tipo de perguntas, o doente deve ser informado claramente de que corre o risco, ainda que remoto, da prótese se infectar (1% dos casos), e que as tromboses venosas e a embolia pulmonar podem surgir, mas também que se podem prevenir com a mobilização dos membros inferiores, que devem ser envolvidos com ligaduras elásticas, e com a administração de heparina, que é um medicamento anticoagulante. De igual modo, podem surgir infecções respiratórias, mas estas também se podem prevenir com uma ginástica respiratória eficaz e tratar com os potentes antibióticos de que hoje dispomos. É evidente que o doente tem de ser informado e consciencializado de que os riscos que vai correr ao ser operado às articulações é idêntico ao de qualquer outra intervenção cirúrgica.

Os **objectivos do tratamento cirúrgico das doenças reumáticas** são aliviar as dores, melhorar a função articular e beneficiar a estética do doente.

Porque estas operações são dispendiosas e porque a lista de espera de todos ou quase todos os serviços de Ortopedia dos Hospitais portugueses, é de meses ou até de anos, é importante, antes de pensar em efectuar uma intervenção de grande cirurgia osteoarticular, **analisar e avaliar o estado do doente.**

A cirurgia não deve ser efectuada sem que o doente esteja medicamente estabilizado do ponto de vista articular e do ponto de vista geral. Assim, o reumatologista não deve pedir ao cirurgião que opere um doente reumatóide com a doença em fase de agudização, com anemia intensa ou com amiloidose renal. A osteoporose intensa pode, por sua vez, constituir outra contra-indicação. Igualmente, o doente deve ter uma boa função cardio-respiratória e, naturalmente, se é obeso, deve emagrecer. Antes da intervenção, toda e qualquer infecção (dentária, cutânea, respiratória, urinária, etc) tem de ser tratada radicalmente.

O anestesista deve ser previamente informado do estado da articulação atlóido-odontoideia, uma articulação que liga a cabeça à coluna vertebral, se há ou não anquilose da coluna cervical, se as articulações temporomandibulares estão ou não afectadas, tudo situações susceptíveis de dificultar a entubação necessária à anestesia. Deve, também, ser informado da terapêutica que o doente vinha fazendo, particularmente se o enfermo estava medicado com corticoesteróides. Nesta situação, a dose de prednisona ou de prednisolona, no dia da intervenção e nos três dias subsequentes, deve ser aumentada para o dobro e convertida em dose equivalente de hidrocortisona. A restante terapêutica não deve ser alterada, mas o metotrexato deve ser interrompido durante algum tempo.

A extensão e a gravidade da doença reumática têm de ser bem avaliadas antes da intervenção. Efectivamente, e por exemplo, um doente candidato a prótese dos joelhos e da ancas, deve ser primeiramente operado às ancas a fim de facilitar a ulterior mobilização dos joelhos. Por outro lado, um doente que carece de uma intervenção aos joelhos ou às ancas, tem de possuir umas mãos capazes de manejar com à-vontade umas canadianas. Finalmente, é necessário atender à existência de uma eventual deformação articular que, previamente corrigida (joelho flexo, por exemplo), vai facilitar a cirurgia e a reabilitação.

O modo optimista ou pessimista como o doente encara a sua doença e a sua incapacidade, o seu grau de motivação para a intervenção cirúrgica, são muito importantes para a obtenção de bons resultados. Os doentes deprimidos não são em princípio indicados para uma intervenção cirúrgica desta índole, carecendo, na grande maioria dos casos, de um tratamento antidepressivo prévio devidamente orientado por um psiquiatra.

As intervenções cirúrgicas mais frequentemente efectuadas nos doentes reumáticos são as artroplastias totais, as osteotomias, as sinovectomias e as artrodeses.

A sinovectomia é uma intervenção cirúrgica em que se faz a remoção da sinovial, isto é, da membrana de tecido conjuntivo que forra o interior das articulações. Tem sido utilizada desde 1887, há mais de um século, no tratamento da artrite reumatóide, mas pode ser empregue no tratamento de outras doenças.

