

# Revista Paulista de Reumatologia

vol. 2 n.º 4 out./dez. 2003

**Por que quero ser  
presidente da SBR?**

## REABILITANDO O REUMATOLOGISTA

**Hidroterapia em Reumatologia**

## RESUMO DE TESES

**Influência da Composição Corpórea na  
Densidade Mineral Óssea de Mulheres  
Brasileiras**

**Avaliação da Qualidade de Vida  
e Impacto da Doença nos Cuidadores  
Primários de Pacientes com AR Juvenil**

## PERSPECTIVAS

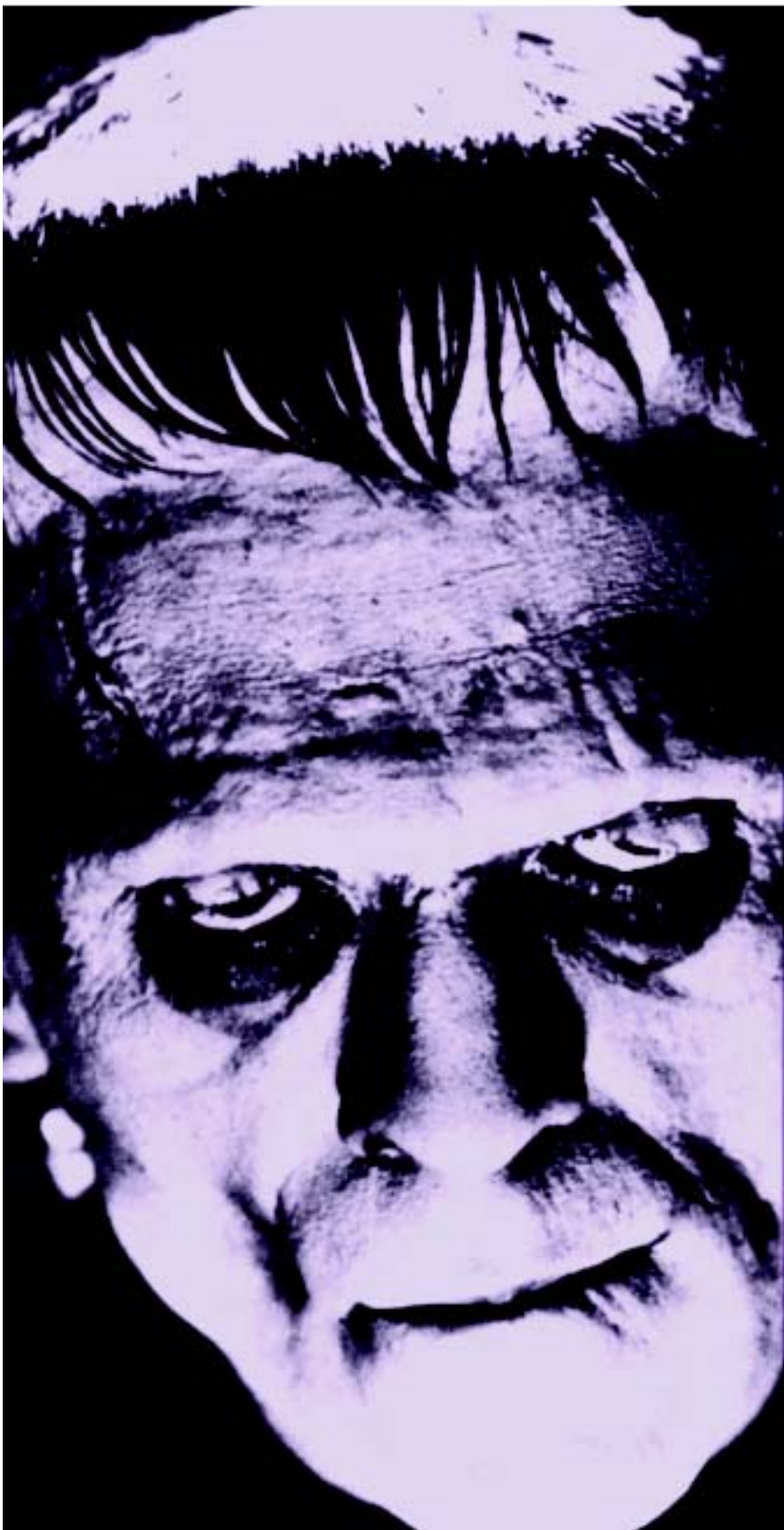
**O Reumatologista e a Densitometria  
Óssea**

## GRUPOS DE APOIO

**Lágrima-Brasil**

**XVII JORNADA PAULISTA  
DE REUMATOLOGIA**

**ENCONTRO  
RIO - SÃO PAULO  
DE REUMATOLOGIA**





## Sumário

Registro	3
Editorial	4
Reabilitando o Reumatologista	5
Resumo de Teses	6
Perspectivas	7
Grupos de Apoio	8
XVII Jornada Paulista de Reumatologia Encontro Rio-São Paulo de Reumatologia	
• Programação Científica	11-13
• Temas Livres e Pôsteres – Área Clínica	14-22
• Temas Livres e Pôsteres – Área Básica	23-26
• Índice dos Autores	27
Especial	28
Noticiário	29
Agenda	30

### Sociedade Paulista de Reumatologia

DIRETORIA EXECUTIVA 2002/2003

**Presidente**

Jamil Natour

**1.º Vice-Presidente**

Manoel Barros Bértolo

**1.º Secretário**

Luiz Carlos Latorre

**1.º Tesoureiro**

Rita Furtado

**Comissão Científica**

Vera Lúcia Szejnfeld, Cláudia Goldenstein Schainberg, Branca D. B. Souza, Daniel Feldman, Marcos Renato de Assis, Maria Odete Esteves Hilário, Sílvia Figueira Antonio, Virgínia F. M. Trevisani

**Comissão de Ética**

Abel Pereira de Souza Jr., Eduardo S. Meirelles, Rozana Mesquita Ciconelli

**Comissão de Ensino**

Cláudio A. Len, Maria Teresa R. A. Terreri, Milton Helfenstein Jr., Roberto E. Heymann

**Conselho Fiscal**

Adil Munib Samara, Cristiano A. F. Zerbini, Emilia Sato, José Roberto Provenza, José Goldenberg, Rina Neubarth Giorgit

**Comissão Estadual**

Rubens Bonfiglioli (Campinas), Ricardo E. Amorim Santos Diniz (Santos), Paulo de Tarso Nora Verdi (Araçatuba), José E. Martinez (Sorocaba), Lúcia A. Buffulin de Faria (São José do Rio Preto), Flávio Calil Peteian (Ribeirão Preto), Oswaldo Melo da Rocha (Botucatu), Clovis S. Magon (São Carlos), Sônia Regina Farão Gomes (Presidente Prudente), César E. Baaklini (Marília)

**Endereço**

Rua Maestro Cardim, 354, conj. 53, CEP 01233-000, São Paulo, SP

Fone/fax: (11) 3284-0507, e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

### Revista Paulista de Reumatologia

**Editores Científicos**

Alexandre Wagner S. Souza, Fábio Jennings, Marcelo Pinheiro

### etCetera Editora de Livros e Revistas

**Editor responsável**

Kleber Kohn

**Administração**

Silvia Souza

**Jornalista responsável**

Luciana C. N. Caetano (MTb 27.425)

**Endereço para correspondência**

Rua Baronesa de Itú, 336, 10.º andar, Higienópolis, CEP 01231-100, São Paulo, SP

Fones: (11) 3825-3504 / 3826-4945, Fax: (11) 3826-7770

e-mail: atendimento@etceteraeditora.com.br

Empresa filiada à Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC)

## Chegamos ao Final!

Dois anos se passaram desde nossa eleição. Foram dois árduos anos de dúvidas e trabalho. Em um rápido balancete deste período à frente da SPR poderíamos citar: os Fóruns de Debates, com recordes de público; os Encontros de Reumatologia Avançada, vitrine da ciência reumatológica em nosso meio; a Jornada Paulista/Encontro Rio-SP de Reumatologia que vislumbra, pelo programa e pelas inscrições iniciais, um excelente fechamento para esta gestão; a *Revista Paulista de Reumatologia*, que pelo conteúdo e qualidade gráfica revelou-se a grande e

agradável surpresa deste período e, finalmente, os eventos no interior, que apesar de terem sido em menor número que o esperado, quando ocorreram, foram de muito boa qualidade, mérito de nossos

colegas do interior.

Cremos que a grande marca desta gestão foi a participação ativa da diretoria e comissões, garantindo um poder de decisão descentralizado, a maioria e as mais importantes decisões sendo tomadas em reuniões mensais regulares. Honestidade e independência, estes foram os paradigmas, esta deve ser a cobrança dos sócios. Obrigado a todos.

Boa-sorte à nova diretoria e boa Jornada Paulista/Encontro Rio-SP de Reumatologia.



JAMIL NATOUR

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia  
Biênio 2002-2003



## Novos Horizontes

No início do ano de 2002, tínhamos a tarefa de fazer renascer a Revista da Sociedade Paulista de Reumatologia. Estudamos os textos publicados em revistas anteriores e optamos por iniciar algo novo, mas tentando resgatar os antigos números (“Artrófilo” e “Rheuma”). Propusemos uma eleição para escolha democrática do nome definitivo desta publicação trimestral e, para nossa surpresa, surgiu um terceiro nome, a *Revista Paulista de Reumatologia*, escolhida por sugestão dos sócios da SPR.

A partir daí, começamos a “articular” a nova Revista, criando novas seções, textos criativos, de fácil leitura, com perfil informativo, mas sem esquecer de trazer a literatura científica. Assim, foram escolhidas as seções “Perspectivas”, com o objetivo de mostrar o que pode ser feito além da clínica em Reumatologia; “Reabilitando o Reumatologista”, a fim de atualizar nossos colegas com os novos conceitos de reabilitação; “Top 10”, mostrando o que há de novo na literatura internacional; “Resumo de Teses”, publicando a experiência nacional em pesquisa e “Grupos de Apoio”, enfatizando a interface entre o médico e o paciente, a solidariedade e o papel educativo e social das organizações brasileiras de apoio ao paciente reumático. Não esquecemos, é claro, do “Noticiário”, expondo os bastidores dos eventos nacionais, regionais e outras atividades da SPR e do “Registro”, dando a palavra ao Presidente.

Trocamos os pacientes e os exames por textos, matérias e editoriais. Passamos a escolher tipos de papel, a idealizar capas que seriam obras de artistas famosos

(pintores, escultores, atores etc) que tivessem desenvolvido alguma doença reumática e a procurar patrocínios. Tarefa difícil! A ajuda vinha de várias pessoas, especialmente daquelas que não mediam esforços para escrever textos quando eram solicitados. No entanto, o patrocínio não vinha. Era quase o final do primeiro semestre de 2002 e ainda não tínhamos fundos para custear a primeira publicação da Revista. Por iniciativa da própria SPR, bancando todos os custos, o primeiro número saiu. Esse logo chamou atenção da indústria farmacêutica, que passou a interessar-se pelo patrocínio. A partir de então, a Revista passa a ter conteúdo e periodicidade pontuais. A cada três meses todos os sócios da SPR e SBR recebem um novo número.

Em 2003, ano dedicado às bodas de ouro da fundação da SPR, a Revista cresce e passa a conter 32 páginas em vez das 16 iniciais e a dedicar todos os editoriais às comemorações de seu aniversário: “Estamos ficando velhos e velhos contam histórias”, “Retrospectiva 1953” e “Retrospectiva 2003”. As seções concretizam-se e agora transmitem e difundem as idéias de reumatologistas e áreas afins, de todo o Estado de São Paulo, a todas as partes do Brasil. Trazem informações novas, mudam conceitos e formam opiniões. Ao final de 2003, nós, agora editores e médicos reumatologistas, vemos que a experiência nos valeu bastante e que o experimento agora é evidência. A *Revista Paulista de Reumatologia* está viva, amadurecida e pronta para as futuras gestões da SPR.

Feliz Natal a todos!

MARCELO PINHEIRO, FÁBIO JENNINGS,  
ALEXANDRE SOUZA  
*Editores da RPR*

# Hidroterapia em Reumatologia

ANAMARIA JONES MARTINEZ

Fisioterapeuta, Especialista em Reabilitação Aplicada à Reumatologia pela Unifesp/ EPM

Os efeitos terapêuticos da água são conhecidos desde os tempos mais remotos. Na Roma Antiga, os balneários ou termas tinham lugar de destaque na vida e saúde dos cidadãos, não só pela conotação político-social (“ponto de encontro”), mas também pela obra arquitetônica (beleza e dimensões grandiosas). Na virada do século XX, médicos como Simon Baruch, John Kellogg e Guy Hinsdale conduziram experimentos clínicos sobre a utilização da água para fins terapêuticos e receitaram o que chamavam de balneoterapia. É importante salientar que, embora tenham demonstrado efeitos benéficos da água, eles pouco estudaram sobre a realização de exercícios dentro d’água. Após a II Guerra Mundial, resgata-se o estudo sobre os benefícios dos exercícios realizados dentro d’água, baseados na imersão em água quente e na cinesioterapia, criando-se, pela primeira vez, o termo hidroterapia ou reabilitação aquática.

A utilização dos princípios físicos da água, em particular do calor, é o principal responsável pelas inúmeras respostas fisiológicas, tais como aumento da frequência respiratória e cardíaca, aumento do suprimento sanguíneo para os músculos (melhora do metabolismo e relaxamento muscular), aumento da circulação periférica e do retorno venoso, diminuição da pressão arterial, do edema e da sensibilidade nos terminais nervosos.

As propriedades físicas da água fornecem o ambiente ideal para a reabilitação para os pacientes reumáticos. A observação do alívio no rosto do paciente, ao mergulhar na piscina aquecida, não permite outra conclusão. As propriedades físicas da água se aplicam a quase todos os sintomas desses pacientes, proporcionando redução da dor e do edema articular, bem como aumento da amplitude de movimento, da força e da resistência muscular, além de preservar e melhorar a capacidade funcional. O ambiente no qual é realizada a hidroterapia deve ser confortável, a fim de otimizar o relaxamento muscular e, posteriormente, a execução desses movimentos no solo.

O alívio da dor promovido pela hidroterapia é conseguido pelo aumento dos estímulos sensoriais, (turbulência dos movimentos que provocam o desalinhamento do fluxo da água); pela pressão hidrostática (pressão exercida pelas moléculas de água na superfície do corpo imerso); e pela temperatura da água. A ação do empuxo, força opostas à gravidade, também colabora com o efeito analgésico, pois promove diminuição da atividade muscular e da compressão articular.

Dentro d’água é mais fácil conseguir o fortalecimento muscular progressivo sem agressão articular, devido ao suporte promovido pelo empuxo (decoaptação articular) e pela modulação da resistência através da variação da velocidade do

movimento e da turbulência, ou seja, quanto mais lento e mais alinhado ao fluxo for o movimento, menor será a resistência e vice-versa.

A hidroterapia pode proporcionar diversos efeitos clínicos em pacientes reumáticos, tais como: - possibilidade de trabalhar grandes grupos musculares, em grandes amplitudes de movimento, em diferentes direções e de forma simultânea; - redução da ação da força da gravidade (benefício sobre o início de descarga de peso articular); - redução da sensibilidade dolorosa, permitindo a realização de exercícios que seriam impossíveis de se realizar fora da água; - aumento da resistência ao exercício (resistência 6 a 15 vezes maior); - aumento da circulação periférica (benefício sobre a pele); - melhora da musculatura respiratória, pelo uso desta musculatura à simples imersão; - melhora da consciência do esquema corporal, do equilíbrio e da estabilidade proximal do tronco; - melhora da autoconfiança do paciente; entre outros.

