

PODOLOGIA e Doenças Reumáticas

Editorial

Elsa Mateus

Presidente da Direção



‘Os pés são a base do aparelho locomotor e uma estrutura importante no controlo da nossa postura.’

Os pés são a base do aparelho locomotor e uma estrutura importante no controlo da nossa postura. Além disso, representam 1/4 dos ossos, perto de 1/5 das articulações e 6% dos músculos que existem no nosso corpo. Será, então, fácil de compreender que, tanto pelas implicações mecânicas e estruturais associadas a doenças reumáticas que afetam outras áreas do nosso corpo, como pela sua complexidade músculo-esquelética e anatómica, os pés nos merecem maior atenção.

Nem sempre os sinais e sintomas de problemas no pé são imediatamente associados a doenças reumáticas e músculo-esqueléticas. No entanto, **podem ser indicadores para um diagnóstico mais precoce** e, atendendo ao seu papel no aparelho locomotor e postura corporal, as intervenções nos problemas dos pés têm um impacto positivo, tanto nas restantes alterações físicas relacionadas com as doenças reumáticas, como a nível emocional e psicológico, conforme nos revela o conteúdo deste boletim.

A Podologia é a ciência na área da saúde, especializada na investigação, prevenção, diagnóstico e tratamento das alterações que afetam o pé e as suas repercussões no organismo humano. O Podologista, enquanto profissional de saúde devidamente habilitado para o tratamento das patologias do pé, deverá, no caso das doenças reumáticas, avaliar as causas das alterações biomecânicas ou estruturais e orientar os tratamentos necessários.

É, por isso, fundamental integrar a Podologia na equipa multidisciplinar na consulta de Reumatologia, como nos demonstram os autores que convidámos para esta edição do LPCDR Info. ●●

Contributo da Podologia na Gestão das Doenças Reumatológicas

Cristina Carvalho

Licenciada em Podologia
Podologista no Instituto Português
de Reumatologia desde 2004

João Martiniano

Licenciado em Podologia
Doutoramento em Ciências de Saúde
pela Universidade de Sevilha
Diretor da Área de Ensino
do Curso de Podologia
da Escola Superior de Saúde
da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa

Matilde Monteiro Soares

MEDCIDS & CINTESIS
Faculdade de Medicina
da Universidade do Porto
Coordenadora do Curso
de Licenciatura de Podologia
da Escola Superior de Saúde
da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa

Victor Duarte

Licenciado em Podologia
Podologista no Instituto Português
de Reumatologia desde 2013

¹ Como é o caso do sistema neuromuscular e dos barorreceptores, e pelo-sincronismo entre os músculos agonistas e antagonistas.

INTRODUÇÃO

Segundo os dados do EpiReumaPt estima-se que cerca de 3 milhões de portugueses sofram de doenças reumáticas (DR) incluindo as doenças periarticulares e lombalgias. Em 2004, a Direção Geral da Saúde referia as DR como a primeira causa de consultas de Cuidados de Saúde Primários, de incapacidade temporária e de reforma antecipada.

No entanto, permanecem problemas como o **diagnóstico tardio e a falta de acessibilidade dos doentes às consultas de reumatologia**, havendo locais em Portugal que não têm um reumatologista no SNS. Como refere o Prof. Canas da Silva numa entrevista ao Jornal Médico *“a DR não é uma doença de idosos, é uma doença de todos e para a vida”*.

Os dados recolhidos no EpiReumaPt demonstram que, em Portugal, cerca de 56% da população padece de uma DR e que esta causa entre 40 a 60% de incapacidade física.

Estima-se que existam cerca de 150 doenças ou síndromes de natureza reumática, e que muitas delas tenham manifestações a nível dos pés. Por exemplo, as manifestações iniciais da Artrite Reumatoide (AR) podem surgir nos pés (entre 15 a 20% dos pacientes) e com o avançar da doença 90% irão desenvolver problemas relacionados com o pé e/ou tornozelo ao longo da sua doença (1).

O pé é uma estrutura delicada, mas complexa, que contém 26 ossos, 33 articulações e centenas de músculos, tendões e ligamentos que se interconectam e influenciam os movimentos das estruturas que o compõem. Os nossos pés representam, então, 25% dos ossos, 18% das articulações e 6% dos músculos que existem no nosso corpo (2).

Assim, **a superfície plantar é a zona privilegiada do contacto do sistema locomotor com o solo, convertendo-se numa estrutura importante no controlo da postura.**

A intervenção do pé dá-se, não só pelas suas propriedades mecânicas relacionadas com a sua estrutura e disposição óssea, mas também pela presença de elementos¹ de controlo da estabilidade (3).

A **estabilidade** associada a uma articulação do corpo humano no decorrer de uma tarefa motora, tem como objetivo manter os segmentos anatómicos adjacentes numa posição angular adequada durante todo o deslocamento (4).

Por sua vez, a **rigidez dinâmica** engloba a contribuição de todas as estruturas localizadas nas articulações, assim como nas que se localizam fora delas, como é o caso dos músculos, tendões, pele, tecido subcutâneo, ligamentos, cápsula articular e cartilagem, através da estimulação muscular reflexa. Esta rigidez dinâmica resulta da associação do controlo sobre os elementos ativos (ou neuromusculares) com o efeito dos elementos passivos permitindo diferentes graus de concretização, seja um



deslocamento segmentar, uma adequada velocidade angular ou a imobilização de uma determinada posição inter-segmentar:

Esta capacidade do corpo permite fazer variar os graus de segurança e de solidez que proporcionam ao indivíduo uma fiabilidade de execução dentro de parâmetros adequados, possibilitando, tanto a **estabilidade geral do corpo**, como uma margem de **confiança de realização de movimento** em limites dinâmicos muito próximos dos processos de lesão (4).

Sendo o pé a base do aparelho locomotor e uma estrutura de elevada complexidade, alguns estudos sugerem que a morfologia do pé, nomeadamente o **pé plano**, está relacionado com o aumento da incidência da dor no joelho, assim como desgaste da cartilagem medial da mesma articulação, assim como, stress postural nas estruturas tibiofemorais e patelofemorais (5).

Outros autores vão ainda mais longe relacionando as alterações da morfologia do pé associada à gravidez e a influência que estas alterações têm no surgimento das dores em todo o membro inferior e região lombar (6).