Inicialmente pensou-se que, ao fazer a extirpação cirúrgica da sinovial, se podia agir profilaticamente sobre a doença, impedindo a lesão ao nível de outras articulações. Actualmente sabe-se que este objectivo é inatingível, já porque a artrite reumatóide é uma doença geral e não exclusivamente articular, já porque, ao nível das articulações, a sinovial doente se refaz ao fim de um intervalo de tempo relativamente curto.

Ao contrário das sinovectomias, as **tenosinovectomias**, isto é, a ressecção da sinovial que forra os tendões flexores e extensores dos dedos das mãos, são intervenções de grande utilidade, principalmente na artrite reumatóide, obtendo-se bons resultados em 70% dos doentes, em média. Embora aqui a sinovial também se refaça, são poucos os casos que require re-operação.

Ao nível da superfície de extensão dos punhos, a tenosinovectomia é uma intervenção relativamente urgente, dado o risco de rotura de um ou de vários tendões extensores.

Outra intervenção muito útil ao nível dos punhos dos doentes com artrite reumatóide é a **remoção da cabeça do cúbito subluxada**, isto é, fora da sua localização anatómica habitual, em consequência do processo inflamatório. Esta remoção da cabeça do cúbito deve ser sempre acompanhada por uma sinovectomia da articulação rádio-cárpica e, frequentemente, por uma tenosinovectomia profiláctica dos tendões extensores do punho.

Como já referimos, as **artroplastias totais** são intervenções cirúrgicas em que uma articulação gravemente lesada é substituída por uma articulação artificial (prótese). As primeiras próteses foram efectuadas ao nível da anca, empregando-se como materiais apenas metais, isto é, quer a cabeça de fémur, quer o acetábulo eram constituídos por crómio, cobalto, níquel ou molibdénio. Em virtude do grande atrito existente entre as duas superfícies articulares metálicas, as próteses desgastavam-se facilmente. A partir de 1962, como também já referimos, passou a utilizar-se a combinação de um metal com um material plástico, o polietileno, reduzindo-se assim muito o desgaste articular.

Ao nível da anca, e em particular nos doentes com osteoartrose e com artrite reumatóide, a prótese total é a intervenção cirúrgica de eleição, visto as outras técnicas cirúrgicas serem muito menos eficazes.

Uma patologia pouco frequente, mas não rara nos doentes reumáticos, particularmente nos que estão medicados com corticoesteróides, é a necrose asséptica da cabeça do fémur, isto é, uma destruição total ou parcial das células ósseas da cabeça do fémur sem que o osso esteja infectado. Em muitos casos, esta doença não progride para a destruição do próprio osso da cabeça do fémur e, noutros, mesmo havendo destruição óssea, o doente consegue viver com poucas dores e com uma mobilidade articular aceitável.

Nestes casos, o tratamento deve ser conservador: repouso, analgésicos, anti-inflamatórios e marcha apoiada em canadiana. Noutros doentes, porém, a necrose asséptica da cabeça do fémur origina muitas dores e grande incapacidade para a marcha, obrigando a uma intervenção cirúrgica.

A **artroplastia total dos joelhos** pode e deve efectuar-se em situações recomendadas pelos reumatologistas e os ortopedistas, até porque os seus resultados são cada vez melhores.

**Ao nível das mãos** (articulações metacarpo-falângicas e interfalângicas proximais e, ainda, articulação carpo-metacarpiano do polegar) as próteses totais têm sido utilizadas com bons resultados.

A **artroplastia do punho** só tem indicação quando falham a ressecção da cabeça do cúbito com sinovectomia da rádio-cárpica e, ainda, a artrodese do punho que deve ser a intervenção de segunda escolha.

A **artroplastia do cotovelo, do ombro e da tibiotársica** estão a ser feitas com êxito crescente.

As **osteotomias**, isto é, intervenções em que, mercê de uma secção óssea, as articulações deformadas podem ser realinhadas, são muito úteis na gonartrose (artrose dos joelhos) e na artrite reumatóide.

A **artrodese**, que já definimos, é uma intervenção cirúrgica que se vem utilizando cada vez menos, tendo todavia algumas indicações como, por exemplo, no punho reumatóide quando falha a ressecção da cabeça do cúbito complementada com a sinovectomia da rádio-cárpica, ao nível da raiz do polegar, isto é, ao nível da articulação carpo-metacarpiana do polegar, com o objectivo de fixar este dedo e, desse modo, se obter uma mão com boa capacidade de preensão e ao nível da tibio-társica, isto é, da articulação do tornozelo.