Quatro técnicas de hidroterapia são as mais utilizadas (“Watsu”, “Halliwick”, “Bad Ragaz” e “Deep Running”). O método “Watsu” é baseado no alívio da dor e do estresse, utilizando água aquecida e diversos exercícios de alongamento e relaxamento. O método “Halliwick” tem por princípio a realização do controle de rotações em torno dos vários eixos do corpo, visando melhorar a capacidade funcional. O método de “Bad Ragaz” é feito com o paciente na horizontal e auxílio de flutuadores, utilizando as propriedades físicas da água para fortalecer a musculatura do tronco e dos membros. O método “Deep Running” promove a simulação de marcha ou corrida em água profunda, mas sem ocorrer o toque dos pés no fundo da piscina, a fim de proporcionar efetivo condicionamento cardiovascular. De modo geral, para se obter os objetivos desejados em cada paciente, o terapeuta utiliza a combinação destas técnicas em cada sessão, assim como os princípios da cinesioterapia convencional e diversos equipamentos auxiliares (flutuadores, pesos e elásticos).

Vários estudos têm tentado comprovar a eficácia da hidroterapia nas doenças reumáticas. Verhagem et al, em 2000, ao realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a eficácia da hidroterapia quando comparada a terapias convencionais no tratamento não farmacológico da artrite reumatóide, osteoartrose, lombalgia e espondilite anquilosante, mostraram uma tendência de melhora mais significativa no grupo de pacientes com hidroterapia. Enfim, apesar de ainda haver poucas evidências positivas sobre a hidroterapia, a técnica tem se difundido bastante e mostrado efeito benéfico, na prática, com relação ao alívio da dor em pacientes com doenças reumáticas.

## Influência da Composição Corpórea na Densidade Mineral Óssea de Mulheres Brasileiras

MARIA GUADALUPE BARBOSA PIPPA

Dissertação apresentada à FMUSP para obtenção do título de Mestre em Medicina  
Orientador: Cristiano Augusto de Freitas Zerbini

A densidade mineral óssea (DMO) é influenciada pela composição corpórea (CC), particularmente pelas massas gorda e magra, apresentando valores variáveis dependentes da raça. Levando em conta que a população brasileira é composta por uma ampla variedade de raças, principalmente negros, brancos e pardos, este estudo teve como objetivo avaliar a influência da composição corpórea na DMO de mulheres brasileiras, segundo *status* de menopausa e raça. Foram estudadas 162 mulheres (90 brancas e 72 não brancas) com idade entre 20 e 79 anos. A densitometria óssea de dupla emissão com fonte de raios X foi usada para medir a DMO total (DMOT), a DMO da coluna lombar (DMOCL), a DMO do colo do fêmur (DMOCF), a massa gorda total (MGT) e a massa magra total (MMT). As variáveis foram avaliadas de forma descritiva, utilizando média, desvio padrão, mediana e valores mínimo e máximo. Na comparação de médias das DMO total, DMOs regionais e das medidas de composição corpórea segundo *status* de menopausa e raça, foi utilizada a análise de variância a um fator. Nas comparações múltiplas, utilizamos o teste de Turkey-HSD. A diferença de média entre as variáveis das mulheres brancas e não brancas foi

feita pelo teste *t-student*. A homogeneidade de variância foi avaliada pelo teste de Laveine e aderência à curva normal pelo teste de Kolmogorov Smirnov. A correlação entre as variáveis foi estimada pelo coeficiente de correlação de Pearson. A análise de regressão linear múltipla foi realizada para analisar o efeito conjunto das correlações significativas encontradas. Através da interpretação dos resultados encontrados, concluímos: 1) não houve diferença significativa na comparação das médias da DMO, analisadas na coluna lombar e região proximal do fêmur, entre as 162 mulheres brancas e não brancas; 2) a média da DMOT das mulheres não brancas na pré-menopausa foi maior que a média nas mulheres brancas neste mesmo grupo; 3) nas mulheres brancas pré-menopausa, o IMC foi o maior determinante da DMO em todos os sítios estudados; 4) nas mulheres não brancas na pré-menopausa, a massa magra foi o maior determinante da DMOT e DMOCL, enquanto que na DMOCF foi a idade; 5) a massa gorda foi um importante determinante da DMO das mulheres brancas na pós-menopausa em todas as regiões estudadas; 6) nas mulheres não brancas na pós-menopausa, a massa magra foi o determinante significativo da DMOT e DMO regionais.

## Avaliação da Qualidade de Vida e Impacto da Doença nos Cuidadores Primários de Pacientes com AR Juvenil

ALESSANDRA BRUNS

Dissertação apresentada à Unifesp/EPM para obtenção do título de Mestre em Medicina  
Orientador: Jamil Natour. Co-orientadora: Maria Odete Esteves Hilário

O objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade de vida e o impacto da doença nos cuidadores primários de pacientes com artrite reumatóide juvenil (ARJ). Foram entrevistados 70 pacientes com diagnóstico de ARJ seguidos no ambulatório de Reumatologia Pediátrica da UNIFESP e do Instituto da Criança da FMUSP e seus respectivos cuidadores. A qualidade de vida foi avaliada pelos instrumentos: *Childhood Health Assessment Questionnaire* (CHAQ), *The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36) e *Psychiatric Screening Questionnaire* (SRQ-20). O impacto da doença nos cuidadores foi medido pelo *Caregiver Burden Scale* (CB Scale). O tipo de início da ARJ foi sistêmico em 41,4%, poliarticular em 35,7% e pauciarticular em 22,9%. O tempo médio de duração da doença foi de  $5 \pm 3,8$  anos. Os escores médios do CHAQ e da escala visual analógica de dor foram de  $0,6 \pm 0,7$  e  $1,5 \pm 2,1$ , respectivamente. O número médio de articulações limitadas foi de  $10,3 \pm 15,5$  e de articulações edemaciadas e dolorosas foi de  $1,9 \pm 4,7$ . A maioria

dos cuidadores era do sexo feminino (91,4%), casadas (76,6%), mães (92,2%) e com baixo nível educacional e sócio-econômico. A média de idade dos cuidadores foi de  $37,2 \pm 8,8$  anos. Distúrbios psico-emocionais foram encontrados em 34,3% dos cuidadores. Dor e saúde mental foram os itens mais afetados no SF-36. O escore médio do impacto total medido pelo CB Scale foi de  $1,6 \pm 0,3$ . Decepção e ambiente foram os domínios mais comprometidos no CB Scale e este se correlacionou, de maneira positiva e significativa, com o SRQ-20, número de articulações limitadas e número de consultas, e, negativamente, com renda familiar, saúde mental, aspectos emocionais e sociais, vitalidade e estado geral do SF-36. Não houve diferença significativa entre as médias do CB Scale nos subtipos de início evolutivo da ARJ. Concluímos que o aspecto emocional é o mais comprometido em cuidadores de pacientes com ARJ e o impacto da doença percebido por eles depende mais de seus aspectos emocionais do que das condições físicas dos pacientes.



# O Reumatologista e a Densitometria Óssea

JOSÉ RICARDO ANIJAR

Médico reumatologista e radiologista, Mestre em Reumatologia pela Unifesp,  
responsável pelo Setor de Densitometria Óssea do Hospital do Servidor Público Estadual “FMO” – SP

A osteoporose é um problema importante de saúde pública mundial. Como os idosos apresentam maior risco de fraturas osteoporóticas, é de se esperar que a doença se manifeste com incidência cada vez maior, pois a média de idade das pessoas aumenta progressivamente. No Brasil, estima-se que em breve teremos cerca de 20% da população com mais de 65 anos, graças às melhores condições de saúde alcançadas nas últimas décadas. Com base em estudos internacionais, estima-se que 15 milhões de brasileiros estejam propensos a desenvolver a doença.

Durante muito tempo, o diagnóstico da osteoporose se baseou em dados pouco objetivos. Em uma mulher que apresenta fratura vertebral por compressão após a menopausa ou em um idoso com fratura do colo femoral, o diagnóstico é óbvio. Antes da ocorrência dessas fraturas, entretanto, a abordagem correta pode ser difícil.

Os métodos de medida quantitativa da massa óssea datam da década de 60, mas só ficaram disponíveis em larga escala em nosso meio há cerca de 15 anos, com o desenvolvimento da dupla emissão de fótons. A introdução da densitometria óssea no Brasil com o uso do gadolínio ( $Gd^{153}$ ) foi exclusiva da medicina nuclear. A partir do desenvolvimento da técnica DXA – densitometria de dupla emissão com fonte de raios X, o método alcançou segurança e precisão ideais para uso clínico no diagnóstico e seguimento da massa óssea.

A afinidade do reumatologista com a densitometria óssea é grande. Desde a introdução do método DXA, vários reumatologistas ingressaram nesse campo de atuação, que também é de interesse para a endocrinologia, a ortopedia, a ginecologia, a geriatria e a fisioterapia, além da radiologia. A fundação da Sociedade Brasileira de Densitometria Clínica – SBDens, foi uma conquista para assegurar o direito de esses especialistas poderem atuar com o exame.

Com o Certificado de Habilitação em densitometria óssea, emitido desde 1995, estabeleceu-se um vínculo consistente entre a SBDens e a Associação Médica Brasileira (AMB), por meio do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Recentemente, no entanto, ao se rever as áreas de atuação das diversas especialidades médicas, foi revogada a atuação em densitometria óssea para todas as áreas clínicas. Para ser considerada área de atuação, a sub-especialidade deve exigir preparo de pelo menos 12 meses em tempo integral. Considero essa suspensão até certo ponto natural, embora injusta, visto que hoje muitos acham que a densitometria é um simples apertar de botões, em que o resultado é automaticamente emitido pelo computador, sem direito a erros. Seria demais exigir 12 meses para aprender o segredo do apertar de botões.

A realidade do exame, entretanto, mostra uma situação ainda pior. Hoje, muitos serviços (para não dizer a maioria) contratam operadores que são treinados para adquirir as imagens e em seguida realizar as análises, cabendo ao densitometrista, quando muito, transpor os números da foto para o laudo, com total confiança na análise feita. Essa inversão de valores deu uma conotação equivocada do método, cabendo ao médico um papel secundário (o de copiar números) e à operadora o papel que deveria ser do médico, que é analisar os exames. Poucos serviços conservam a correta sistemática do médico analisar os exames na tela do computador, onde se detectam os principais erros de aquisição, os artefatos e quando é feita de forma mais adequada a análise das alterações estruturais da região lombar e do fêmur proximal.

A correta interpretação do resultado da massa óssea certamente auxilia o clínico na tomada de decisões. A probabilidade de erros aumenta com a falta de um controle de qualidade adequado e com a falta do contato do densitometrista com o exame na tela do computador, causando prejuízo na precisão do exame. Com todos esses problemas, hoje a densitometria ainda é excelente para diagnosticar o status ósseo, seja normal, osteopenia ou osteoporose, mas incapaz de responder se o tratamento instituído foi eficaz ou não. Todo reumatologista deve lembrar de casos em que a evolução da massa óssea evoluiu de forma inesperada, podendo ser explicada por essas intercorrências.

Em conversa recente com radiologistas, eles comentaram sobre a insatisfação de um colega reumatologista com os laudos das radiografias. Eles disseram: “Nós contamos em centímetros, mas os reumatologistas contam em milímetros”. Acho que eles acertaram no comentário, e o melhor exemplo é a densitometria óssea, método quantitativo em que 2% podem ser significativos. Na ultra-sonografia, um cisto renal medindo 2,0 ou 2,5cm pode ser interpretado como sem variação digna de nota, embora represente uma diferença de 25% (ainda mais se for medido por dois médicos diferentes).

A densitometria óssea é o método não invasivo mais eficaz para o diagnóstico da osteoporose e acompanhamento da massa óssea, devendo ser utilizada no dia a dia do consultório. Os especialistas clínicos, em especial os reumatologistas, têm o direito de possuir habilitação. A SBDens está se empenhando para voltar a tê-la como área de atuação. Precisamos refletir sobre a importância de um adequado controle de qualidade para permitir que o exame permaneça como uma ferramenta confiável para o seguimento do paciente osteoporótico.

## Lágrima-Brasil

Desde 1977, possuo diagnóstico de síndrome de Sjögren primária. Até o diagnóstico, tive uma longa peregrinação, cerca de 25 anos, por consultórios médicos, motivo pelo qual tive a idéia e verifiquei a importância de uma Associação de Pacientes com essa enfermidade. Nessa época, associei-me à *Sjögren's Syndrome Foundation*, nos Estados Unidos. Mensalmente, comecei a receber um jornal informativo com artigos médicos e dicas de pacientes.

Como sentia uma necessidade enorme de informação, imaginei que o mesmo deveria acontecer a pacientes aqui no Brasil, principalmente aqueles que não dominam outra língua, ou ainda mais, os que com menor poder aquisitivo não teriam oportunidade de buscar tais informações. Estava fazendo tratamento neurológico com Dr. Gilberto Ottoni de Brito que muito me incentivou para a realização desse meu sonho de criar uma Associação. Um advogado amigo, Luiz Henrique Calmon de Aguiar, da Stüssi & Neves Advogados, propôs a ajudar-me na área jurídica e a fazer o estatuto, inclusive sugerindo o nome, Associação Nacional de Portadores da Síndrome de Sjögren, a LÁGRIMA-BRASIL.

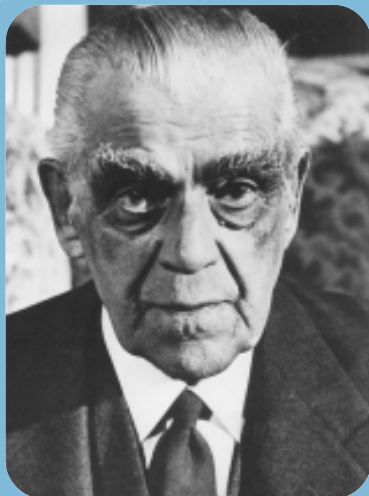
Com o estatuto pronto, procurei ajuda de profissionais voluntários para a formação do quadro médico. Atualmente, são treze especialidades e cada uma delas com um médico responsável que indica mais sete médicos de cada área, assim como outros profissionais afins, havendo envolvimento e comprometimento progressivo para uma melhor formação e divulgação. A seguir, surgiu mais um voluntário, o Hans Donner, que me presenteou com a linda logomarca do Lágrima-Brasil.

Os objetivos principais do Lágrima-Brasil são a divulgação e promoção de palestras e seminários educativos; colaboração com os poderes públicos e/ou entidades privadas em eventos; divulgação e democratização do acesso à informação e ao tratamento; auxílio para o desenvolvimento de programas assistenciais; organização de grupos de apoio; representação de pacientes brasileiros frente aos poderes públicos (federal, estadual e municipal); incentivo e fomento à pesquisa; promoção e incentivo para a cooperação de órgãos e entidades de pesquisa (universidades públicas ou privadas) e colaboração com os poderes públicos na solução de questões relacionadas à Síndrome de Sjögren.

Desde outubro de 1999, o Lágrima-Brasil faz um trabalho voluntário dentro do ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (Serviço da dra. Elisa Albuquerque e do dr. Roger Levy), distribuindo lágrimas artificiais e produtos para xerostomia a pacientes cadastrados. A partir de 23 de outubro, demos início a entrega de lágrimas artificiais no HuB, no qual existe o segundo pólo de voluntários do Lágrima-Brasil. Além deste trabalho assistencial, também nos preocupamos em ministrar palestras tanto para pacientes quanto para os profissionais da área médica, que têm a oportunidade de ouvir e saber as experiências de pacientes com diagnóstico da síndrome de Sjögren.

A divulgação do Lágrima-Brasil também acontece em congressos médicos e leigos, como o I Congresso Nacional de Pacientes Reumáticos, em São Paulo, e através da internet ([www.lagrima-brasil.org.br/stellaco@rio.com.br](http://www.lagrima-brasil.org.br/stellaco@rio.com.br)) ou pelos telefones (21) 2553-0989/7100.