A importância do pé é muitas vezes menosprezada e apenas lhe damos a devida importância e cuidados diferenciados, quando os sintomas limitantes se instalam..

SUBLUXAÇÃO

Deslocamento incompleto de uma articulação.

fonte • www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/subluxação

HIPERQUERATOSE

Engrossamento da queratina na camada exterior da pele (epiderme), geralmente nas áreas da pele que foram irritadas ou sujeitas a pressão significativa. Por exemplo, o calo plantar.

adaptado • [www.news-medical.net/health/Hyperkeratosis-Thickening-of-Keratin-in-Epidermis-\(Portuguese\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Hyperkeratosis-Thickening-of-Keratin-in-Epidermis-(Portuguese).aspx)

METATARSALGIAS

Dor na região do pé que contém os cinco metatarsos, podendo estar relacionada a lesões de partes moles, ósseas, articulares e periarticulares. (13)

TALALGIA

Dores ao nível da região do calcanhar, que têm origem na inflamação do tendão de Aquiles e da fásia plantar.

fonte • https://spreumatologia.pt/wp-content/uploads/2019/11/Manual_DT_EA_01.pdf

NEUROMA DE MORTON

Tumor benigno do tecido nervoso do pé, que se manifesta por uma dor em queimadura e pelo aparecimento de formigueiros e adormecimento dos dedos envolvidos.

fonte • www.metismed.up.pt/index.php/Neuroma_de_Morton

FASCITE PLANTAR

Consiste numa inflamação na fásia plantar, um tecido que dá suporte ao pé. Um dos sintomas mais comuns manifesta-se ao acordar: o indivíduo sai da cama, põe o pé no chão, dá os primeiros passos e sente uma dor forte na região do calcanhar.

adaptado • www.lusiadas.pt/blog/doencas/sintomas-tratamentos/fascite-plantar-como-acabar-com-dores-calcanhar

ESPORÃO DE CALCÂNEO

Pequena projeção de osso que se forma no osso do calcanhar (calcâneo).

adaptado • www.cuf.pt/saude-a-z/espcao-calcaneo

O PAPEL DA PODOLOGIA no Tratamento e Acompanhamento de Pessoas com Doenças Reumáticas

O que dizem os estudos:

- **O pé é uma das localizações mais frequentes de dor**, e como estrutura individual e complexa que é, pode ser alvo de manifestações a nível local ou até mesmo sistémico (7).
- **A dor e a limitação da mobilidade** foram relatadas em ambos os sexos no estudo de Framingham que relacionou a dor nos pés e a mobilidade (8).
- Existe uma relação entre **o risco de quedas nos idosos e as dores nos pés**, verificando-se a referência a deformidades nos dedos em garra ou martelo em 46% dos inquiridos (9).
- Analisando a **incapacidade de locomoção** em 1000 participantes com artrite reumatoide, 80% referem **sintomas dolorosos nos pés** e que 71% reportavam **dificuldade na marcha associada aos pés** (10).

As principais manifestações nos pés das DR variaram entre os **dedos em garra** associados a um **desequilíbrio da musculatura** intrínseca com formação de **calosidades no dorso dos dedos**, o **joanete** (*hallux abductus valgus*), a subluxação metatarsofalângica relacionada com a inflamação e proliferação sinovial provocando destruição da cápsula articular. Esta deformidade provoca uma hiperpressão na zona plantar levando à formação de hiperqueratoses extremamente dolorosas que podem evoluir para úlceras. Assim, **o envolvimento do pé nas DR requer uma equipa multidisciplinar para evitar a progressão das deformidades e o tratamento mais adequado** (11).

Os **motivos mais frequentes** que levam os pacientes a recorrer à **consulta de Podologia** são diversificados variando entre a dor, inchaço (tumefação), marcha dolorosa, problemas nas unhas (ou ungueais), alterações na pele, hiperqueratose plantar, calos entre os dedos (helomas interdigitais), metatarsalgias, talalgias, dedos em garra, pé plano ou cavo, joanetes, atrofia da almofada plantar, neuroma de Morton, fascite plantar, esporão de calcâneo.

Perante as situações mais frequentes de consulta, o Podologista deve saber avaliar se está perante uma deformidade reumatoide ou se as alterações biomecânicas ou estruturais são devidas a outros motivos clínicos, de forma a melhor orientar os tratamentos a executar. Para tal, **é de extrema importância o doente estar informado que o Podologista pode ajudar a evitar as deformidades nos pés, assim como, o Podologista estar integrado em equipa multidisciplinares.**

O papel do Podologista é fundamental no manuseamento dos problemas do pé reumático, principalmente nas alterações biomecânicas e dermatológicas (12), podendo incluir o **aconselhamento do calçado, ensinamento de cuidados a ter com os pés, confeção de ortóteses e suportes plantares adaptados e personalizados conforme as deformidades presentes.**



JOANETE

SUBLUXAÇÃO METATARSOFALÂNGICA

Em 2012, Grahan e colaboradores quiseram saber quais as perspectivas do paciente com artrite reumatoide em relação à saúde dos pés e concluíram que existia **falta de informação sobre a manifestação da doença nos pés, sobre o tipo de calçado e suportes plantares adequados**, e que muita da informação obtida era através da internet, nem sempre a mais adequada (14). Outro artigo intitulado “Meus pés visíveis, mas ignorados” constata o **desconhecimento de que os sintomas nos pés podem ajudar no diagnóstico de DR**, e do tipo de intervenções precoces que podem ser feitas pela “saúde” dos pés (15).

Em 2018, vários profissionais na área da Reumatologia, reunidos na Holanda, criaram as diretrizes para o Pé Reumatoide. Nessas **recomendações multidisciplinares para o diagnóstico e tratamento de problemas nos pés** em doentes com AR, concluem que, **pelo menos uma vez por ano, os doentes com AR deviam ir à consulta para avaliar os pés e o calçado, independentemente de a AR estar ativa ou em fase de remissão**. Verificaram também que a contagem de 28 articulações indicadas

PÉ PLANO ou CHATO

Consiste na perda do arco que há na planta do pé.