Nos **pés reumatóides**, uma intervenção altamente gratificante e eficaz é a ressecção cirúrgica total ou parcial das cabeças dos metatarsianos subluxadas.

Vinte a trinta por cento dos doentes com artrite reumatóide sofre de luxação da articulação atlóido-adontoideia, isto é, o atlas desloca-se para a frente perdendo parcialmente o seu contacto como axis. No entanto, na grande maioria dos casos e ao contrário do que seria de esperar, dada a presença no canal vertebral das artérias vertebrais e da e,spinal medula, esta luxação não é perigosa e nem sequer provoca, em geral, sintomas. Há, todavia, situações em que se impõe o tratamento cirúrgico. São elas:

- dores no pescoço refractárias a todo o tratamento médico;
- manifestações clínicas devidas a compressão das artérias vertebrais como as tonturas, as vertigens, a diplopia (visão desdobrada de um único objecto), diminuição da visão, disartria (dificuldade em articular palavras), disfagia (dificuldade em deglutir os alimentos sólidos e/ou líquidos), desmaios, quedas súbitas com conservação da consciência, etc., etc;
- sintomas relacionados com a compressão da espinal medula e que se traduzem, fundamentalmente, por falta de forças nos membros inferiores com dificuldade para a marcha e, numa fase mais avançada, por impossibilidade de reter a urina. Esta situação, que é grave, implica o uso de um colar de plástico imobilizador do pescoço até à operação cirúrgica, normalizadora desta perigosíssima complicação.

Nos doentes osteoartrósicos com hérnias discais muito invalidantes, a cirurgia pode ser de grande utilidade, dando ao doente uma qualidade de vida incomparavelmente melhor. As intervenções designadas por laminectomias consistem em extirpar os arcos posteriores das vértebras (lâminas e apófise espinhosa), geralmente da 4.a e 5.<sup>1</sup> lombares, e remover o disco herniado. É no entanto uma operação complicada que só deverá ser executada em casos seleccionados, e por especialistas. A maioria das hérnias discais, mesmo quando acompanhadas de ciáticas, não são de operar.

Nas crianças com artrite, a cirurgia está indicada quando o tratamento médico não é eficaz, e há o risco de paragem do crescimento e/ou de instalação de deformações articulares. De sublinhar que a artrite nas crianças, sobretudo na forma oligoarticular, é relativamente pouco dolorosa, o que explica, por vezes, a instalação de contracturas e até de deformações articulares sem que os pais se apercebam disso.

Até há alguns anos, a cirurgia efectuava-se somente após a paragem do crescimento, e limitava-se à correcção das articulações contracturadas em flexão e a algumas (poucas) intervenções cirúrgicas, como as osteotomias correctivas, as artrodeses e a transposição de tendões.

Nos últimos anos houve uma grande mudança que se traduziu numa atitude mais activa e intervencionista. É, todavia, fundamental e constitui um requisito indispensável para o êxito da intervenção cirúrgica, que o hospital onde a criança vai ser operada disponha de uma boa unidade de reabilitação pois, de outro modo, o risco de insucesso da cirurgia é grande.

As artroplastias totais devem, sempre que possível, ser efectuadas após a paragem do crescimento mas, em alguns casos, a instalação de deformações graves torna a prótese indispensável mais cedo, de modo a assegurar o desenvolvimento normal de outras articulações. As próteses mais frequentemente efectuadas são as das ancas e dos joelhos, e sempre que uma criança necessita de próteses ao nível destas duas articulações, a artroplastia da anca deve ser efectuada em

primeiro lugar, visto ser impossível reabilitar um joelho em presença de uma anca dolorosa e/ou contracturada.

As osteotomias correctivas são particularmente úteis nas articulações dos joelhos com detorções em varo ou em valgo, isto é, com os joelhos arqueados ou com os joelhos em forma de letra X.

A cirurgia articular nas crianças pode justificar-se por importantes razões estéticas, como acontece, por exemplo, com a deformação da face que pode ser corrigida operando a articulação temporo-mandibular.