STELLA DÉ CARLI CARDOSO DE OLIVEIRA  
Presidente da Lágrima-Brasil



**Capa: BORIS KARLOFF (1887-1969).** Apesar do nome russo, atribuído a ascendência materna, William Henry Pratt (Boris Karloff), era inglês. Sendo um dos filhos mais velhos de uma prole de 8 irmãos, proveniente de uma família de classe média e órfão de pais ainda na infância, foi obrigado a migrar para o Canadá, em 1909, para tentar a carreira de ator. Trabalhou em teatro e rádio e, em 1919, fez seu primeiro filme, *His Majesty, the American*, no qual aparece como figurante de história de aventura. Ao interpretar em 1931 a lendária criatura de *Frankenstein*, Boris Karloff consagrou-se como imortal do cinema de horror, juntamente com Lon Chaney ("O fantasma da ópera") e Bela Lugosi. Esses ícones do horror marcaram seus nomes na história por suas marcantes interpretações nas décadas de 1920, 30 e 40, e que construíram as bases do gênero as quais permanecerão para sempre. *Frankenstein*, criatura formada a partir de restos de cadáveres humanos, do clássico dirigido por James Whale e baseado na obra de Mary Shelley, de 1818, foi o modelo para o tratamento subsequente de Hollywood aos thrillers de horror. O filme fez enorme sucesso de bilheteria, arrecadando cerca de 12 milhões de dólares, e superando o lançamento de *Dracula*, com o lendário Bela Lugosi, no mesmo ano. A figura do monstro foi a inspiração original para as primeiras ilustrações do "Incrível Hulk". Nos anos seguintes, o imortal foi muito requisitado, estrelando diversos clássicos como *The Old Dark House* (1932), onde interpretou um mordomo mudo e assassino de um casarão gótico e *A Múmia* (1933), personificando uma múmia egípcia de 3700 anos que revive na Inglaterra. Em 1935, Karloff voltou ao papel do monstro em *The bride of Frankenstein*, outro sucesso superando até o original de 1931, e, em 1939, fez o *Son of Frankenstein*. Entre o fim da década de 30 e início dos anos 40, realizou vários filmes interpretando cientistas loucos em meio às suas macabras experiências, como podemos ver em películas como *The Invisible Ray* (1936), *The Man They Could Not Hang* (1939), *The Man With Nine Lives* (1940), *Before I Hang* (1940), *The Devil Commands* (1940) e *The Boogie Man Will Get You* (1942). Em *House of Frankenstein* (1944), ele novamente interpretou um cientista louco que foge da prisão e ressuscita Dracula, o Lobisomem e o próprio Frankenstein. Nos anos 40 e 50, manteve-se ativo em diversos filmes de horror "B", consideradas verdadeiras obras-primas (*The Bodysnatcher*, 1945; *Isle of the Dead*, 1945). Em 1958, interpretou o cientista em *The castle of Frankenstein*. Atuou com Jack Nicholson em *The Raven* (1963). Em 1964, apresentou *Black Sabbath*, dirigido pelo cineasta italiano Mario Bava e, em 1965, fez *Die, Monster, Die!*. Em 1968, estrelou *Targets*, atuando como ator de filmes de horror (seu alter-ego) e preso a uma cadeira de rodas. A partir daí, já bastante idoso, o estado de saúde de Karloff declina fortemente, com graves problemas esqueléticos, secundários à espondilite anquilosante, e respiratórios que o levaram à morte.







# XVII Jornada Paulista de Reumatologia

## Encontro Rio-São Paulo de Reumatologia

4 a 6 de dezembro de 2003 – Maksoud Plaza – São Paulo SP

### PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

#### QUINTA, 4 DE DEZEMBRO

08:30 às 08:40	<b>Abertura do Evento</b> Jamil Natour (SP)
08:40 às 09:00	<b>Comemoração dos 50 Anos da Sociedade Paulista de Reumatologia (SPR)</b> Jamil Natour (SP) – <i>Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia</i> José Luiz Gomes do Amaral (SP) – <i>Presidente da Associação Paulista de Medicina</i> Caio Moreira (BH) – <i>Presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia</i> Sueli Coelho da S. Carneiro (RJ) – <i>Presidente da Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro</i> Adil M. Samara (Campinas)
	<b>Filme Comemorativo dos 50 anos da SPR</b>
09:50 às 10:10	Intervalo
	<b>SALA 1</b>
10:10 às 11:50	Mesa-redonda: <b>Reumatologia Pediátrica 1</b> Presidente: Clóvis Strini Magon (São Carlos) Moderador: Wanda Alves Bastos (SP)
10:10 às 10:30	<b>Nefrite Lúpica</b> Clóvis Artur Almeida da Silva (SP)
10:30 às 10:50	<b>TNF e Óxido Nítrico em Pacientes com ARJ</b> Blanca E.R.G. Bica (RJ)
10:50 às 11:10	<b>Perfil Lipídico nas Doenças Reumáticas na Infância</b> Cláudia Goldenstein Schainberg (SP)
11:10 às 11:30	<b>Tratamento da Artrite Idiopática Juvenil Refratária</b> Maria Odete E. Hilário (SP)
11:30 às 11:50	Discussão
	<b>SALA 2</b>
10:10 às 11:50	Mesa-redonda: <b>Reumatologia Extrarticular</b> Presidente: Célio Roberto Gonçalves (São Carlos) Moderador: José Roberto Provenza (Campinas)
10:10 às 10:30	<b>Diagnóstico Diferencial das Síndromes Neurológicas Compressivas dos Membros Inferiores</b> Iroci Guedes Knackfuss (RJ)
10:30 às 10:50	<b>Fibromialgia em Homens</b> Roberto Ezequiel Heymann (SP)
10:50 às 11:10	<b>Qualidade de Vida em Fibromialgia</b> José Eduardo Martinez (Sorocaba)
11:10 às 11:30	<b>Tendinites dos Membros Superiores</b> Milton Helfenstein Júnior (SP)
11:30 às 11:50	Discussão

#### SALA 3

**Curso de Densitometria Óssea**  
Módulo I  
Coordenadores: Vera L. Szejnfeld (SP)  
João F. Marques Neto (Campinas)  
Marcelo M. Pinheiro (SP)

**Considerações gerais**  
Jaime S. Danowski (RJ)

**Aquisição a Análise**  
Ana Patrícia de Paula (Brasília)

**Monitorização Terapêutica**  
Vera L. Szejnfeld (SP)

**Artefatos**  
José Carlos do Amaral (Cuiabá)

#### SALA 1

**Simpósio Satélite Schering-Plough**

Intervalo para visita aos painéis

**TEMAS LIVRES E PÔSTERES – ÁREA CLÍNICA**

Presidente: Marco Antônio P. de Carvalho (BH)  
Moderador: Natalino H. Yoshinari (SP)  
Comissão Julgadora: Marco Antônio P. de Carvalho (BH)  
Natalino H. Yoshinari (SP)  
Caio Moreira (BH)

APRESENTAÇÕES DE SETE MINUTOS, SEGUIDAS DE SEIS MINUTOS DE DEBATE:

**Anticorpos Antifosfolípidos e Acidente Vascular Cerebral associados a Epilepsia no LES**  
Appenzeller S, Leuder F, Costallat LTL. FCM/Unicamp (Trabalho 001)

**Frequência e Fatores relacionados a Falência Ovariana Precoce após uso de Ciclofosfamida no LES**  
Blayta P, Appenzeller S, Costallat LTL. FCM/Unicamp (Trabalho 002)

**A Influência da Composição Corpórea na Densidade Mineral Óssea É Distinta em Mulheres Brasileiras**  
Pippa, Barbosa MG, Latorre MRO, Oliveira MR, Zerbini CFA, Freitas, CA. Hospital Heliópolis, SP (Trabalho 015)

**Tratamento da Coréia de Sydenham: Estudo Duplo Cego Paralelo com Placebo e Prednisona**  
Paz JA, Silva CAA, Dias MJM. ICR/HC/FMUSP (Trabalho 016)

**Fatores Associados a Nefrite na Púrpura de Henoch-Schönlein**  
Silva CAA, Paim LB, Campos LMMA, Koch V, Leone C. ICR/HC/FMUSP (Trabalho 017)

15:01 às 15:14	<b>Fatores de Risco associados ao Óbito em Pacientes Internados com LESJ</b> Facó MMM, Leone C, Liphau BL, Campos LMM, Silva CAA. ICR/HC/FMUSP (Trabalho 018)	15:27 às 15:40	<b>A Resposta Anabólica ao PTH (1-34) Intermitente requer Comunicação Juncional GAP mediada pela Conexina 43 (Cx 43)</b> Castro CHM, Szejnfeld VL, Civitelli R. Unifesp/EPM (Trabalho 054)
15:14 às 15:27	<b>Pesquisa de Tuberculose Latente em Pacientes com Artrite Reumatóide: Valor do Teste de Tuberculina (Ppd)</b> Laurindo IMM, Seiscento M, Bombardia S, Gonçalves CR, Kochen JAL. USP/Disciplina de Reumatologia (Trabalho 022)	15:40 às 16:10	Intervalo
15:27 às 15:40	<b>Avaliação de Fetos de Mães com LES atendidas em Hospital Terciário</b> Ushida M, Trolezi AGC, Sato EI. Unifesp/EPM (Trabalho 024)	16:10 às 17:10	<b>SALA 1</b> Conferência: <b>Osteoporose. Quem Investigar e Tratar. Como Tratar</b> (tradução simultânea) Presidente: Daniel Feldman (SP) Conferencista: Marc C. Hochberg (USA)
14:00 às 15:40	<b>TEMAS LIVRES E PÔSTERES – ÁREA BÁSICA</b> Presidente: Roger A. Levy (RJ) Moderador: Geraldo da R. Castelar Pinheiro (RJ) Comissão Julgadora: Roger A. Levy (RJ) Geraldo da R. Castelar Pinheiro (RJ) Paulo Louzada Jr. (Ribeirão Preto)	17:30	<b>ASSEMBLÉIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA (SBR)</b>
<b>SEXTA, 5 DE DEZEMBRO</b>			
13:56 às 14:09	<b>Análise de Linfócitos Recém-Egressos do Timo no Lúpus Eritematoso Sistêmico</b> Kayser C, Andrade LEC, Silva NP, Alberto FL. Unifesp (Trabalho 013)	08:30 às 09:30	<b>SALA 1</b> Conferência: <b>Diagnóstico por Imagem nas Lesões Esportivas de Tratamento Clínico</b> (tradução simultânea) Presidente: Rina Neubarth Georgi (SP) Conferencista: Bernard Roger (França)
14:09 às 14:22	<b>Associação do Anticorpo IGG Anticélulas Endoteliais (AACE) e Envolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC) na Doença de Behçet</b> Christmann RB, Macedo AR, Lage LV, Goldenstein-Schainberg C, Carrasco S, Gonçalves CR. USP/Disciplina de Reumatologia (Trabalho 021)	09:30 às 10:00	Intervalo
14:22 às 14:35	<b>Diminuição de Expressão de LFA-1B e ICAM-3 nas Células Mononucleares Periféricas de Pacientes com Esclerose Sistêmica</b> Sawaya HHB, Carrasco S, Borges C, Goldenstein-Schainberg C. USP/Disciplina de Reumatologia (Trabalho 026)	10:00 às 11:40	<b>SALA 1</b> Mesa-redonda: <b>Coluna Vertebral</b> (tradução simultânea) Presidente: Silvio Figueira Antonio (SP) Moderador: Jamil Natour (SP)
14:35 às 14:48	<b>Identificação e Caracterização Molecular de Auto-Anticorpos contra Fosfatidiletanolamina e EEA-1 (Early Endosomal Antigen-1) associados ao Padrão de Imunofluorescência de Pontos Citoplasmáticos Isolados</b> Laurino CCFC, Silva NP, Straus AH, Benchinol M, Mortar RAA, Almeida IC, Andrade LEC. Unifesp (Trabalho 035)	10:00 às 10:20	<b>Hérnia de Disco</b> Silvio Figueira Antonio (SP)
14:48 às 15:01	<b>Estudo Comparativo da Avidéz de Anticorpos Antinúcleos em Indivíduos Saudáveis e Pacientes com Doenças Reumáticas Auto-Imunes</b> Barbosa SH, Rodrigues SH, Andrade LEC. Unifesp (Trabalho 036)	10:20 às 10:40	<b>Escola de Coluna</b> M. Fábio Jennings Simões (SP)
15:01 às 15:14	<b>A Expressão In Vivo de uma Caderina Dominante – Negativa aumenta a Adipogênese e retarda o Pico de Massa Óssea</b> Castro CHM, Szejnfeld VL, Civitelli R. Unifesp (Trabalho 052)	10:40 às 11:00	<b>Reabilitação</b> Marcos Renato de Assis (Ribeirão Preto)
15:14 às 15:27	<b>A Deleção Osteoblasto-Específica do Gene da Conexina 43 (Cx 43) em Camundongo causa Redução da Massa Óssea e Disfunção do Osteoblasto</b> Castro CHM, Szejnfeld VL, Civitelli R. Unifesp (Trabalho 053)	11:00 às 11:20	<b>Radiologia Intervencionista</b> Bernard Roger (França)
		11:20 às 11:40	Discussão
		10:00 às 11:40	<b>SALA 2</b> Mesa-redonda: <b>Reumatologia Pediátrica 2</b> Presidente: Oswaldo Melo da Rocha (Botucatu) Moderador: Cláudio A. Len (SP)
		10:00 às 10:20	<b>Receptores Celulares na Febre Reumática</b> André Luiz Shinji Hayata (SP)
		10:20 às 10:40	<b>Adolescentes: ora Crianças, ora Adultos</b> Flávio R. Sztajn bok (RJ)
		10:40 às 11:00	<b>Antiinflamatórios não-hormonais</b> Maria Helena B. Kiss (SP)
		11:00 às 11:20	<b>Como Abordar a Osteoporose</b> Maria Teresa S.R.L.A. Terreri (SP)
		11:20 às 11:40	Discussão
		10:00 às 11:40	<b>SALA 3</b> <b>Curso de Densitometria Óssea</b> Módulo II – Discussão de Casos Marcelo M. Pinheiro (SP) José Carlos do Amaral (Cuiabá)
		11:40 às 12:00	Intervalo



	<b>SALA 1</b>
12:00 às 13:00	<b>Simpósio Satélite Abbott</b>
13:00 às 14:00	Intervalo para visita aos painéis
14:00 às 15:40	Mesa-redonda: <b>Imagem</b> (tradução simultânea) Presidente: Artur da Rocha C. Fernandes (SP) Moderador: César Emile Baakline (Marília)
14:00 às 14:20	<b>Avaliação da Imagem após Cirurgia Tendinosa</b> Bernard Roger (França)
14:20 às 14:40	<b>Estudo por Imagem do Pé</b> Denise Tokeshi Amaral (SP)
14:40 às 15:00	<b>Ultrassonografia nas LER/DORT</b> Sônia de Aguiar Vilela (SP)
15:00 às 15:20	<b>Avanços da Medicina Nuclear em Reumatologia</b> Carlos Alberto Buchpiegel (SP)
15:20 às 15:40	Discussão
	<b>SALA 2</b>
14:00 às 15:40	Mesa-redonda: <b>Medicina Esportiva</b> Presidente: Fernanda R. Lima (SP) Moderador: José Maria Santarém Sobrinho (SP)
14:00 às 14:20	<b>Exercícios Físicos nas Artropatias Infantis</b> Ana Lúcia Pinto (SP)
14:20 às 14:40	<b>A Importância da Avaliação Cardiovascular nos Programas de Condicionamento Físico</b> Luciana Diniz N. Janot de Matos (SP)
14:40 às 15:00	<b>Morte Súbita</b> Paulo César Hamdan (RJ)
15:00 às 15:20	<b>Lombalgias e Esportes</b> Ari Stiel Radu (SP)
15:20 às 15:40	Discussão
15:40 às 16:10	Intervalo
	<b>SALA 1</b>
16:10 às 17:10	Conferência: <b>Economia da Saúde</b> Presidente: Lilian Tereza Lavras Costallat (Campinas) Conferencista: Marcos Bosi Ferraz (SP)
17:30 às 18:30	<b>ASSEMBLÉIA DA SOCIEDADE PAULISTA DE REUMATOLOGIA (SPR)</b>