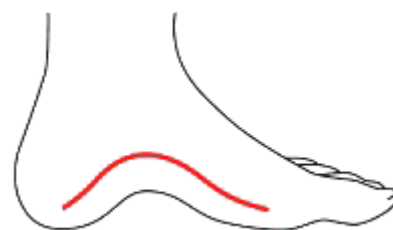
fonte • <https://acesportoocidental.org/pt/pe-plano-pe-chato>

PÉ NORMAL

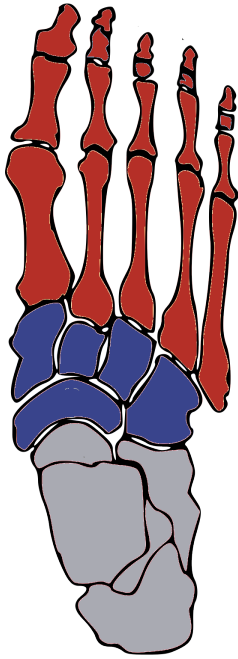
PÉ CAVO

Alteração estrutural em que o arco natural da planta do pé apresenta uma curvatura excessiva.

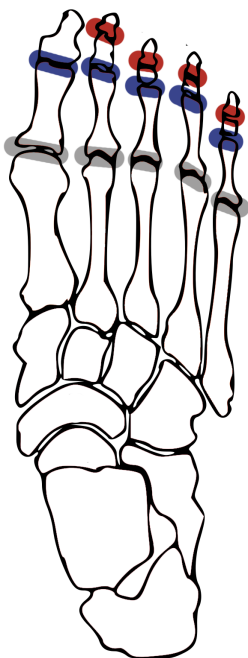
fonte • www.saudebemestar.pt/pt/blog/podologia/pe-cavo



ANTEPÉ
MÉDIOPE
RETROPÉ



articulação
INTERFALANGICA DISTAL
articulação
INTERFALANGICA PROXIMAL
articulação
METATARSOFALANGICA



para detetar a atividade da doença exclui a contagem das articulações dos pés, salientando a importância de serem dadas indicações sobre o tipo de calçado adequado, atendendo ao aumento da pressão articular provocada pelo uso de calçado desadequado (16).

Em Portugal desconhece-se a existência de diretrizes para a saúde Podológica das pessoas com DR. Desafiamos a que todos (profissionais de saúde e doentes) a olhem pela saúde dos seus pés e a insistir com a comunidade científica e da área da Saúde para olhar para esse parente pobre – OS PÉS.

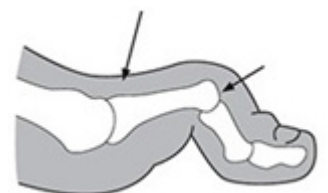
Saliente-se que o tratamento das alterações físicas causadas pela DR é de extrema importância para a melhoria da qualidade e da esperança média de vida destes pacientes que, segundo os dados do EpiReumaPt, apresentam sintomas de ansiedade e/ou depressão mais frequentemente do que a população portuguesa em geral ou com outras patologias (17).

Um estudo sobre as “Implicações sociais das doenças reumáticas” acrescenta que, além de causarem dor e fadiga, as DR reduzem a eficiência, a segurança e a concentração no trabalho. Confirma, também, que, em Espanha e na Austrália, as mulheres com AR têm menor qualidade de vida e que cerca de 40% da população da Europa deixou de poder trabalhar em consequência da DR (18).

Uma análise dos fatores da saúde dos pés relacionados com a qualidade de vida em 246 pacientes espanhóis concluiu que **as alterações estruturais não só causam deterioração física devido à redução da mobilidade, mas também deterioração emocional.** As mulheres tinham mais dificuldade em arranjar calçado confortável e estético. Além disso, **a discordância na escolha de calçado em relação às deformidades dos pés tem um impacto negativo nos pacientes,** tanto na **perceção de qualidade de vida** quando a autoimagem é comparada com a da população sem DR, como pelo **aumento da dor plantar** devido ao desconforto causado pelo calçado e consequentes dificuldades de mobilização adequada das estruturas musculoesqueléticas do pé. Estes resultados associam-se à **insatisfação e até depressão** entre a população afetada (19).

DEDO EM GARRA

DEDO EM MARTELO



CALÇADO, TERAPIA e TRATAMENTO ORTOPODOLÓGICO

O Podologista integrado numa equipa multidisciplinar de reumatologia tem qualificações para aplicar suportes plantares adaptados às deformidades nos pés inerentes a DR.

As primeiras manifestações das DR no pé podem ser explicadas pela erosão óssea, perda de cartilagem e instabilidade articular provocando danos nos ligamentos e, conseqüentemente, o aumento da pressão no local.

Os **suportes plantares**, vulgarmente chamados de **palmilhas**, visam apoiar ou suportar o pé, corrigir (se possível) as deformidades ou evitar a progressão das mesmas e alívio das pressões (será este o principal objetivo). No caso do **Podologista Reumático**, chamemos-lhe assim, deve atuar o mais precocemente possível, uma vez que a evolução das DR é rápida e incapacitante. Para tal, deve estar bem ciente das alterações que as mais diversificadas DR provocam nos pés.

A aplicação de suportes plantares tem como principal objetivo a diminuição das pressões plantares. Estas podem ser modificadas conforme os materiais utilizados, cuja escolha deve ter como variáveis a dureza, a densidade, a espessura e capacidade de se moldar ao pé. Os materiais mais usados serão os poliuretanos, polietileno e a EVA pois preenchem os critérios das variáveis (20). O calçado é outro dos assuntos abordados.

Apesar de Portugal ser um país produtor de calçado de qualidade, não existe ainda um mercado direcionado para o pé de risco, incluindo claro, o pé reumático.

Na Holanda, por exemplo, os doentes em estado inicial de AR procuram um Podologista para os aconselhar sobre o calçado e tipo de suportes plantares mais adequados (21). No entanto, de uma forma geral, os pacientes acham os sapatos ortopédicos inaceitáveis - por causa do seu tamanho, do peso, do conforto, da estética e do design -, e a **questão do calçado tem recebido pouca atenção pelos reumatologistas**, muito possivelmente desconhecendo que **o uso de suportes plantares e calçado adaptado podem modificar a ativação muscular e alterar padrões de marcha para diminuir a carga articular** (22). Além disso, o uso de suportes plantares **melhora a distribuição de carga com diminuição da dor** (23).

A título de exemplo, iremos de seguida abordar **alguns tipos específicos de DR com impacto claro e importante a nível podológico: as espondiloartrites, a artrite reumatoide e as artrites cristalinas**. Estes são apenas três exemplos de todo um universo de DR que, de forma direta ou indireta, afetam os pés.

A SABER

As **palmilhas ortopédicas** ou **ortóteses plantares** são produtos ortopédicos destinados ao envolvimento do pé na sua região plantar (parte inferior), com finalidade corretiva ou de acomodação quando o peso corporal se faz sentir sobre o pé.

O seu efeito é potenciado quando a palmilha está estreitamente adaptada ao pé, ajudando ao seu posicionamento, e para isso torna-se essencial a utilização conjunta com um sapato fechado para que haja uma total adaptação entre o pé a palmilha.

continuar a ler em

www.universosenior.com/news/palmilhas-ortopedicas-por-medida-ortoses-plantares



Consulte os **protocolos** para os associados da Liga em <https://lpcdr.org.pt/associados/parcerias-e-protocolos>

ESPONDILARTRITES

Conjunto de doenças inflamatórias crónicas que partilham certos fatores genéticos predisponentes e características clínicas (23).

Segundo o predomínio das manifestações clínicas, podem ser classificadas em: **espondiloartrite axial** (quando afeta principalmente as articulações sacroilíacas e coluna vertebral) ou **espondiloartrite periférica** (quando existe maior envolvimento de outras articulações, principalmente nos joelhos, tornozelos e pés). Neste grupo destacam-se a **espondilite anquilosante**, a **artrite psoriática** e as **artrites reactivas** (25, 26).

Apresentam causa desconhecida, contudo mecanismos multifatoriais como genéticos (interação familiar e HLA-B27 positivo ou negativo), ambientais e infecciosos aparentam estar envolvidos (27).

Surgem em geral em pacientes jovens do sexo masculino, apresentam quadro clínico de dor lombar que piora em repouso, rigidez matinal (com duração superior a 30 min), associado a edema e dor de articulações do membro inferior (26).

ESPONDILARTRITES

Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriática

As características clínicas mais significativas da espondilartrite são a **dor inflamatória da coluna lombar, dactilite e entesite**, juntamente com uma **oligoartrite assimétrica**, geralmente dos membros inferiores, e/ou **manifestações extra-articulares** (pele, olhos, uretra, intestino, válvula aórtica, entre outros). Alterações psoriáticas na pele e nas unhas também são frequentemente observadas, assim como, uma artrite mutilante com deformidade grave dos dedos dos pés, embora menos comum (28, 29).

Os problemas nos pés e tornozelos (articulação tibiotársica) são frequentes em doenças reumáticas, incluindo nas espondiloartrites (30). Estas alterações podem impactar tanto a mobilidade, como a qualidade de vida dos pacientes. Na **espondilite anquilosante**, **o pé é frequentemente envolvido**, sendo o **tendão de Aquiles** o segundo local mais comum de **entesite** e o **tornozelo**, a seguir ao joelho, é o local mais comum de **doença articular periférica**. O envolvimento da tibiotársica e de pequenas articulações dos pés também são frequentes na Artrite psoriática (31).

Na **artrite psoriática** é comum a sintomatologia no pé, surgindo entre 50 a 70% dos casos, muitas vezes nas fases iniciais da doença (32). As alterações articulares podem variar, desde o envolvimento isolado da articulação do mediopé ou retropé, até à poliartrite destrutiva com extensiva perda óssea.

Descrevem-se, como manifestações iniciais de artrite psoriática, sintomas isolados como a dor plantar calcaneana, dor metatarsal, dactilite e envolvimento do tarso e tibiotársica (tornozelo). Em fases mais avançadas da doença, há uma maior tendência para **deformações do antepé** (95%), incluindo **joanete** (*hallux valgus*) e **dedos em garra**, e deformações no retropé (**pés valgos** em 65%) (33).

A **entesite**, inflamação das enteses (locais de inserção dos ligamentos nos ossos) surge com maior frequência nas inserções do tendão de Aquiles e da fásia plantar.

ENTESITE

Inflamação da entese (o local onde um tendão ou ligamento se liga ao osso). As enteses geralmente afetadas estão localizadas no calcanhar; no peito do pé e em redor da rótula. Os sintomas mais comuns incluem dor no calcanhar; inchaço e dor no peito do pé e dor na rótula. A inflamação crónica da entese pode levar ao aparecimento de esporões ósseos (excesso de crescimento ósseo) causando, em muitos casos, dor no calcanhar.

fonte • [www.primo.it/pediatric-rheumatology/PT/info/6/Espondilartrites-Juvenis-Artrite-Relacionada-com-Entesite-\(Epa-Are\)](http://www.primo.it/pediatric-rheumatology/PT/info/6/Espondilartrites-Juvenis-Artrite-Relacionada-com-Entesite-(Epa-Are))

OLIGOARTRITE

Artrite que afeta entre duas e cinco articulações.

fonte • www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/oligoartrite

PÉ VALGO

Diminuição do arco interno do pé e desvio interno dos calcanhars.

fonte • www.lusiadas.pt/blog/criancas/idade-escolar/podologia-cuidados-com-pes-criancas

ONICÓLISE

Desprendimento da unha do leito ungueal.

fonte • www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/onicólise

As avaliações clínicas e radiológicas revelam entesopatias nas inserções do tendão tibial posterior e na tuberosidade do escafoide (navicular) e peroneal curto na base do 5.º metatarso (33, 25). Em cerca de 25% dos pacientes com doença mais avançada foi descrita inflamação nestes locais, enquanto na fase inicial de artrite psoriática 6% apresentam entesite aquiliana e 12% fasciite plantar (33). **As alterações na região do calcanhar e tendão de Aquiles podem apresentar caráter contínuo** com edema e dor à palpação e podem ocorrer formação de exostose óssea ou **esporão**, dificultando a marcha (34).