# SÁBADO, 6 DE DEZEMBRO

	<b>SALA 1</b>
08:30 às 09:30	Conferência: <b>Relevância Clínica dos Fitoestrogênios e sua Ação sobre o Tecido Ósseo</b> Presidente: Vera L. Szejnfeld (SP) Conferencista: César Eduardo Fernandes (SP)
09:30 às 10:00	Intervalo
	<b>SALA 1</b>
10:00 às 11:40	Mesa-redonda: <b>Reabilitação</b> Presidente: Sandra Hiroko Watanabe (SP) Moderador: Cristiano A. de F. Zerbini (SP)
10:00 às 10:20	<b>Reumatismos de Partes Moles</b> Mauro Meirelles Pena (RJ)
10:20 às 10:40	<b>Reabilitação na Fibromialgia</b> Valéria Valim Cristo (Vitória)
10:40 às 11:00	<b>Pé Reumático</b> Lêda Magalhães de Oliveira (SP)

11:00 às 11:20	<b>Hidroterapia</b> Anamaria Jones (SP)
11:20 às 11:40	Discussão
	<b>SALA 2</b>
10:00 às 11:40	Mesa-redonda: <b>Vasculites</b> Presidente: Maurício Levy Neto (SP) Moderador: Mauro Goldfarb (RJ)
10:00 às 10:20	<b>Granulomatose de Wegener no Brasil – Experiência com 70 casos</b> Carmen S. Valente Barbas (SP)
10:20 às 10:40	<b>Tratamento de Granulomatose de Wegener</b> Alexandra C.L. Villa-Forte (RJ)
10:40 às 11:00	<b>Ressonância Magnética no Diagnóstico e Seguimento da Arterite de Takayasu</b> Rosa Maria Rodrigues Pereira (SP)
11:00 às 11:20	<b>Diagnóstico Diferencial entre Poliarterite Nodosa e Poliangiíte Microscópica</b> Sandra Regina M. Fernandes (Campinas)
11:20 às 11:40	Discussão
11:40 às 12:00	Intervalo
12:00 às 13:00	<b>Simpósio Satélite Wyeth Whitehall</b>
13:00 às 14:00	Intervalo para visita aos painéis
	<b>SALA 1</b>
14:00 às 15:40	Mesa-redonda: <b>Artrite Reumatóide</b> Presidente: Iêda Maria Magalhães Laurindo (SP) Moderador: Manoel Barros Bértolo (Campinas)
14:00 às 14:20	<b>Hormônios Sexuais Femininos</b> Carlos Augusto F. de Andrade (RJ)
14:20 às 14:40	<b>Marcadores Prognósticos na Artrite Reumatóide</b> Paulo Louzada Jr. (Ribeirão Preto)
14:40 às 15:00	<b>AR e Tuberculose na Era dos Agentes Biológicos</b> Geraldo da Rocha Castelar Pinheiro (RJ)
15:00 às 15:20	<b>Reabilitação na Artrite Reumatóide</b> Rita Nely Vilar Furtado (SP)
15:20 às 15:40	Discussão
	<b>SALA 2</b>
14:00 às 15:40	Mesa-redonda: <b>Lúpus Eritematoso Sistêmico</b> Presidente: Emília Inoue Sato (SP) Moderador: Luiz Carlos Latorre (SP)
14:00 às 14:20	<b>Alterações Valvares</b> Elisa Martins das N. Albuquerque (RJ)
14:20 às 14:40	<b>Tratamento da Nefrite Lúpica baseado em Evidências</b> Eloísa S. Dutra de O. Bonfá (SP)
14:40 às 15:00	<b>Manifestações Cutâneas</b> Sueli Coelho da S. Carneiro (RJ)
15:00 às 15:20	<b>Avaliação de Doença Coronariana em Pacientes com LES</b> Alexandre Wagner Silva de Souza (SP)
15:20 às 15:40	Discussão
15:40 às 16:10	Intervalo
	<b>SALA 1</b>
16:10 às 17:10	<b>APRESENTAÇÃO DOS DOIS MELHORES TEMAS LIVRES. ENTREGA DOS PRÊMIOS. ENCERRAMENTO</b>

# TEMAS LIVRES E PÔSTERES

Os resumos dos trabalhos científicos encontram-se em ordem alfabética de acordo com o tema e a numeração da apresentação (entre parênteses)

## Área Clínica

### 1 (TL 015)

#### A INFLUÊNCIA DA COMPOSIÇÃO CORPÓREA NA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA É DISTINTA EM MULHERES BRASILEIRAS

Pippa MGB, Latorre MRO, Zerbini CFA. USP; Escola de Saúde Pública da USP; Departamento de Reumatologia do Hospital Heliópolis, São Paulo, SP.

A densidade mineral óssea (DMO) é influenciada pela composição corpórea (CC), particularmente pelas massas gorda e magra, apresentando valores variáveis dependentes da raça. **Objetivo:** levando em conta que a população brasileira é composta por uma ampla variedade de raças, principalmente negros, brancos e pardos, este estudo tem como objetivo avaliar a influência da composição corpórea na DMO de mulheres brasileiras, segundo status de menopausa e raça. **Material e métodos:** foram estudadas 162 mulheres brasileiras (90 brancas e 72 não-brancas) com idade entre 20 e 79 anos. A densitometria óssea de dupla emissão com fonte de raios X foi usada para medir a DMO total (DMOT), a DMO da coluna lombar (DMOCL), a DMO do colo do fêmur (DMOCF), a massa gorda total (MGT), e a massa magra total (MMT). As variáveis foram avaliadas de forma descritiva utilizando média, desvios padrão, mediana, e valores mínimo e máximo. Na comparação de médias das DMO total, DMOs regionais e das medidas de composição corpórea segundo status de menopausa e raça, foi utilizada a análise de variância a um fator. Nas comparações múltiplas utilizamos o teste de Tukey-HSD. A diferença de média entre as variáveis das mulheres brancas e não-brancas foi feita através do teste t-Student. A homogeneidade de variância foi avaliada pelo teste de Lavene e a aderência à curva normal pelo teste de Kolmogorov Smirnov. A correlação entre as variáveis foi estimada utilizando o coeficiente de Pearson. A análise de regressão linear múltipla foi realizada para analisar o efeito conjunto das correlações significativas encontradas. **Resultados:** 1) Não houve diferenças significativas na comparação das médias da DMO analisadas na coluna lombar e região proximal do fêmur entre as 162 mulheres brancas e não-brancas; 2) a média da DMOT nas mulheres não-brancas na pré-menopausa foi maior do que a média nas mulheres brancas neste mesmo grupo; 3) nas mulheres brancas pré-menopausa o IMC foi o maior determinante da DMO em todos os sítios estudados; 4) nas mulheres não-brancas pré-menopausa, a massa magra foi o maior determinante das DMOT e DMOCL, enquanto na DMOCF foi a idade; 5) a massa gorda foi um importante determinante da DMO das mulheres brancas na pós-menopausa em todas as regiões estudadas; 6) nas mulheres não-brancas na pós-menopausa, a massa magra foi o determinante significativo nas DMO total e regional. **Conclusões:** os nossos resultados confirmam os importantes efeitos positivos da massa gorda e massa magra sobre a DMO. Nas mulheres não-brancas o achado do importante efeito determinante da massa magra sobre a DMO total e regional, independente do status de menopausa, sugere que medidas que possam preservar e/ou aumentar essa massa devam ser aplicadas em programas para prevenção de osteoporose. Lembramos que o povo brasileiro descende de uma mistura de raças, não apresentando, portanto, características raciais muito bem definidas. A diversidade étnica do nosso povo, representada por diferentes hábitos culturais e nutricionais, é um outro dado a ser considerado. Acreditamos que estas variabilidades raciais e étnicas da população brasileira influenciaram os nossos resultados.

### 2 (PO 043)

#### ALTERAÇÕES CAPILAROSCÓPICAS E SUA CORRELAÇÃO COM A ATIVIDADE DE DOENÇA NAS MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS DA INFÂNCIA

Nascif AKS, Paulo LTP, Terreri MT, Len CA, Hilário MOE. Setor de Reumatologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Unifesp-EPM, São Paulo, SP.

Nas doenças reumáticas, principalmente dermatomiosite e esclerodermia, a capilaroscopia periungueal é importante auxílio no diagnóstico e no seguimento dos pacientes. O padrão esclerodérmico (SD) é caracterizado por ectasia e deleção capilares sendo característico da dermatomiosite juvenil (DMJ), doença mista do tecido conjuntivo e esclerodermia. Em adultos, é descrita a relação entre a melhora das alterações capilaroscópicas e a melhora da atividade da doença. **Objetivo:** avaliar 13 pacientes com DMJ e 5 com associação de miosite e esclerodermia (overlap) e correlacionar atividades clínica e laboratorial com as alterações da capilaroscopia periungueal. **Métodos:** o diagnóstico dos 13 pacientes com DMJ (1 com dermatomiosite amiopática, 10 do sexo feminino, 11 caucasóides, com média de idade na época da avaliação de 8,8 anos) foi baseado nos critérios de Bohan e Peter e o diagnóstico dos 5 pacientes com síndrome de overlap (3 do sexo feminino, 3 caucasóides, com média de idade na época da avaliação de 15,7 anos) foi baseado nas características clínicas e histológicas dos pacientes. Os 18 pacientes foram avaliados no período de 1998 a 2003. Foram avaliadas as atividades clínicas (alterações cutâneas típicas e fraqueza muscular) e laboratoriais (aumento de enzimas musculares e provas inflamatórias) da doença e sua relação com as alterações da capilaroscopia periungueal (presença de ectasias capilares, megacapilares e áreas de deleção). Para a realização da

capilaroscopia foi utilizado um microscópio com iluminação especial com aumentos de 10 e 16 vezes. **Resultados:** sete pacientes foram avaliados em duas ou mais ocasiões, no total de 26 exames capilaroscópicos (13 realizados na fase ativa da doença e 13 na fase inativa). Dos 13 exames durante a fase ativa, 12 apresentavam padrão SD e dos 13 realizados na fase inativa, 8 não apresentavam alterações de capilaroscopia ou apresentavam melhora importante dos achados. A presença de capilares em arbusto foi vista em 10/13 pacientes com DMJ e em 2/5 com overlap. Portanto, dos 26 exames, em 20 houve correlação entre atividades clínica e laboratorial e achados capilaroscópicos. **Conclusões:** em resumo, a capilaroscopia periungueal é um exame não invasivo que apresenta boa correlação com a atividade da DMJ e pode ser utilizado para auxiliar no diagnóstico, no seguimento e principalmente na detecção de reagudizações da doença.

### 3 (TL 001)

#### ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPÍDES E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ASSOCIADOS À EPILEPSIA NO LES

Appenzeller S, Cendes F, Costallat LTL. Departamento de Clínica Médica e Neurologia da Unicamp, Campinas, SP.

**Objetivo:** avaliar a frequência de crises epiléticas em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES) e determinar fatores clínicos e laboratoriais associados à sua ocorrência. **Pacientes e métodos:** foram incluídos 519 pacientes com quatro ou mais critérios para LES (CAR, 1982), seguidos periodicamente no ambulatório de janeiro de 1974 a dezembro de 2001. Foram excluídos pacientes com crises epiléticas secundárias à infecções do sistema nervoso central, hipertensão arterial sistêmica, distúrbio metabólico e hipóxia. As associações entre crises epiléticas e as variáveis do estudo foram feitas através de regressão multivariada com processo de seleção "stepwise". **Resultados:** desta coorte foram identificados 60 (11,6%) de pacientes com crises epiléticas. Crises epiléticas foram identificadas em 19 (29%) pacientes no momento do diagnóstico e em 58 (63%) durante a evolução. Crises únicas foram observadas em 58 de 65 (89%) pacientes. Ao diagnóstico, as crises estavam associadas à presença de acidente vascular cerebral (AVC) ( $p=0,0004$ ; OR=10,36; 95%CI=2,8; 38,2) e a presença de anticorpos antifosfolípidos ( $p=0,0013$ ; OR=6,69; 95%CI=2,1; 21,4). Durante a evolução do LES, as crises epiléticas estavam associadas à presença de nefrite ( $p=0,001$ ; OR=3,2; 95%CI=1,6; 6,5), anticorpos antifosfolípidos e crises epiléticas agudas ao diagnóstico ( $p=0,0001$ ; OR=8,27; 95%CI=2,9; 23,3). Crises recorrentes foram observadas em 7 (10,8%) pacientes e todos estes pacientes apresentavam a síndrome do anticorpo antifosfolípido. **Conclusões:** a presença de anticorpos antifosfolípidos estava associada à ocorrência de crises epiléticas agudas e recorrentes. AVC foi outra manifestação do SNC associada à crises epiléticas agudas. Pacientes com LES e crises epiléticas devem ser cuidadosamente investigados quanto à presença de AVC e anticorpos antifosfolípidos.

### 4 (PO 009)

#### AValiação CLÍNICA E DE AUTOANTICORPOS NO LÚPUS ERYTEMATOSO CRÔNICO DISCÓIDE

Marçon CR, Moraes MR, Lanzelotti SM, Simis DRC, Novaes GS. Disciplina de Reumatologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, SP.

Lúpus eritematoso é uma doença autoimune com envolvimento da pele e de órgãos internos. A forma de lúpus eritematoso cutâneo discóide (LECD) tem geralmente bom prognóstico, porém pode ocorrer evolução para lúpus eritematoso sistêmico (LES). **Objetivos:** avaliar as características clínicas do LECD, suas inter-relações com o LES, e correlacionar com a presença de autoanticorpos no soro dos pacientes que possam ter valor como marcadores de envolvimento sistêmico no LECD. **Pacientes e métodos:** foram estudados 16 pacientes com LECD e comparados a 17 pacientes com LES segundo critérios do ACR. Foram avaliadas as características demográficas, clínicas e pesquisados autoanticorpos no soro como fator antinúcleo (FAN), anti-DNA, anti-Sm, anti-Ro/SS-A, anti-La/SS-B, anti-ENA/RNP, e anticardiolipina IgG e IgM. Nos pacientes com LECD foi realizada biópsia de pele e estudo histopatológico. Para comparação entre LES e LECD foi aplicado o teste de Qui-quadrado. Foi considerado significativo  $p \leq 0,05$ . **Resultados:** pacientes com LECD tiveram idade e duração de doença significativamente mais longa do que nos pacientes com LES ( $p < 0,04$ ). Não houve diferenças com relação ao número de critérios de diagnóstico de LES entre pacientes com LES e LECD. No grupo com LECD houve uma tendência a ter menor número de critérios presentes quando comparado com pacientes com LES. A hipertensão arterial esteve claramente associada com forma sistêmica de lúpus eritematoso ( $p < 0,03$ ). Entre os autoanticorpos pesquisados tão-somente o autoanticorpo anti-DNA mostrou estar significativamente associado ao diagnóstico de LES ( $p < 0,04$ ). **Conclusões:** a análise dos dados clínicos e de autoanticorpos no soro de pacientes com LES e LECD mostram que hipertensão arterial e positividade de anti-DNA no soro são os parâmetros clínico e laboratorial de maior relevância estatística como fatores associados ao envolvimento sistêmico no lúpus eritematoso.