A **dactilite** ou “dedo em salsicha” é uma manifestação clínica de algumas Espondiloartrites. Traduz-se num edema (inchaço) difuso dos dedos, seja mãos ou pés, normalmente associado a doença inflamatória ou infiltrativa. Os sinais e sintomas mais frequentes são o edema, calor, rigidez e dor nos dedos, que podem dificultar o movimento das zonas afetadas e o realizar de tarefas diárias. É diagnosticada em até 40% dos pacientes com artrite psoriática (25), sendo uma característica expressiva e menos comum nas outras formas de espondiloartrites periféricas, incluindo artrite reativa e formas indiferenciadas. É uma característica musculoesquelética, mais comum nos pés do que nas mãos e o seu envolvimento normalmente é assimétrico (34).

Outra alteração dermatológica frequente na artrite psoriática é a **doença ungueal** (nas unhas) que tem incidência maior do que em pacientes com psoríase isolada. As características patológicas típicas que envolvem a unha incluem **descoloração, distrofia, onicólise, “pitting” (depressões puntiformes) e hiperqueratose**. Quando surge no 1.º dedo do pé (*hallux*) associado com artrite da articulação interfalângica é referido como “Bauer digit” ou “Bauer toe” (25, 33). Parece existir uma relação entre a doença ungueal na artrite psoriática e a degradação da articulação interfalângica distal adjacente (25, 37, 38).

A nível de tratamentos na artrite psoriática, como nas outras espondiloartrites e doenças reumáticas, **é fundamental cuidar tanto os fatores inflamatórios, como os fatores mecânicos que afetam os pés**. Neste sentido é importante haver uma equipa multidisciplinar na consulta de reumatologia na qual a Podologia é um elemento fulcral.

ESPORÃO DO CALCÂNEO RAIÓ-X



UNHAS PSORIÁTICAS



PSORÍASE

A característica extra-articular mais presente na artrite psoriática é a presença de lesões de psoríase (25). A psoríase é uma doença inflamatória crónica presente em cerca de 1 a 3% da população (35).

A lesão clássica desta patologia é uma placa vermelha bem demarcada, com relevo revestida com pequenas escamas designada de psoríase vulgar; que representa cerca de 80% dos casos.

A cor da placa psoriática depende do espessamento da escama e de esta ser aderente ou não, variando de vermelho com pequenas quantidades de escamas, branca com escama mais espessa até branco acinzentado quando as escamas são espessas e muito aderentes.

Outras formas existentes de psoríase são a psoríase gutata, psoríase pustulosa e psoríase eritrodermica (25, 33, 35, 36). As placas psoriáticas que aparecem nas mãos e nos pés denominam-se por psoríase palmo-plantar e as lesões apresentadas são geralmente muito secas, espessas, criando fissuras na pele e com sangramento. Em certos casos, as lesões são pustulosas, estando cobertas de pequenas bolhas chamadas pústulas (25, 33, 34, 35, 36).

mais informação sobre PSORÍASE
em <https://psoportugal.pt>



ARTRITE REUMATOIDE

Na artrite reumatoide, a resposta inflamatória crônica e desregulada tem a capacidade de degradar osso e cartilagem originando uma **artropatia destrutiva** (39). A apresentação clássica desta patologia é de **poliartrite simétrica envolvendo as pequenas articulações das mãos e dos pés**, localizando-se no pé com maior frequência a nível da primeira articulação metatarsofalângica e das articulações intertársicas (39, 40).

Porém, em alguns casos, **pode afetar um pequeno número de articulações ou até ser monoarticular**. Nesta última situação, o joelho é a articulação afetada em 50% dos casos (39). Numa coorte de pessoas com sintomas de monoartrite reumatoide há 16 semanas ou menos, observou-se envolvimento do joelho em 47% dos casos e do tornozelo em 19% (41).

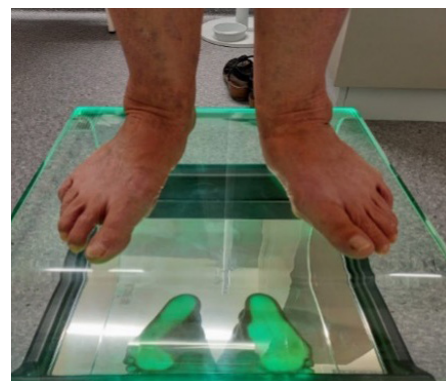
Nas pessoas com oligoartrite observou-se envolvimento mais frequentemente a nível do tornozelo (44%) e articulações metatarsofalângicas (18%). No entanto, nas pessoas com poliartrite, as articulações metatarsofalângicas estavam envolvidas em 50% dos casos, o tornozelo em 34% e o tarso em 18% (41).

Na artrite reumatoide o **pé plano valgo** é uma deformidade típica associada à disfunção do músculo tibial posterior que se inicia com inchaço (edema), inflamação e dor local. Com a evolução da doença, o pé irá transformar-se num pé plano valgo com subluxação astrágalo-escafoide.

Diversos estudos apontam para **difficuldade na marcha de forma irreversível, presença de dor e inabilidade podológica e redução da qualidade de**

**DESTRUIÇÃO TOTAL
DAS ARTICULAÇÕES
PROVOCADA PELA AR
RAIO-X**

PÉ PLANO VALGO



vida relacionada com a saúde, de forma gradual e progressiva (40). Assim, **recomendações internacionais consideram que o Podologista deve ser incluído nas equipas multidisciplinares para o tratamento e gestão de artrite reumatoide recente**, focando-se na identificação, prevenção e tratamento de alterações causadas pela patologia, no alívio da dor; manutenção da função e na melhoria da qualidade de vida (40).

A eficácia da provisão de suportes plantares está ainda insuficientemente estudada (40). Contudo, o novo paradigma de ação deve focar na **combinação de terapêutica direcionada para o tratamento de lesões inflamatórias, associada à redução de limitações mecânicas a nível podológico**, por exemplo, **através de imobilização, suportes plantares individualizados e exercícios** (40).

Nos casos em que a instabilidade articular ou deformidades redutíveis estejam presentes, devem ser abordadas através da **confeção de ortóteses individualizadas** e analisando o potencial impacto na qualidade da marcha e no nível de dor e mobilidade. Uma revisão sistemática com meta-análise demonstrou que **as pessoas com artrite reumatoide apresentam uma marcha mais lenta, com menor cadência, amplitude do passo, força de tornozelo e maior tempo em duplo apoio e pico de pressão plantar no antepé** (42).

O Podologista, para além dos procedimentos já abordados, é relevante que no reconhecimento e referenciação adequada de episódios agudos, quer na identificação de complicações associadas à artrite reumatoide, como infeções ungueais, doença arterial periférica e alterações neurológicas (40).

**PÉ COM AR
COM HISTORIAL
DE INTERVENÇÕES
CIRÚRGICAS**

**PÉ COM AR
RAIO-X**



ORTÓTESE

Dispositivo ou aparelho destinado a corrigir, estabilizar ou modificar uma função muscular, esquelética ou neurológica.

fonte • <https://dicionario.priberam.org/ortótese>

ERITEMA

Vermelhidão congestiva da pele por dilatação dos capilares, que desaparece temporariamente com a pressão. O eritema pode ter carácter transitório ou permanente, e pode ser localizado ou generalizado.

fonte • www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/eritema

ARTRITES CRISTALINAS

Gota e Pseudogota

As artropatias cristalinas que ocorrem com maior frequência a nível do membro inferior são a gota e a pseudogota. Ambas partilham a precipitação de cristais numa articulação e/ou tecido envolvente que pode originar uma resposta inflamatória aguda vigorosa (39).

A **gota** é causada por um nível elevado de ácido úrico que pode levar à formação de cristais de urato monossódico. A nível do membro inferior **atinge principalmente a primeira articulação metatársica, articulações do retropé e mediopé, e tendão de Aquiles** (43), com dor de instalação rápida, com um aumento severo horas após o início da sintomatologia, culminando na **incapacidade de suportar carga na articulação afetada** (39). Na observação, verifica-se a presença de eritema e edema em torno da articulação.

Em alguns casos, observam-se cristais em forma de agulha no líquido sinovial. A gota apresenta potencial de destruir as articulações afetadas, quando não tratada de forma atempada, podendo progredir para **gota tofosa**, em que depósitos de ácido úrico se acumulam de forma palpável sob a pele e podendo erodir o(s) osso(s) adjacente(s) (39).

No caso da **pseudogota**, os cristais são de pirofosfato de cálcio e, ao contrário da gota, têm uma conformação arredondada (39). A pseudogota pode apresentar uma forma aguda, mas também crónica, afetando principalmente o joelho a nível do membro inferior (39).

Os indivíduos com história de gota, tendem a usar calçado demasiado curto ou longo, com amortecimento insuficiente e com mais de 12 meses (44). Numa análise posterior do impacto da utilização de calçado adequado e amortecedor, verifica-se uma redução na dor no pé e global, e na incapacidade de pessoas com história de gota, sem episódio agudo ativo (45). Num ensaio clínico randomizado (46) a atribuição de um calçado desportivo adequado em adição a educação e cuidados podológicos frequentes, levou a redução da dor e aumento da mobilidade, mas apenas a curto prazo.

Por outro lado, autores sugerem que o depósito de cristais e a lesão articular ocorrem com maior frequência em locais de maior carga biomecânica durante a marcha, principalmente em locais com alterações biomecânicas (43).

Adicionalmente, um estudo (45) reportou reduções na dor em 18% e na incapacidade em 23%, após uma única consulta de Podologia em pessoas com condições reumatológicas, incluindo gota. Nestas consultas realizavam-se, entre outros procedimentos, deslaminagem de hiperqueratoses, desbridamento de úlceras, tratamento de onicopatias, confeção de ortóteses, aconselhamento de calçado adequado.

Por tudo isto, consideramos que o **Podologista tem um papel de elevada relevância no acompanhamento de pessoas com doenças reumatológicas.**

GOTA



INFORMAÇÃO adicional



VIDEO Tutorial

Anatomia do Pé em inglês
em youtu.be/rodIacma64o



WEBSITE

a Gota não nos pára
em www.agotanaonospara.pt

23^o Fórum de Apoio ao Doente Reumático

3 DEZEMBRO
18:30 - 19:30

Novos Desafios WEBINAR 4^o Sessão
O ESSENCIAL SOBRE GOTA

Abertura e moderação
Ana Vieira, Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas

O Essencial sobre Gota
Dr^a Susana Capela, Vice-Presidente da LPCDR, Reumatologista,
Coordenadora da Consulta de Subespecialidade de Gota no Hospital de Santa Maria

QA
Apresentação do website agotanaonospara.pt

QA e Encerramento
Ana Vieira



WEBINAR Forum LPCDR

o essencial sobre Gota
em youtu.be/kpp4nbjzfz

23^o Fórum de Apoio ao Doente Reumático

Novos Desafios

WEBINAR
O Essencial sobre Artrite Psoriática

10 de dezembro 2020
18h30-19h30

Ordem:
Moderação
Elza Mateus

Anabela Barreira
Reumatologista



WEBINAR Forum LPCDR

o essencial sobre Artrite Psoriática
em youtu.be/ttnv2ptlvuq



WEBINAR
Dor Crónica
experimente andar
com os meus pés

23 junho 2021 | 18:30

Introdução Catarina Marques

Dor nos Pés
Alterações, Problemas e Impacto
Prevenir, Diagnosticar e Tratar
Dra. Cristina Carvalho