## 5 (PO 027)

## AVALIAÇÃO DA BETA2-MICROGLOBULINA NO LES: NÍVEIS ELEVADOS SEM RELAÇÃO COM A ATIVIDADE INFLAMATÓRIA

Guedes LKN, Figueiredo CP, Borba EF. Disciplina de Reumatologia da FMUSP, São Paulo, SP.

O aumento da beta2-microglobulina pode ser identificada em algumas condições inflamatórias. No LES a elevação de seus níveis parece estar particularmente relacionada com a nefrite, mas poderia estar também alterada diante da maior atividade inflamatória da doença ativa. **Objetivo:** avaliar o comportamento da beta2-microglobulina no lúpus eritematoso sistêmico (LES) e sua relação com os demais parâmetros de atividade inflamatória. **Métodos:** foram selecionadas consecutivamente 21 pacientes do sexo feminino com LES (critérios ACR) que apresentavam sinais clínicos/laboratoriais de atividade da doença e escores do SLEDAI  $\geq 4$ . O principal critério de exclusão foi presença de insuficiência renal ( $Cr_{\geq 1,5}$ ). A determinação da beta2-microglobulina (normal de 1,0 a 1,7  $\mu\text{g/ml}$ ) foi realizada na inclusão (ATIV) e após controle do quadro clínico (INATIV) com pelo menos dois meses de intervalo. **Resultados:** a idade média das pacientes foi de  $34,7 \pm 12,0$  anos com tempo de doença de  $9,0 \pm 6,0$  anos e creatinina de  $0,80 \pm 0,16$ . A tabela abaixo demonstra a comparação dos principais dados nas duas fases da avaliação.

Parâmetro	ATIV	INATIV	P
Beta2-microglobulina ( $\mu\text{g/ml}$ )	$2,7 \pm 0,9$	$2,3 \pm 0,5$	0,36
Beta2-microglobulina elevada (%)	90,4%	90,4%	1,40
SLEDAI	$8,5 \pm 5,6$	$3,9 \pm 4,4$	0,002
VHS (mm/1h)	$35,9 \pm 27,7$	$30,5 \pm 26,7$	0,25
PCR (mcg/ml)	$5,7 \pm 9,0$	$4,7 \pm 7,9$	0,89
CH100 (U/ml)	$170,5 \pm 102,4$	$210,5 \pm 88,6$	0,21
Prednisona (mg/dia)	$17,8 \pm 18,7$	$25,6 \pm 18,8$	0,09

Os níveis de beta2-microglobulina diminuíram em 11 dos pacientes avaliados (52,3%), porém ainda acima do limite superior da normalidade em 82% destes casos. Não foram observadas correlações significativas entre os níveis de beta2-microglobulina e SLEDAI ( $r = 0,2746$ ;  $p = 0,07$ ), PCR ( $r = 0,0616$ ;  $p = 0,69$ ), VHS ( $r = 0,2773$ ;  $p = 0,07$ ) e CH100 ( $r = -0,2615$ ;  $p = 0,10$ ). **Conclusões:** este estudo demonstra que existe um aumento persistente acima do normal dos níveis da beta2-microglobulina no LES, independente do grau de atividade da doença.

## 6 (PO 046)

## AVALIAÇÃO DO RISCO DE DOENÇA CORONARIANA EM DEZ ANOS PELO ESCORE DE FRAMINGHAM EM PACIENTES COM LES E AR

Souza AWS, Konai MS, Torres TM, Trolezi AGC, Sato EI. Unifesp-EPM, São Paulo, SP.

Artrite reumatóide (AR) e lúpus eritematoso sistêmico (LES) apresentam maior frequência de doença arterial coronariana (DAC) do que a população geral. O escore de Framingham ajuda a identificar indivíduos de alto risco para DAC na população geral. Não há estudos que tenham utilizado esse instrumento de avaliação em doenças reumáticas auto-imunes. **Objetivo:** avaliar o risco de desenvolver DAC através do escore de Framingham em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico e com artrite reumatóide, acompanhados no ambulatório de reumatologia, em hospital terciário. **Pacientes e métodos:** foram recrutados 44 pacientes consecutivos com LES e 33 pacientes com AR de ambos os sexos em acompanhamento no ambulatório de reumatologia da Unifesp, com idade entre 18 e 60 anos. Os participantes foram avaliados quanto a idade, sexo, tempo de doença, pressão arterial, tabagismo, diabetes, perfil lipídico e eventos ateroscleróticos, para se calcular o risco de se desenvolver DAC em dez anos, através do escore de Framingham. Segundo este critério, chance de desenvolver DAC em dez anos maior que 20% é considerado de alto risco. **Resultados:** os grupos LES e AR foram semelhantes quanto à média de idade ( $39,4 \pm 11,7$  vs.  $44,1 \pm 12,3$ ;  $p = 0,154$ ) e distribuição quanto ao sexo ( $p = 0,109$ ). Pacientes com AR apresentaram maior tempo de doença ( $156,2 \pm 102,1$  vs.  $104,7 \pm 69,2$  meses;  $p = 0,015$ ) e o grupo LES apresentou maior frequência de hipertensão arterial (HAS) ( $56,8\%$  vs.  $24,2\%$ ;  $p = 0,004$ ). As outras variáveis: diabetes, tabagismo e níveis lipídicos, foram semelhantes em ambos os grupos, conforme tabela abaixo.

Variáveis	LES (44)	AR (33)	p
Diabetes	2,2%	3,0%	0,836•
Tabagismo	11,3%	12,1%	0,918•
Colesterol total	$198,3 \pm 55,0$	$198,0 \pm 42,7$	0,976#
HDL	$45,2 \pm 14,0$	$48,6 \pm 12,5$	0,264#
LDL	$123,0 \pm 40,4$	$126,8 \pm 32,7$	0,652#

• Teste de Fisher; # T Student

O número de indivíduos com alto risco de desenvolver DAC em dez anos foi de 13,6% no grupo LES e 6,1% no AR ( $p = 0,280$ ). **Conclusões:** na maioria dos pacientes com LES e AR, o risco de desenvolver DAC em dez anos foi baixo. Apenas os pacientes com evento aterosclerótico prévio e aqueles com diagnóstico de diabetes apresentaram maior risco de coronariopatia. Neste estudo não houve diferença significativa quanto ao risco de se desenvolver DAC em dez anos, utilizando-se o escore de Framingham, entre pacientes com LES e com AR, mas o número de pacientes avaliados foi relativamente pequeno.

## 7 (TL 024)

## AVALIAÇÃO DE FETOS DE MÃES COM LES ATENDIDAS EM HOSPITAL TERCIÁRIO

Ushida M, Trolezi AGC, Sato EI. Unifesp-EPM, São Paulo, SP.

Apesar da atividade do LES e seu tratamento estarem associados com amenorréia secundária, irregularidade menstrual e insuficiência ovariana prematura, a fertilidade nas pacientes com LES geralmente é comparável à da população controle, fazendo com que o binômio gestação e LES seja muito freqüente. O lúpus neonatal é uma manifestação decorrente da passagem transplacentária de auto-anticorpos maternos (Anti-SSA/Ro e SSB/La e mais raramente Anti-U1-RNP), podendo ocasionar bloqueio cardíaco congênito, lesões cutâneas, citopenias e mais raramente hepatopatias. **Objetivos:** avaliar a frequência de lúpus neonatal, prematuridade, natimortalidade, abortamento e baixo peso em gestações de mulheres com LES atendidas num hospital terciário e avaliar a associação entre prematuridade e presença de anti-DNA, anticorpo anticardiolipina, níveis de hematócrito (Htc) e hemoglobina (Hb), comprometimento renal e hipertensão arterial. **Pacientes e métodos:** no período de novembro de 1991 a abril de 2003 foram identificadas nos livros de atendimento do centro obstétrico do HSP/Unifesp 80 pacientes com diagnóstico de LES sendo excluídos do estudo, 20 casos que não preenchiam critérios diagnósticos para LES, ou, cujos prontuários médicos não foram encontrados. Os prontuários das mães e de 53 recém-nascidos foram revistos para obtenção de dados clínicos e laboratoriais. **Resultados:** foram avaliadas 75 gestações de 76 fetos (uma gestação gemelar) de 60 pacientes. Destas, 19 resultaram em morte do conceito (13 óbitos fetais e 6 abortamentos espontâneos), um abortamento provocado com misoprostol e 56 nascidos vivos. A média de idade das mães por ocasião das gestações foi de  $27,1 \pm 6,1$  anos (variando de 15 a 41 anos) e mediana de tempo de doença de 48 meses, variando de 1 a 240 meses. Do total de 75 gestações, 16 (21,3%) apresentaram moléstia hipertensiva específica da gravidez (MHEG) e 5 (6,6%) apresentaram pré-eclâmpsia. Na análise das correlações, somente foi encontrada associação significativa entre prematuridade e MHEG ( $p < 0,038$ ), e acometimento renal no início da gravidez ( $p < 0,032$ ). Dos partos, 37 foram cesarianas (66,1%), 18 partos vaginais (32,1%) e 1 parto fórceps (1,2%). Dezesesseis (28,5%) haviam tido sofrimento fetal diagnosticado antes do parto. Dentre os 56 nativivos, 36 eram do sexo masculino e 20 do feminino. Ao nascer 46 crianças tinham peso adequado para idade gestacional (AIG) e 10 eram pequenas para idade gestacional (PIG). Porém, 29 RN tinham baixo peso ao nascer ( $< 2500\text{g}$ ) e destes, 4 apresentaram extremo baixo peso ( $< 1000\text{g}$ ). Uma gestante com anticorpo anti-Ro/SSA, primigesta, que não fazia acompanhamento no Hospital São Paulo foi internada na 27.ª semana de gestação, devido a bradicardia fetal, sendo diagnosticado bloqueio atrioventricular total ao ecocardiograma. O feto teve óbito intrauterino na 29.ª semana de gestação. Também foram diagnosticados outros 4 casos de lúpus neonatal. Dois RN de uma mesma mãe apresentaram plaquetopenia e outro RN apresentou plaquetopenia e aumento de transaminases. Nos 3 casos houve positividade do anti-SSA/Ro no sangue materno e dos RN. O quarto caso trata-se de RN que apresentou neutropenia, sendo anticorpos anti-U1-RNP identificados no soro materno e do RN. Quatro outros RN apresentaram plaquetopenia, sendo que em três casos as mães tinham anti-SSA/Ro e em um caso a mãe apresentava anti-U1-RNP, porém, não foi encontrada a pesquisa de auto-anticorpos nestes RN para confirmar o diagnóstico de lúpus neonatal. Em todos os casos as alterações hematológicas foram transitórias e os auto-anticorpos nos recém-nascidos negataram durante o seguimento. Prematuridade foi encontrado em cerca de 52% das gestações. O tempo de internação foi muito prolongado em RN prematuros. **Conclusões:** este estudo mostrou prevalência de perda fetal e prematuridade semelhante à referida na literatura. A frequência de bloqueio cardíaco congênito foi de 1/75 gestações de mulheres com LES. Não encontramos nenhum caso de lúpus neonatal com manifestações cutâneas, no entanto, houve 4 casos de citopenias, sendo um deles associado à anti-RNP.

## 8 (PO 049)

## AVALIAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA USADOS EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Alves AMB, Feldman D, Assis MR, Natour J. Unifesp-EPM, São Paulo, SP.

A fibromialgia é uma doença crônica cuja principal característica é dor subjetiva, portanto, a melhora do paciente depende de múltiplos fatores e a sua perspectiva pode não ser igualmente medida pelos diversos instrumentos. **Objetivo:** verificar qual a correlação existente entre a avaliação de mudança feita pelo paciente numa escala tipo Likert e diferentes instrumentos de medida quantitativos e semi-quantitativos, sendo eles: FIQ, SF-36, Beck e Escala visual analógica (EVA) para dor. **Métodos:** cinquenta e uma pacientes com fibromialgia que participaram de um estudo que comparou os efeitos de condicionamento físico na água e em solo responderam aos questionários em três avaliações (T0, início do tratamento; T1, 8.ª semana e T2, 15.ª semana). Foi usado coeficiente de Spearman para avaliar a correlação entre as escalas de medida utilizadas, análise de regressão linear para verificar qual das medidas tinha maior relação com a mudança percebida pelo paciente e cálculo do tamanho do efeito, para verificar qual instrumento revelava maior intensidade de mudança. **Resultados:** na análise feita em T1 a escala visual analógica de dor ( $r = 0,49$  e  $p = 0,001$ ) e o domínio estado geral ( $r = -0,55$  e  $p = 0,001$ ) do SF-36 foram as medidas que tiveram maior relação com a avaliação de mudança feita pelo paciente mostrando, entretanto, índices moderados de correlação. Em T2, a única variável que apresentou correlação estatisticamente significativa foi o domínio vitalidade do SF-36, com coeficiente de correlação de valor fraco ( $r = 0,27$  e  $p = 0,04$ ). **Conclusões:** considerando-se a escala verbal de avaliação de mudança como padrão ouro, nenhum dos instrumentos avaliados conseguiu captar, de maneira ótima, mudança no estado de saúde do paciente com fibromialgia. Resaltamos a importância da avaliação das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados neste estudo, além da avaliação de outros instrumentos em ensaios clínicos envolvendo pacientes com fibromialgia.

## 9 (PO 028)

## AVALIAÇÃO LONGITUDINAL DA FERRITINA NO LES: AUSÊNCIA DE RELAÇÃO COM A ATIVIDADE INFLAMATÓRIA

Guedes LKN, Figueiredo CP, Borba EF. Disciplina de Reumatologia da FMUSP, São Paulo, SP.

A ferritina é uma glicoproteína responsável pelo estoque de ferro no organismo sendo que os seus níveis séricos podem estar aumentados em uma série de processos inflamatórios crônicos. Nas doenças reumatológicas, este aumento pode guardar uma relação direta com o grau do processo inflamatório, particularmente na doença de Still. **Objetivo:** avaliar o comportamento da ferritina no lúpus eritematoso sistêmico (LES) e sua relação com parâmetros de atividade inflamatória da doença. **Métodos:** foram selecionadas consecutivamente 29 pacientes do sexo feminino com LES (critérios ACR) que apresentavam sinais clínicos/laboratoriais de atividade da doença e escores do SLEDAI  $\geq 4$ . Os critérios de exclusão foram a presença anemia ( $Hb \leq 10$ ), insuficiência renal ( $Cr \geq 1,5$ ), uso de ferro, e infecção recente ou crônica. A determinação da ferritina (normal de 10 a 125  $\mu\text{g/l}$ ) foi realizada na inclusão (ATIV) e após controle do quadro clínico (INATIV) com pelo menos 2 meses de intervalo. **Resultados:** a idade média das pacientes foi de 34,7  $\pm$  11,5 anos com tempo de doença de 9,2  $\pm$  6,2 anos. A tabela abaixo demonstra a comparação dos principais dados nas duas fases da avaliação.