Perguntas & Respostas



WEBINAR LPCDR

Dor Crónica
experimente andar
com os meus pés

em youtu.be/eymfktygw8

REFERÊNCIAS

- 1 Gomes, M; Torres, A; Leal F (2015) Pé e Tornozelo Reumatoide in Amado P (coord) et al. Pé e Tornozelo, Lisboa: Lidel.
- 2 Martiniano, J e Monteiro-Soares, M (2021) As repercussões do envelhecimento no membro inferior in Pinheiro J (coord.) Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares, vol. I, pp. 59-68.
- 3 Thoumie P (2009) Pie, postura y equilibrio. EMC - Podologia; E - 27-020-A-10.
- 4 Abrantes J (2007) Rigidez dinâmica como indicador da estabilidade articular: XII Congresso Brasileiro de Biomecânica, de 30 de Maio a 02 de Junho de 2007, São Pedro, SP / Mauro Gonçalves, org. - São Paulo: TEC ART, 2007 I CD-ROM.
- 5 Gross KD, Felson DT, Niu J, Hunter DJ, Guermazi A, Roemer FW, Dufour AB, Gensure RH, Hannan MT (2011) Association of flat feet with knee pain and cartilage damage in older adults. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 63(7):937-44.
- 6 Ojukwu CP, Anyanwu EG, Nwafor GG (2017). Correlation between Foot Arch Index and the Intensity of Foot, Knee, and Lower Back Pain among Pregnant Women in a South-Eastern Nigerian Community. *Medical principles and practice: international journal of the Kuwait University, Health Science Centre* 26(5):480-484.
- 7 Goldcher A (2007) Podologie, Masson. 5ª Ed. France.
- 8 Menz HB, Dufour AB, Casey VA, Riskowski JL, McLean RR, Katz P, Hannan MT (2013) Foot Pain and Mobility Limitations in Older Adults: The Framingham Foot Study. *Journals of Gerontology: Medical Sciences* 68 (10):1281-1285.
- 9 Mickle KJ, Munro BJ, Lord SR, Menz HB, Steele JR (2010) Foot Pain, Plantar Pressures, and Falls in Older People: A Prospective Study. *Journal of the American geriatrics Society* 58:1936-1940.
- 10 Grondal L, Tengstrand B, Nordmark B, Wretenberg P, Stark A (2008) The foot: still the most important reason for walking incapacity in rheumatoid arthritis: distribution of symptomatic joints in 1,000 RA patients. *Acta Orthop.* 79: 257-261.
- 11 Grigor C, Capell H, Stirling, A, McMahon AD, Lock P, Vallance R, Kincaid W, Porter D (2004) Effect of a treatment strategy of tight control for rheumatoid arthritis (the TICORA study): a single-blind randomised controlled trial. *Lancet* 17-23; 364(9430): 263-9.
- 12 Kiely PD, Brown AK, Edwards CJ, O'Reilly DT, Ostör AJ, Quinn M, Taggart A, Taylor PC, Wakefield RJ, Conaghan PG (2009) Contemporary treatment principles for early rheumatoid arthritis: a consensus statement. *Rheumatology (Oxford)*, 48: 765-772.
- 13 Guimarães MC, Yamaguchi CK, Aihara AY, Hartmann LG, Pröglhöf J, Fernandes ARC (2006) Metatarsalgias: diagnóstico diferencial por meio da ressonância magnética. *Radiol Bras* 39(4):297-304.
- 14 Graham AS, Hammond A, Walmsley S, Williams AE (2012) Foot health education for people with rheumatoid arthritis — some patient perspectives. *Journal of Foot and Ankle Research*, 5-23.
- 15 Williams, AE, Graham, A (2012) 'My feet - visible, but ignored ...' A qualitative study of foot care for people with rheumatoid arthritis. *Clinical rehabilitation* 26(10):952-9.
- 16 Tenten-Diepenmaat M, Deeker J, Heymans MW, Roorda L, Vliet Vlieland TPM, Van Der Leeden M (2019) Multidisciplinary recommendations for diagnosis and treatment of foot problems in people with rheumatoid arthritis. *Journal of Foot and Ankle Research*, 12(1):1-16.
- 17 Branco J, Canhao H (2015) EpiReumaPt – desenvolvimento e consequências. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 40(2):106-109.
- 18 Klak A, Raciborski F, Samel-Kowalik P (2016) Social implications of rheumatic diseases. *Reumatologia*, 54(2): 73-78.
- 19 Reinoso-Cobo A, Gijon-Nogueron G, Caliz-Caliz R, Ferrer-Gonzalez M, Vallejo-Velazquez M, Morales-Asencio J, Ortega-Avila AB (2020) A Foot health and quality of life in patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional study, *BMJ Open* 10, e036903.
- 20 Gerrard JM, Bonanno DR, Whittaker GA, Landorf KB. (2020) Effect of different orthotic materials on plantar pressures: a systematic review. *Journal of Foot and Ankle Research* 13, 35.
- 21 Marsman AF, Dahmen R, Rooda LD, Schaardenburg DV, Dekker J, Britsemmer K, Knol LD, Van der Leeden M, (2012) Foot-related health care use in patients with rheumatoid arthritis in an outpatient secondary care center for rheumatology and rehabilitation in The Netherlands: A cohort study with a maximum of fifteen years of followup. *Arthritis Care e Research*, 65(2):220-226.
- 22 Riskowski J, Dufour AB, Hannan MT (2011) Arthritis, Foot Pain & Shoe Wear: Current Musculoskeletal Research on Feet. *Curr opin Rheumatol*, 23(2):145-155.
- 23 Tenten-Diepenmaat M, Dekker J, Heymans M, Roorda L, Vliet Vlieland T, Van Der Leeden M (2019) Systematic review on the comparative effectiveness of foot orthoses in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Foot and Ankle Research* 32.
- 24 Kataria RK, Brent LH (2004) Spondyloarthropathies. *Am Fam Physician.* Jun 15;69(12):2853-60.
- 25 Strauss EJ, Alfonso D, Baidwan G, Di Cesare PE (2008) Orthopedic manifestations and management of psoriatic arthritis. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*, Mar; 37(3):138-47.
- 26 Espondilite Anquilosante - Sociedade Portuguesa de Reumatologia (spreumatologia.pt).
- 27 Shainberg CG, Saad SGS, Gonçalves CR. Espondiloartropatias acedido em <https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1932/espondiloartropatias.htm>