Parâmetro	ATIV	INATIV	P
Ferritina ( $\mu\text{g/l}$ )	52,6 $\pm$ 61,9	57,8 $\pm$ 105,2	0,67
Ferritina elevada (%)	13,8%	6,9%	0,66
SLEDAI	8,5 $\pm$ 5,9	4,1 $\pm$ 4,9	0,004
VHS (mm/1h)	34,0 $\pm$ 26,8	28,1 $\pm$ 24,6	0,40
PCR (mcg/ml)	8,6 $\pm$ 19,6	4,6 $\pm$ 7,4	0,90
CH100 (U/ml)	166,7 $\pm$ 94,0	207,3 $\pm$ 80,0	0,10
Prednisona (mg/dia)	17,1 $\pm$ 17,2	25,2 $\pm$ 16,8	0,08

Os níveis de ferritina aumentaram em 15 dos pacientes avaliados (51,7%) sendo que os seus níveis iniciais eram significativamente menores do que aqueles que permaneceram estáveis (35,2  $\pm$  51,1 vs 72,6  $\pm$  69,0  $\mu\text{g/l}$ ;  $p=0,01$ ), embora ainda estejam dentro da faixa de normalidade. Correlações significativas foram observadas entre os níveis de ferritina e PCR ( $r=0,5379$ ,  $p=0,001$ ) mas não com SLEDAI ( $r=0,0550$ ;  $p=0,68$ ), VHS ( $r=-0,0154$ ,  $p=0,91$ ) e CH100 ( $r=-0,0448$ ,  $p=0,75$ ). **Conclusões:** este estudo demonstra que, ao contrário de outras doenças inflamatórias, não existe um aumento acima do normal dos níveis da ferritina quando de maior atividade do LES. Pelo contrário, existe uma normalização destes quando do melhor controle da doença. Entretanto, os maiores níveis de ferritina estão relacionados com os da PCR.

## 10 (PO 045)

## AVALIAÇÃO LONGITUDINAL RETROSPECTIVA DA CAPILAROSCOPIA PERI-UNGUERAL EM PACIENTES COM FENÔMENO DE RAYNAUD, DOENÇA INDIFFERENCIADA DO TECIDO CONJUNTIVO E DOENÇAS DO ESPECTRO DA ESCLEROSE SISTÊMICA

Higashi VS, Kayser C, Andrade LEC. Unifesp-EPM, São Paulo, SP.

A esclerose sistêmica (ES) abrange um amplo espectro de apresentação clínica. Em muitos casos, as doenças do espectro da esclerose sistêmica têm início insidioso e paucissintomático. O fenômeno de Raynaud (FRy) é o sintoma inicial mais freqüente na ES e pode preceder por meses ou anos a instalação da doença. O acompanhamento prospectivo desses casos muitas vezes é necessário para se firmar o diagnóstico correto. A capilaroscopia periungueal (CPU) é um exame não invasivo, de fácil execução, que permite a detecção da microangiopatia característica da ES (padrão SD). Tem-se mostrado útil na investigação de pacientes com FRy e reconhecimento precoce de casos de ES e síndromes correlatas. Alguns pacientes com doença indiferenciada do tecido conjuntivo (DITC) podem apresentar o padrão SD e não está estabelecido se necessariamente evoluirão para ES. Não existem estudos na literatura acompanhando evolutivamente as alterações capilarescópicas nesse grupo de pacientes. **Objetivo:** análise logitudinal retrospectiva de alterações capilarescópicas e correlação com a evolução diagnóstica em pacientes com quadro inicial de FRy e DITC. **Pacientes e métodos:** foram selecionados 19 pacientes com diagnóstico progressivo de FRy ou DITC que haviam realizado dois ou mais exames capilarescópicos com intervalo de pelo menos um ano entre eles. Em pacientes que tinham apenas uma CPU realizada há mais de um ano, foi realizada uma nova CPU para avaliação seqüencial dos mesmos. Foi elaborado protocolo para armazenar dados sobre os principais parâmetros clínicos e sorológicos relevantes ao diagnóstico de ES, bem como sobre os parâmetros capilarescópicos, colhidos diretamente do prontuário do paciente. Avaliamos a evolução do diagnóstico de cada paciente correlacionando com a evolução da CPU. Critérios baseados em resultados de CPU não foram considerados para o diagnóstico, uma vez que o exame de CPU estava sendo analisado. **Resultados:** os 19 pacientes (18 mulheres) foram acompanhados no Ambulatório de Reumatologia da Unifesp, dentro do período de 1988 a julho de 2003. **Diagnóstico inicial:** 10 pacientes com FRy e 9 com DITC. **Diagnóstico final:** 7 pacientes com FRy, 7 com DITC, 3 com ES, 1 com síndrome de Sjögren (SSj) e 1 com lúpus eritematoso sistêmico (LES) provável. **Evolução da CPU:** Grupo 1 (G1): compreendeu 7 casos, nos quais houve aparecimento ou acentuação do padrão SD. Em 3 desses, houve evolução de diagnóstico de FRy para ES. Os 4 casos restantes (3 de DITC e 1 de FRy) tiveram seus diagnósticos iniciais conservados. Grupo 2 (G2) compreendeu 2 casos em que houve atenuação do padrão SD ou evolução para o

padrão normal. Desses, 1 caso evoluiu de DITC para LES e 1 evoluiu de DITC para SSj. Não se observou nesse grupo a evolução para diagnóstico de ES. Grupo 3 (G3) compreendeu 10 casos em que a CPU permaneceu estável. Todos também mantiveram o diagnóstico inicial (4 com DITC e 6 com FRy). Também nesse grupo não foi observada evolução para diagnóstico de ES. Todos os pacientes que evoluíram para ES apresentaram aparecimento ou acentuação da microangiopatia SD (sensibilidade de 100%). Por outro lado, entre os 16 casos que não evoluíram para ES, 12 não apresentaram aparecimento ou acentuação da microangiopatia SD (especificidade de 75%). A análise pelo teste de Fisher mostrou  $p=0,055$ . **Conclusões:** o aparecimento ou acentuação do padrão SD no intervalo de tempo estudado teve alta sensibilidade e moderada especificidade referente à evolução para ES.

## 11 (PO 020)

## BAIXO PESO COMO PREDITOR DE OSTEOPENIA E/OU OSTEOPOROSE EM PACIENTES COM ESCLEROSE SISTÊMICA

Christmann RB, Borges CTL, Pereira RMR. HC/FMUSP, São Paulo, SP.

**Introdução:** a esclerose sistêmica (ES) é uma doença caracterizada por espessamento da pele, reatividade vascular induzida especialmente pelo frio, denominada de fenômeno de Raynaud e acometimento de órgãos internos, tais como o pulmão, coração, trato gastrointestinal (GI) e rim. Osteopenia e/ou osteoporose generalizada têm sido descritas em uma significante porcentagem de pacientes esclerodérmicos, porém a patogênese da perda óssea ainda é desconhecida. As alterações do metabolismo ósseo podem ser consequência da doença em si, relacionado com alguma condição clínica, terapia e/ou fatores epidemiológicos. **Materiais e métodos:** quarenta e duas mulheres com ES e 160 mulheres saudáveis pareadas pela idade (50 a 76 anos de idade) foram estudadas. Apenas 1 paciente tinha mal absorção intestinal e outra paciente com insuficiência renal. Três pacientes estavam em uso de prednisona na dose máxima de 10 mg/dia e duas em uso de ciclofosfamida endovenosa em forma de pulso. Todas tiveram seu peso corporal e altura avaliados além da idade de início da menopausa averiguada. Densitometria mineral óssea foi realizada por técnica de DEXA – absorciometria por RX com dupla energia, usando o densitômetro QDR 2000. A composição corporal dos pacientes com ES foi também analisada pela DEXA. Resultados: Foi observada uma decrescente densidade mineral óssea nos pacientes com ES comparado com o grupo controle com relação à coluna lombar (0,83  $\pm$  0,14 x 0,91  $\pm$  0,14,  $p<0,05$ ) e no colo de fêmur (0,64  $\pm$  0,12 x 0,73  $\pm$  0,11,  $p<0,05$ ). Não houve diferença entre a altura e idade da menopausa entre os dois grupos. Houve significante diferença entre os dois grupos com relação ao peso corporal, tendo o grupo de ES um baixo peso (57,8  $\pm$  11,0 x 66,24  $\pm$  11,27,  $p<0,05$ ) e baixo índice de massa corporal (23,97  $\pm$  3,75 x 27,98  $\pm$  4,71,  $p<0,05$ ). Não houve diferença nos parâmetros antropométricos, densidade mineral óssea (DMO) entre os dois tipos de escleroderma (difusa e limitada). Vinte e quatro por cento dos pacientes com ES apresentavam a forma difusa, 72% a forma limitada e 4% a forma sine esclerodérmica. Houve uma significante correlação entre peso corporal e DMO nas pacientes com ES ( $r=0,6$  coluna lombar,  $r=0,44$  colo de fêmur). Quanto à composição corporal (massa magra, gordura e porcentagem de gordura) a massa magra mostrou correlação importante com a DMO com relação aos outros parâmetros. **Conclusões:** estes dados confirmam que pacientes com ES têm menor DMO que mulheres saudáveis pareadas para a idade. Em nossos pacientes o uso de drogas, idade da menopausa, tipo de doença e parâmetros clínicos poderiam até explicar uma menor DMO, porém o peso foi significativamente menor nos pacientes com ES. Isto sugere que o menor peso e baixa massa magra talvez tenham importância na patogênese da osteopenia e/ou osteoporose.

## 12 (PO 008)

## CAUSAS DE DISCREPÂNCIA NA AVALIAÇÃO GLOBAL DE ATIVIDADE DE DOENÇA ENTRE MÉDICO E PACIENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE

Nicolau GY, Yogui MM, Vallochi TL, Gianini RJ, Laurindo IMM, Novaes GS. Disciplina de Reumatologia da PUC/SP, Sorocaba, SP e Disciplina de Reumatologia da FMUSP, São Paulo, SP.

**Objetivo:** investigar possíveis causas de discrepância na percepção de atividade de doença entre médico e paciente com artrite reumatóide (AR). **Pacientes e métodos:** oitenta pacientes com AR anotaram em uma escala visual analógica (EVA) de 0 a 10 sua avaliação global de atividade de doença. O médico anotou grau de atividade de doença no paciente com AR sem o conhecimento de outras medidas de avaliação do paciente exceto as laboratoriais. Escore de discrepância (ED) foi calculado por meio da subtração da avaliação global de atividade de doença pelo médico (AGADM) da avaliação global de atividade de doença pelo paciente (AGADP). Pacientes foram separados em três categorias: sem discrepância (SD) quando AGADM e AGADP estavam compreendidas na margem de 1 cm entre ambas avaliações; discrepância negativa (DN) quando paciente anotou menor atividade de doença que o médico; e discrepância positiva quando o paciente anotou maior atividade de doença que o médico. A idade, sexo, duração de doença (anos), escolaridade (anos), renda familiar (número de salário mínimo), local de residência (se rural ou urbana), ativo ou inativo no trabalho, co-morbidade, escore de dor (EVA), Health Assessment Questionnaire (HAQ), contagem de 28 articulações dolorosas (AD) e tumefações (AT), e Escore de Atividade de Doença (DAS28) foram obtidos de todos os pacientes. Os dados foram analisados estatisticamente pelo qui-quadrado e teste exato de Fischer, e ANOVA e Kruskal-Wallis quando indicados.  $P<0,05$  foi considerado significante. **Resultados:** DN foi encontrada em 27,5% dos pacientes, DP em 43,7% e SD em 28,7%. Pacientes em geral eram idosos, do sexo feminino, com longa duração de doença e de baixa renda.



Nível de escolaridade baixo foi associado com DN ( $p < 0,05$ ). Escore de dor e escore de HAQ maiores foram associados com DP. Proteína C reativa aumentada com DN ( $p < 0,05$ ). Maior contagem de AD com DP ( $p < 0,0001$ ) e menor contagem de AT com SD ( $p < 0,05$ ). **Conclusões:** nossos resultados indicam que pacientes com AR avaliam sua atividade de doença baseados em escore de dor, HAQ e número de articulações dolorosas, mas provavelmente o fator importante na determinação de sua percepção de atividade de doença seja a educação.

### 13 (PO 051)

#### CORRELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE TENDER POINTS, DA ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE DOR E O INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK EM PACIENTES DO SEXO MASCULINO COM FIBROMIALGIA

Yoshikawa GT, Heymann RE, Helfenstein M, Feldman D. Unifesp-EPM, São Paulo-SP.

A fibromialgia é uma síndrome dolorosa crônica, idiopática cujo diagnóstico é baseado na história de dor difusa por 3 meses e a presença de tender points com diminuição do limiar de dor em áreas anatómicas específicas. Existem controvérsias sobre o significado de dor, alteração de humor e do número de tender points, se há ou não correlação entre eles. **Objetivo:** avaliar a correlação entre o número de tender points, da escala visual analógica de dor e o inventário de depressão de Beck em pacientes do sexo masculino com fibromialgia. **Pacientes e métodos:** foram incluídos 47 pacientes do sexo masculino com fibromialgia de acordo com American College of Rheumatology de 1990, acompanhados no ambulatório de reumatologia da Escola Paulista de Medicina no período de 2002 a 2003. Todos os pacientes incluídos foram submetidos a uma avaliação clínica inicial, a um exame físico, incluindo a pesquisa do número de tender points, da escala visual analógica de dor e a aplicação do inventário de depressão de Beck, realizado por um único examinador. A análise estatística foi realizada usando o coeficiente de correlação de Spearman. **Resultados:** o coeficiente de correlação de Spearman entre o número de tender points e a escala visual analógica foi de 0,115 ( $p = 0,441$ ), a correlação entre o número de tender points e o inventário de Beck foi de 0,146 ( $p = 0,326$ ) e a correlação da escala visual analógica de dor e o inventário de Beck foi de 0,245 ( $p = 0,096$ ). **Conclusões:** estes resultados demonstram que não existe uma correlação entre a escala visual analógica de dor, a depressão e o número de tender points nos pacientes com fibromialgia do sexo masculino.

### 14 (PO 050)

#### DEEP WATER RUNNING PARA TRATAMENTO DE FIBROMIALGIA – ESTUDO RANDOMIZADO DE UM EXERCÍCIO AERÓBIO EM ÁGUA

Assis MR, Silva LE, Alves A, Pessanha AP, Valim V, Feldman D, Barros Neto TL, Natour J. Disciplina de Reumatologia e Centro de Medicina e Atividade Física e Esportiva da Unifesp-EPM, São Paulo, SP.

Pacientes com fibromialgia têm baixos níveis de aptidão física e de tolerância ao esforço. Diversos ensaios têm demonstrado benefício da atividade física regular, sobretudo com o exercício aeróbico. O limiar anaeróbico foi proposto como o limite fisiológico mais adequado para avaliação física, por ser menos influenciado pela dor durante o teste de esforço. Um corpo em imersão no meio aquático está sujeito às propriedades: flutuabilidade, pressão hidrostática, viscosidade e temperatura que pode ser regulada. Isso pode ser utilizado para diminuição da sobrecarga articular, redução do esforço excêntrico, estimulação tátil e térmica, relaxamento, vasodilatação por aquecimento e analgesia. Considerando as evidências científicas favoráveis ao treinamento aeróbico e as possíveis vantagens de realizá-lo na água buscamos uma forma segura de condicionamento aeróbico em água. Dentre as diversas modalidades de exercício aquático uma é conhecida como *deep water running* (DWR), onde o indivíduo realiza uma corrida dentro da água com o auxílio de um cinto flutuador ao redor da cintura. Sem contato com o fundo da piscina, elimina-se o impacto da fase de apoio, reduz-se a atividade dos músculos antigravitacionais e as forças compressivas sobre o indivíduo. **Objetivo:** analisar os efeitos do exercício aeróbico no meio aquático comparativamente ao exercício em solo em mulheres com fibromialgia. **Material e métodos:** sessenta mulheres sedentárias com fibromialgia, com idade de 18 a 60 anos, foram separadas por sorteio em dois grupos: corrida dentro d'água (DWR) e exercício em solo (SOLO). Pacientes treinaram por 15 semanas no seu limiar anaeróbico. Escala visual analógica de dor (EVA), Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ), Inventário Beck de Depressão, Questionário de qualidade de vida SF-36 e escala visual de melhora global (EVAM) foram aplicadas a entrada do estudo, com 8 e 15 semanas. A análise estatística foi por intenção de tratamento (incluiu todos os indivíduos). **Resultados:** houve 4 perdas em cada grupo. Ambos os grupos melhoraram na 15.ª semana quando comparados com a linha de base. Ambos os grupos melhoraram em 36% a média da EVA. Para EVAM, 40% do DWR e 30% do SOLO se declararam "muito melhor" após o tratamento. Para o DWR, o escore total do FIQ e seu componente depressão melhoraram mais rapidamente (8 semanas) e também foram melhores que o SOLO na 15.ª semana ( $p < 0,05$ ). No DWR houve melhora intragrupos no domínio aspectos emocionais do SF36 ( $p = 0,006$ ), mas isso não ocorreu no SOLO. Não houve diferenças entre grupos nos outros resultados, incluindo o pico de consumo de oxigênio e o número de indivíduos que apresentaram intercorrências durante o estudo. **Conclusões:** o tratamento de fibromialgia com a técnica de corrida dentro d'água foi efetivo e mostrou-se superior ao treinamento por caminhada ou corrida em solo, pelo FIQ total e por alguns itens de avaliação psicoafetiva. A melhora da dor e o ganho de condicionamento físico foram semelhantes nos dois grupos. A corrida dentro d'água com cinto flutuador mostrou-se uma opção segura para o tratamento de pacientes com fibromialgia.

### 15 (PO 042)

#### DOR EM MEMBROS NA INFÂNCIA: HÁ CORRELAÇÃO COM A DOR CRÔNICA E ALTERAÇÕES DO SONO NOS PAIS? ESTUDO PILOTO

Len CA, Galvão MZ, Dalla Rea RM, Guimarães JP, Terreri MT, Hilário MOE. Setor de Reumatologia Pediátrica, Unifesp-EPM, São Paulo, SP.

A correlação entre a presença de dor em membros em crianças e adolescentes e a queixa de dor corpórea e alteração no padrão de sono dos pais já foi descrita por vários autores. No entanto, este tema é pouco abordado na prática diária, e o pediatra geralmente explora esta queixa de maneira superficial, deixando de propor soluções mais objetivas para as famílias. **Objetivo:** no presente estudo avaliamos a presença de dor crônica e o padrão de sono dos pais de um grupo de crianças e adolescentes com dor músculo-esquelética benigna, encaminhadas para um ambulatório especializado de Reumatologia Pediátrica. **Métodos:** tipo de estudo: transversal/descritivo. Foram incluídas 20 crianças selecionadas consecutivamente com diagnóstico de dor em membros e os respectivos pais. Foram excluídos os pacientes com doenças reumáticas, infecciosas e oncológicas. Os pais foram avaliados através de questionários específicos sobre as características da dor dos seus filhos, a presença de dor crônica pessoal (enxaqueca, artralgia, cervicalgia, lombalgia etc), intensidade da dor (escalas numérica, visual e verbal), uso de medicamentos nos episódios álgicos, qualidade do sono e presença de sonolência diurna (questionário *Epworth*). O questionário *Pediatric Pain Questionnaire* foi administrado aos pacientes. **Resultados:** a média da idade dos pacientes foi de 8,5 anos (3 a 14 anos). A dor foi localizada preferencialmente em joelhos (55%) e tornozelos (25%), sendo bilateral em 90% dos casos, geralmente noturna (55%), com frequência de 1 a 5 vezes por semana (95% dos casos). Foi considerada de intensidade forte ou insuportável por 6/20 pacientes; 1/3 dos pais administraram analgésicos para os filhos e 50% observaram correlação com atividade física. Em 35% dos casos foi observada hiper mobilidade articular ao exame físico. A presença de dor crônica foi observada em 100% dos pais (40% com dor músculo-esquelética), com automedicação (analgésicos) em 75%. Em 8/20 casos houve coincidência temporal entre a queixa de dor de filhos e pais. 5/20 pais referiram fadiga ao acordar, 5/20 sono inadequado e 7/20 apresentaram moderada ou alta chance de cochilar ou dormir durante o dia. Ao estudarmos um grupo de 20 pacientes com artrite reumatóide juvenil, observamos que 80% dos pais apresentavam dor crônica, dos quais 56% faziam uso regular de analgésicos. **Conclusões:** a presença de dor corpórea pessoal e de distúrbios de sono dos pais deve ser investigada na consulta de crianças com dor em membros, possibilitando uma abordagem mais ampla deste problema. A elaboração de protocolos simples e específicos para avaliação da dor pode ser uma ferramenta útil para a compreensão desta entidade, cuja causa ainda é desconhecida.

### 16 (PO 004)

#### EFEITO DA ADMINISTRAÇÃO ORAL DE ALENDRONATO SÓDICO NA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA DE MULHERES PÓS-MENOPAUSADAS

Valente PR, Oda DA, Cunha ML. Instituto de Reumatologia e Geriatria de Campinas, SP; DIMEN, Campinas, SP.

**Objetivo:** avaliar o efeito do uso de alendronato sódico via oral em uma população ambulatorial de mulheres pós-menopausadas. **Materiais e métodos:** em um serviço ambulatorial de reumatologia/geriatria foi realizado o seguimento regular de uma população de 168 mulheres caucasianas pós-menopausadas divididas em 2 grupos distintos (A e B) de 84 pacientes (pts) cada com médias de: idade = 66,3 anos (grupo A) e 68,4 anos (grupo B); tempo de menopausa = 17,74 anos (grupo A) e 20,7 anos (grupo B); e índice de massa corporal = 26,89 kg/m<sup>2</sup> (grupo A) e 25,96 kg/m<sup>2</sup> (grupo B). As pts dos 2 grupos apresentavam osteopenia ou osteoporose densitométrica, segundo os critérios da OMS, sendo avaliada a BMD (coluna lombar, colo do fêmur e fêmur total) basal e após o tempo médio de 18 meses de tratamento medicamentoso. Os exames foram realizados com o mesmo equipamento cujo coeficiente de variação ficou mantido em 1,7% durante o período do estudo. As pts do grupo A receberam via oral: carbonato de cálcio elementar (750mg/dia) e vitamina D3 (200UI/dia) e as pts do grupo B receberam: carbonato de cálcio elementar (750mg/dia), vitamina D3 (200UI/dia) e alendronato sódico (10mg/dia). **Resultados:** a variação percentual da BMD de L2-L4, colo do fêmur e fêmur total foi respectivamente nos 2 grupos: A) 2,06, 0,30 e -0,10; e B) 5,08, 1,70 e 3,55. **Conclusões:** os resultados acima descritos demonstram um ganho apreciável na BMD de coluna lombar (L2-L4) das pts do grupo B, as quais fizeram uso de alendronato sódico mostrando que, não só se deteve a perda de massa óssea como houve ganho da mesma com a referida droga. Assim sendo, em razão do crescente número de fraturas ou colapsos vertebrais por compressão ou até esmagamento de vértebras, este estudo vem demonstrar que a terapia medicamentosa incluindo a droga alendronato sódico é uma grande aliada no tratamento da osteopenia/osteoporose.

### 17 (PO 005)

#### EFEITO DA CALCITONINA DE SALMÃO INTRA-NASAL NA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA DE MULHERES PÓS-MENOPAUSADAS

Valente PR, Oda DA, Cunha ML. Instituto de Reumatologia e Geriatria de Campinas, SP; DIMEN, Campinas, SP.

**Introdução:** o objetivo deste trabalho é avaliar a variação da densidade mineral óssea (BMD) de mulheres pós-menopausadas com a administração intra-nasal de calcitonina de salmão. **Materiais e métodos:** uma população ambulatorial de 40 mulheres caucasianas pós-menopausadas foi dividida em 2 grupos distintos (A e B) compostos de

20 mulheres cada com média de idade = 66,5 anos, tempo de menopausa = 17,78 anos (grupo A) e 17,8 anos (grupo B), e índice de massa corporal = 26,91 kg/m<sup>2</sup> (grupo A) e 23,85 kg/m<sup>2</sup> (grupo B). As pacientes (pts) de ambos os grupos apresentavam, segundo os critérios da OMS, osteopenia ou osteoporose densitométrica. Ambos os grupos de pts foram acompanhados regularmente em um ambulatório de reumatologia/geriatria, sendo feita a avaliação por densitometria óssea da BMD basal (coluna lombar e colo do fêmur) e após 18 meses de tratamento com o mesmo equipamento, cujo coeficiente de variação foi mantido em 1,7% no período do estudo. Às pts do grupo A, foram administrados via oral: carbonato de cálcio elementar (750mg/dia) e vitamina D3 (200UI/dia) e às pts do grupo B foram administrados via oral: carbonato de cálcio elementar (750mg/dia), vitamina D3 (200UI/dia) e calcitonina de salmão intra-nasal (200UI/dia) por 16 dias consecutivos ao mês e suspensão da droga pelos 15 dias subsequentes. **Resultados:** as BMD de L2-L4 e do colo do fêmur aumentaram respectivamente: "A": 1,11% e 1,37%; "B": 2,52% e 1,52%. **Conclusões:** os resultados obtidos com a BMD de L2-L4 apontam que o esquema de tratamento incluindo o uso da calcitonina de salmão intra-nasal regularmente utilizado, pôde não só deter a perda como eventualmente, produzir ganho na BMD, impedindo portanto, a piora da osteopenia/osteoporose.

## 18 (PO 060)

### EFEITOS DE ESTRATÉGIAS DE ALONGAMENTO E RELAXAMENTO VERSUS ALONGAMENTO E RELAXAMENTO ATRAVÉS DO TOQUE EM FIBROMIÁLICAS

Silva GD, Riberto M, Lorenzi FG<sup>o</sup>; Lage LV. FMUSP, São Paulo, SP.

Fibromialgia é uma síndrome de dor crônica comum, pouco compreendida e associada com significativa sensibilidade muscular e frequentemente acompanhada por fadiga, distúrbios de sono e humor deprimido. Tem sido crescentemente demonstrado que técnicas de relaxamento são úteis no controle da dor crônica, ajudando os pacientes a mudar suas crenças auto-derrotistas e reconquistar um senso de controle sobre suas vidas. **Objetivo:** verificar o quanto estratégias que combinam o alongamento do Yoga e técnicas de relaxamento podem interferir na melhora do quadro algico e no impacto da fibromialgia na vida diária. Também objetivamos verificar se a adição do toque nas áreas sensíveis faz alguma diferença nas estratégias propostas. **Material e métodos:** vinte e três mulheres preenchendo os critérios do *American College of Rheumatology* para classificação da fibromialgia foram incluídas no estudo, distribuídas em 2 grupos: o grupo de alongamentos de Yoga e Relaxamento (YR) e o grupo de alongamentos de Yoga e Relaxamento induzido através do Toque (YRT). Ambos os grupos foram submetidos a 8 sessões semanais de alongamentos e relaxamento com técnicas de Yoga e o grupo YRT foi submetido a procedimentos adicionais envolvendo o toque suave. Cada sessão teve duração média de 50 minutos. Uma semana antes da primeira sessão e 5 (±1) semanas após o término do tratamento, foram avaliados o limiar de dor através de dolorímetro nos 18 pontos sensíveis, a graduação verbal da dor e foi aplicado o Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ). A escala analógica visual para dor (VAS) foi aplicada em cada visita, antes e depois de cada sessão, bem como nas avaliações inicial e final. Onze pacientes do grupo YRT e 6 do grupo YR completaram o tratamento e 6 desistiram. **Resultados e conclusões:** comparando os resultados inicial e final, ambos os grupos YR e YRT apresentaram melhora significativa no FIQ (p = 0,044 e 0,046, respectivamente). Não houve diferenças significativas no limiar de dor dos 2 grupos. Curiosamente, enquanto o grupo YRT apresentou escores de dor menores na 8.ª sessão, esta diferença não foi mantida na reavaliação, 5 (±1) semanas após o final do tratamento. Inversamente, os escores do grupo YR até o final do tratamento não foram significativamente diferentes dos da visita inicial, contudo, estes foram significativamente menores que os iniciais na reavaliação (6,9 vs. 4,8, respectivamente; p = 0,04), o que não ocorreu com o grupo YRT (7,1 vs. 6,7; p = 0,54). Nossos resultados mostraram que alongamentos e técnicas de relaxamento são instrumentos válidos para aliviar sintomas na fibromialgia, e a adição do toque mostrou melhores resultados imediatos. Após certo tempo, contudo, pacientes do grupo YR mostraram menos dor e rigidez que os do grupo YRT. Nossos resultados preliminares sugerem que uma intervenção mais intensiva e próxima do terapeuta, como as aqui representadas pelas técnicas manipulativas, embora potencializando efeitos de analgesia de imediato, podem não trazer maiores benefícios. Pelo contrário, é possível que reforce a passividade e dependência do terapeuta, reduzindo o próprio senso de controle sobre a dor e outros sintomas.

## 19 (PO 030)

### EFICÁCIA DO MICOFENOLATO MOFETIL NA NEFRITE LÚPICA MEMBRANOSA

Figueiredo CP, Guedes LKN, Christmann RB, Gonçalves CR, Bonfá E, Borba EF. Disciplina de Reumatologia da FMUSP, São Paulo, SP.

**Objetivo:** avaliar a eficácia do micofenolato mofetil na glomerulonefrite membranosa do lúpus eritematoso sistêmico (LES) durante um ano de tratamento. **Métodos:** foram selecionadas consecutivamente 20 pacientes com diagnóstico de LES (critérios ACR) que apresentavam proteinúria persistente ou piora dos seus níveis apesar da terapêutica no momento de inclusão. Doze pacientes (60%) apresentavam biópsia renal prévia compatível com GN membranosa. Todos os pacientes estavam em uso de prednisona sendo que 70% estavam em uso concomitante de azatioprina (14) e quatro haviam feito uso ciclofosfamida (20%). Os parâmetros renais foram avaliados no início e durante o seguimento até completar pelo menos 1 ano desta terapêutica. **RESPOSTA PARCIAL** foi definida quando da diminuição de pelo menos 50% do grau de proteinúria inicial; **RESPOSTA TOTAL** quando de proteinúria ≤ 0,3 g/vol; e **FLARE** quando de piora de proteinúria acima da inicial ou piora de função renal. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 34,8 ± 10,0 anos com predomínio do sexo

feminino (90%) e tempo de doença de 8,9 ± 4,3 anos. A **RESPOSTA PARCIAL** foi obtida em todos os 20 pacientes (100%) ocorrendo após 8,2 ± 3,3 meses na dose de 2,3 ± 0,5 mg/dia, com redução da proteinúria (3,47 ± 1,26 para 1,33 ± 0,67 g/vol; p < 0,0001) e da dose de prednisona (33,7 ± 20,0 para 18,6 ± 14,1 mg/dia; p = 0,01) e aumento da albumina (3,2 ± 0,4 para 3,7 ± 0,4; p = 0,02). A **RESPOSTA TOTAL** foi obtida em 11 pacientes (55%) ocorrendo após 12,2 ± 3,0 meses proporcionando a redução de prednisona para 2,3 ± 0,5 mg/dia (p < 0,0001), com níveis de proteinúria de 0,24 ± 0,12 (p < 0,0001) e de albumina de 4,0 ± 0,3 (p = 0,003). **FLARES** foram observados em 3 pacientes com piora da proteinúria (15%), que necessitou aumento da sua dose. Não ocorreram diferenças significativas entre o grau inicial de proteinúria e de albumina entre os que tiveram resposta total e os que ainda persistiram com esta alteração. **Conclusões:** o micofenolato mofetil é efetivo na redução da proteinúria da grande maioria dos pacientes pois, após um ano desta terapêutica, mais da metade dos pacientes já apresentam sua total normalização. Os parâmetros iniciais de proteinúria e de albumina não predizem a resposta final.