- 28 Turner D, Helliwell P (2019) Spondyloarthropathies in Helliwell PS, Backhouse MR, Siddle HJ (eds) *The Foot and Ankle in Rheumatology*. DOI: 10.1093/med/9780198734451.003.0007.
- 29 Braun J, Sieper J (2006) Spondyloarthritiden [Spondylarthritides]. *Z Rheumatol*. Nov 65(7):613-31.
- 30 Carter K, Lahiri M, Cheung PP, Santosa Am Rome K (2016) Prevalence of foot problems in people with inflammatory arthritis in Singapore. *Journal of Foot and Ankle Research*, 9:37.
- 31 Ozaras N, Havan N, Poyraz E, Rezvani A, Aydin T (2016) Functional limitations due to foot involvement in spondyloarthritis. *J Phys Ther Sci*. 28(7):2005-2008.
- 32 Bezza A, Niamane R, Amine B, El Maghraoui A, Bensabbah R, Hajjaj-Hassouni N (2004) Involvement of the foot in patients with psoriatic arthritis. A review of 26 cases. *Joint Bone Spine* 71(6):546-549.
- 33 Helliwell P, Siddle H, Redmond A. *Reports on the Rheumatic Diseases | Series 6 | Spring 2011 | Topical Reviews No 8. The foot and ankle in rheumatology.*
- 34 Shainberg CG (2020) Quadro clínico das entesopatias, Parte I – Dactilite. *Rev Paul Reumatol* 19(4):21-4.
- 35 Raho G, Koleva DM, Garattini L, Naldi L (2012) The burden of moderate to severe psoriasis: an overview. *Pharmacoeconomics* Nov 1, 30(11):1005-13.
- 36 Fry L (2004) *An Atlas of Psoriasis*, Second ed. Taylor & Francis.
- 37 Jones SM, Armas JB, Cohen MG, Lovell CR, Evison G, McHugh NJ (1994) Psoriatic arthritis: outcome of disease subsets and relationship of joint disease to nail and skin disease. *Br J Rheumatol* 33(9):834-839.
- 38 Cohen MR, Reda DJ, Clegg DO (1999) Baseline relationships between psoriasis and psoriatic arthritis: analysis of 221 patients with active psoriatic arthritis. Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Seronegative Spondyloarthropathies. *J Rheumatol* 26(8):1752-1756.
- 39 Positano RG, Borer J, DiGiovanni, C, Trepal, M (2017) *Systemic Disease Manifestations in the Foot, Ankle, and Lower Extremity*. Lippincott Williams & Wilkins.
- 40 Woodburn J, Hennessy K, Steultjens MP, McInnes IB, Turner DE (2010) Looking through the 'window of opportunity': is there a new paradigm of podiatry care on the horizon in early rheumatoid arthritis?. *Journal of Foot and Ankle Research*, 3(1):1-10.
- 41 Mjaavatten MD, Haugen AJ, Helgetveit K, Nygaard H, Sidenvall G, Uhlig T, Kvien TK (2009) Pattern of joint involvement and other disease characteristics in 634 patients with arthritis of less than 16 weeks' duration. *The Journal of rheumatology* 36(7):1401-1406.
- 42 Carroll M, Parmar P, Dalbeth N, Boocock M, Rome K (2015) Gait characteristics associated with the foot and ankle in inflammatory arthritis: a systematic review and meta-analysis. *BMC musculoskeletal disorders* 16(1):1-13.
- 43 Stewart S, Dalbeth N, Rome K (2016) The impact of gout on the foot: a review. *Gout and Hyperuricemia* 3(1):1-8.
- 44 Rome K, Stewart S, Vandal AC, Gow P, McNair P, Dalbeth N (2013) The effects of commercially available footwear on foot pain and disability in people with gout: a pilot study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 14(1):1-9.
- 45 Rome K, Erikson K, Ng A, Gow PJ, Sahid H, Williams AE (2013) A new podiatry service for patients with arthritis. *NZ Med J* 126(1370):70-7.
- 46 Frecklington M, Dalbeth N, McNair P, Morpeth T, Vandal AC, Gow P, Rome K (2019) Effects of a footwear intervention on foot pain and disability in people with gout: a randomised controlled trial. *Arthritis research & therapy*, 21(1):1-10.



**INSTITUTO PORTUGUÊS DE
REUMATOLOGIA**
Desde 1948

Consulta de Podologia

Rua da Beneficência, 7, 1050-034 Lisboa
217 980 200 • consulta.beneficencia@ipr.pt

Benefícios de Sócio da Liga

• Receção deste **Boletim** - trimestral • Participação gratuita, a preços especiais ou simbólicos, em **atividades ou eventos culturais** organizados pela Liga • Participação em **encontros de associados, amigos e familiares** • Empréstimo de **Ajudas Técnicas** • **Apoio ao Doente** • **Parcerias & Protocolos**

Parcerias & Protocolos

Os associados da Liga (e familiares nalguns casos) podem beneficiar de diversos protocolos e parcerias com entidades das áreas de **saúde, lazer, cultura, etc.** Os associados interessados em qualquer um dos protocolos devem **solicitar-nos antecipadamente uma credencial**, sendo os contactos posteriores feitos diretamente para as respetivas entidades, mencionando o protocolo em questão e apresentando a credencial. **É indispensável ter as quotas em dia.**

Veja a descrição e condições de cada entidade em www.lpcdr.org.pt/associados/parcerias-e-protocolos

A Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas **agradece o apoio à publicação deste boletim informativo**, salientando a sua independência em relação à seleção dos temas, sendo o conteúdo e as afirmações expressas da inteira responsabilidade dos autores e em consonância com o nosso Estatuto Editorial disponível em www.lpcdr.org.pt

abbvie Lilly AMGEN®

melhore a saúde dos seus ossos
saiba mais sobre **OSTEOPOROSE**

em <https://ossosfortes.pt>

♀SSS♂ **FORTES**

Contactos

Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas

Rua Quinta do Loureiro, 13 - Loja 2
1350-410 Lisboa

Secretaria

Dias Úteis • 14:00 / 18:00
21 364 87 76 • 92 560 99 37
lpcdr@lpcdr.org.pt

Direção

92 560 99 19 • direccao@lpcdr.org.pt

Apoio ao Doente

92 560 99 40 • 96 806 12 09
voluntariado@lpcdr.org.pt

website www.lpcdr.org.pt

facebook [lpcdr.org.pt](https://www.facebook.com/lpcdr.org.pt)

IBAN

PT50 0036 000 399 1000 49 547 44

Faça-se Sócio

toda a informação em
www.lpcdr.org.pt/associados/faca-se-socio

Ficha Técnica

Propriedade • Edição • Redação

Liga Portuguesa
Contra as Doenças Reumáticas
Rua Quinta do Loureiro, 13 - Loja 2
1350-410 Lisboa

NIF 501 684 107

Direção Elsa Mateus

Estatuto Editorial disponível em
www.lpcdr.org.pt/lpcdr/estatuto-editorial

Design IR • Inês Ribeiro

Composição IR • Inês Ribeiro

Impressão Publirep

Rua Particular APM, Armazém 6
Valejas, 2790-192 Carnaxide

Depósito Legal n.º 391211-15

N.º Registo ERC 123896

Tiragem 2 000 exemplares