## 20 (PO 038)

### ESTUDO COMPARATIVO: PSORÍASE DE INÍCIO PRECOCE E TARDIO

Carneiro SCS, Lago EHJ, Fagundes FP, Brotas AM, Lisboa FFCB. FM/UFRJ. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

A psoríase é uma doença inflamatória crônica, recorrente, cuja prevalência estimada é de aproximadamente 2% na população mundial. É menos comum em sul-americanos, com uma prevalência de 0,97%. Dois estudos retrospectivos realizados no HUCFF mostram os dados clínicos e epidemiológicos da população de pacientes com psoríase do hospital. Dos pacientes cadastrados no HUCFF entre 1993 a 1997, 106 tiveram o diagnóstico clínico-histopatológico de psoríase, sendo que 82% tinham comprometimento ungueal, 71% tinham a forma em placas, em torno de 20% tinham a forma eritrodérmica. A artrite esteve presente em 20% dos casos. Quando comparados os pacientes com e sem artropatia, a forma pustulosa foi a mais associada com o acometimento das articulações (p < 0,05). Entre 1998 a 2000, 85 novos pacientes tiveram o diagnóstico de psoríase; a forma clínica mais prevalente foi a em placas (42%), seguida da eritrodérmica (33%) e da pustulosa (26%). A forma artropática foi encontrada em 16,5% dos pacientes. A frequência das formas em placas e artropática está de acordo com os dados da literatura. A alta percentagem de pacientes eritrodérmicos ou com psoríase pustulosa pode ser explicada pelo perfil dos pacientes atendidos em hospitais universitários. Em 1985, Henseler e Christophers estudaram uma série de 2.147 pacientes de uma única instituição e observaram 2 formas distintas de psoríase. De acordo com estes autores, a doença de início precoce (tipo 1) estaria associada com maior incidência de história familiar de psoríase, um curso mais grave e com lesões mais extensas da doença. Pacientes com psoríase de início tardio (tipo 2) teriam um curso menos grave e uma evolução da doença mais linear. Outros estudos observaram também diferenças clínicas, tais como uma maior incidência de envolvimento facial e de fenômeno de Koebner na psoríase de início precoce. Estes resultados foram questionados por outros autores que consideram que a psoríase de início precoce e aquela de início tardio são clinicamente indistinguíveis. **Objetivo:** avaliar de forma sistemática os pacientes portadores de psoríase em acompanhamento no HUCFF, quanto à idade de início da doença e a presença de história familiar. **Material e métodos:** avaliação através de entrevista 25 pacientes portadores de psoríase extensa em uso de ciclosporina. **Resultados:** dos 25 pacientes em acompanhamento, 44% apresentaram história familiar de psoríase. Em 32% dos pacientes, a doença se iniciou antes dos 30 anos. Dos pacientes em que a doença se iniciou antes dos 30 anos, 75% possuíam história familiar. Daqueles pacientes que apresentaram início da doença após os 30 anos, 11,7% possuíam história familiar positiva. **Conclusões:** a ocorrência familiar da psoríase varia na literatura de 2% a 91%. Conforme já demonstrado em outros estudos a avaliação dos nossos pacientes confirma que a ocorrência familiar é mais comum em pacientes com psoríase de início precoce; esta forma de doença estaria associada com HLA-Cw6. Estes resultados preliminares suportam a existência de dois tipos bem definidos de psoríase: uma doença em que fatores genéticos parecem possuir um papel preponderante (a psoríase de início precoce) e uma forma em que os fatores genéticos são secundários (psoríase de início tardio).

## 21 (PO 019)

### ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC) E OSTEoarTRITE DE MÃOS

Coimbra FX, Samara AM, Coimbra IB. Unicamp, Campinas, SP.

A osteoartrite (OA) se caracteriza por alterações da cartilagem. Estima-se que um terço de indivíduos adultos com idade entre 25 a 74 anos apresentam evidências radiográficas de OA em pelo menos uma articulação. Com relação à etiologia há evidências que sugerem um envolvimento multifatorial, podendo ocorrer por influências genéticas, distúrbios metabólicos, hormonais, idade avançada, raça e pela participação de citocinas inflamatórias. Pode ser também por combinação desses vários fatores. A obesidade vem ganhando maior destaque entre os fatores metabólicos. Nas mãos, existem vários estudos, discordantes ou não, que tentam associar o excesso de peso e OA de mãos. **Objetivos:** avaliar a incidência de osteoartrite de mãos entre os pacientes encaminhados aos ambulatórios de Reumatologia do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas. Analisar a associação de osteoartrite de mãos e o Índice de Massa Corpórea. **Material e métodos:** foram analisados 515 pacientes do Ambulatório de Triagem da Reumatologia do HC da Universidade Estadual de Campinas, com diagnóstico clínico e radiológico de OA de mãos. Foi calculado o IMC de todos, e após foram analisados quanto à idade, sexo, cor (conforme cálculo amostral realizado a partir de estudo piloto). Os dados foram analisados através de regressão logística. **Resultados:** OA de mãos esteve presente em 15,8% entre todos os diagnósticos reumatológicos e

em 51% entre todos os diagnósticos de OA. Relação entre IMC e OA de mãos: após estudo de regressão logística univariada para a presença ou não de OA de mãos, não se observou relação entre o peso e OA de mãos, o mesmo ocorrendo entre IMC e OA de mãos. Quando realizado estudo de regressão logística multivariada verificou-se que a cada 1 kg/m<sup>2</sup> de incremento do IMC, o risco de OA de mãos aumenta em 5,4%. Observou-se ainda que pacientes com sobrepeso apresentam 2,16 vezes maior risco de ter OA de mãos do que os normais e que os obesos apresentam 2,04 vezes mais risco de ter OA de mãos também. **Conclusões:** a despeito da associação entre o IMC e a prevalência da OA de mãos não ter sido significativa, pacientes com IMC > 25 apresentaram maior risco de desenvolverem OA de mãos.

## 22 (PO 011)

### ESTUDO RETROSPECTIVO DAS CAUSAS DE ÓBITO DE PACIENTES COM LES NOS ÚLTIMOS TRÊS ANOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Santos MF, Neves AS, Alvarenga MCV, Ferreira GA, Ciconelli RM, Sato EL. Unifesp-EPM, São Paulo, SP.

**Objetivo:** realizar estudo descritivo e retrospectivo de pacientes com LES, que faleceram nos últimos três anos no Hospital São Paulo. **Pacientes e métodos:** foram feitas revisões dos prontuários de todos os pacientes que faleceram no Hospital São Paulo/Universidade Federal de São Paulo, no período de janeiro de 2000 a abril de 2003 e que constava lúpus eritematoso sistêmico como uma das causas de óbito. Foram preenchidas fichas com dados referentes à sexo, idade, cor, tempo de doença, causa mortis, comorbidades, critérios diagnósticos, critérios de atividade, dados sobre possíveis infecções e terapêutica por ocasião do óbito. **Resultados:** quarenta e um pacientes faleceram neste período, sendo 39 mulheres e 3 homens, 20 brancos, 21 não brancos. A média de idade por ocasião do óbito foi de 33,82 ± 15,06 (variando de 12 a 63 anos), a média de idade por ocasião do diagnóstico foi de 27,80 ± 12,52 e a mediana do tempo de doença foi de 3,5 anos, variando de 9 dias a 26 anos. As causas dos óbitos foram: choque séptico em 4 (9,7%), atividade da doença em 10 (24,4%) e infecção associada com atividade da doença em 19 pacientes (46,3%). Uma paciente faleceu por neoplasia de mama com metástases ósseas e nenhuma paciente teve doença coronariana como causa de óbito. As atividades do lúpus considerados como causa mortis foram: comprometimento neuropsiquiátrico em 4 (40%), hematológico em 2 (20%), pulmonar em 1 (10%) e tampenamento cardíaco em um paciente (10%). A maioria dos pacientes apresentava comorbidades, sendo as mais frequentes: hipertensão arterial (39%), déficit de função renal (24,4%), dislipidemia (12,2%), diabetes mellitus (9,7%) e insuficiência coronariana (9,7%). Por ocasião do óbito a grande maioria dos pacientes apresentava alguma atividade da doença comprometendo os seguintes órgãos/sistemas: rim em 53,6%, hematológico em 43,1% e neuropsiquiátrico em 36,6%. Apenas seis pacientes (14,6%) não apresentavam infecção na época do óbito. As infecções mais frequentes foram: pulmonar em 51,4%, sistema nervoso central em 11,4% e trato urinário em 11,4%. Apenas em 12 pacientes (34,3%) o agente infeccioso pôde ser identificado. *Stafilococcus aureus* foi identificado em 4 pacientes (33%) e dois (16,6%) pacientes tiveram infecção por *Escherichia coli*. Apenas sete pacientes não estavam em uso de corticosteróides por ocasião do óbito. A média da dose de CE foi de 45,60 ± 34,84 mg/dia (variando de 10 a 120mg). Dezesete pacientes estavam em uso de imunossupressores (dois com metotrexate, um com azatioprina, um com azatioprina e ciclofosfamida e treze pacientes faziam uso de ciclofosfamida intravenoso na forma de pulsoterapia). **Conclusões:** este estudo mostrou que as principais causas de óbito dos pacientes com LES que faleceram num centro terciário foram principalmente atividade da doença isoladamente e infecção. Infecção isolada foi responsável em 10% dos óbitos. Ao contrário do descrito em diversos países desenvolvidos, não foi encontrado diferença nas causas de óbito de pacientes com óbito precoce ou tardio. A maioria dos pacientes tinha pouco tempo de evolução da doença, o que pode justificar não termos encontrado óbito em consequência de doença cardiovascular, como o descrito em outros centros.

## 23 (PO 041)

### FATOR ANTI-NÚCLEO: VALOR NO PROGNÓSTICO ARTICULAR DA ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

Prado R, Caldas AMC, Terreri MT, Len CA, Hilário MOE. Setor de Reumatologia Pediátrica, Unifesp-EPM, São Paulo, SP.

**Objetivo:** a presença do fator anti-núcleo (FAN) identifica um subgrupo de crianças com artrite idiopática juvenil (AIJ) caracterizado por início na infância, predominância de sexo feminino, artrite assimétrica e como fator de risco uveíte crônica. Porém, o curso articular é heterogêneo. Estudamos o envolvimento articular em um grupo de crianças com FAN positivo e comparamos com suas características clínicas no início e durante o seu seguimento no ambulatório de reumatologia infantil. **Métodos:** todos os pacientes preenchiam os critérios de ILAR (1997) para AIJ e foram realizadas 2 dosagens do FAN em um período de 6 meses. Pacientes com presença de fator reumatóide ou artrite psoriática foram excluídos. Os pacientes foram divididos em 3 grupos, de acordo com o número de articulações acometidas: Grupo 1: pacientes com menos de 4 articulações envolvidas durante o curso da doença (oligoartrite persistente); Grupo 2: pacientes com menos de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses com subsequente extensão para mais de 5 articulações (oligoartrite estendida); Grupo 3: pacientes com 5 ou mais articulações envolvidas nos primeiros 6 meses (poliartrite). A avaliação incluiu sexo, tempo de evolução, presença de articulações ativas no início e na evolução da doença, presença de uveíte, alterações radiográficas e remissão da doença. **Resultados:** foram estudados 25 pacientes: 12 do grupo 1, 2 do grupo 2 e 11 do grupo 3. 19 (76%) eram do sexo feminino. O tempo médio de evolução foi de 58,6 meses, 33 meses e 86,3 meses, respectivamente. 33% dos pacientes do grupo 1 apresentaram atividade de doença e 72% dos pacientes do grupo 3 após 60 meses de evolução (média). 4 pacientes (16%) apresentaram alterações oculares.

Apenas 1/12 pacientes do grupo 1 e 6/11 do grupo 3 apresentaram alterações radiográficas. 66% e 36% dos pacientes do grupo 1 e 3 respectivamente estão em remissão atualmente. **Conclusões:** a presença de FAN não caracteriza pior prognóstico articular e a maioria dos pacientes FAN positivo não teve complicação ocular.

## 24 (PO 014)

### FATORES ASSOCIADOS A CALCINOSE NA DERMATOMIOSITE JUVENIL (DMJ)

Pivato FCMM, Sallum AME, Paim LB, Leone C, Liphais BL, Silva CAA. Unidade de Reumatologia Pediátrica - ICR-HC-FMUSP.

A calcinose da DMJ apresenta etiologia desconhecida e está associada aos casos graves, às doses inadequadas e ao retardo no uso de corticosteróide nas fases iniciais da doença. **Objetivo:** avaliar as características clínicas, laboratoriais e terapêuticas associadas com a calcinose em pacientes com DMJ. **Pacientes e métodos:** um número de 54 pacientes com DMJ foi avaliado retrospectivamente. Todos preencheram critérios de Bohan e Peter para DMJ. Os pacientes com polimiosite foram excluídos. Os dados demográficos, características clínicas: grau de força muscular (I a V do Medical Research Council), pneumonite intersticial (distúrbio ventilatório restritivo), refluxo gastro-esofágico e comprometimento cardíaco (pericardite e/ou miocardite); elevação das enzimas musculares e tratamento (corticoterapia e/ou cloroquina e/ou imunossupressor) foram avaliados. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com a presença ou não de calcinose. Análise estatística foi realizada com o teste do qui-quadrado (corrigido para Yates), teste exato de Fisher, t de Student e teste t não pareado. O nível de significância foi de 5%. **Resultados:** calcinose esteve presente em 23 (43%) pacientes, sendo em seis antes do diagnóstico e 17 após. A média da idade ao diagnóstico foi de 78,7 ± 31,2 meses nos pacientes com calcinose e 88,9 ± 33,4 meses nos pacientes sem calcinose (p=0,25). A média do tempo de doença até o diagnóstico foi de 12,2 ± 20,4 meses nos pacientes com calcinose e 7,7 ± 10,6 meses nos pacientes sem calcinose (p=0,34). A calcinose foi associada com tratamento agressivo da doença (uso de imunossupressores) (p=0,03), comprometimento cardíaco (p=0,01) e pulmonar (p=0,02). A calcinose não foi associada com idade de início da doença superior a 78 meses (média da idade de início encontrada) (p=0,25), tempo de duração da doença até o diagnóstico superior a 12,2 meses (média do tempo de duração da doença antes do diagnóstico) (p=0,31), sexo feminino (p=0,18), grau de força muscular reduzido (I, II ou III) (p=1,0), elevação das médias dos níveis séricos das enzimas musculares (CK, TGO, TGP, DHL) (p=0,69; p=0,21; p=0,23 e p=0,29 respectivamente) e a presença de refluxo gastro-esofágico (p=0,33). **Conclusões:** o aparecimento da calcinose é frequente na DMJ, habitualmente na evolução da doença. A calcinose foi associada aos casos mais graves, com uso de imunossupressores, envolvimento cardíaco e pulmonar.

## 25 (TL 017)

### FATORES ASSOCIADOS A NEFRITE NA PÚRPURA DE HENOC-SCHÖNLEIN

Silva CAA, Paim LB, Campos LMMA, Koch V, Leone C. Unidade de Reumatologia Pediátrica - ICR-HC-FMUSP, São Paulo, SP.

**Introdução:** o comprometimento renal é o principal determinante prognóstico da púrpura de Henoch-Schönlein (PHS), ocorrendo em 10 a 50% dos pacientes. Apenas dois estudos avaliaram os fatores de risco iniciais da PHS, com análise univariável ou multivariável, associados ao desenvolvimento renal. Kaku et al. 1998 evidenciaram que sintomas gastro-intestinais importantes, idade acima de sete anos e púrpura persistente acima de um mês são fatores de risco iniciais associados a nefrite da PHS. Sano et al. 2002 avaliaram 134 pacientes com PHS. Eles determinaram, através de uma análise univariável, que dor abdominal importante, púrpura persistente e tratamento com corticosteróides estiveram mais associados com a nefrite da PHS. **Objetivos:** avaliar os fatores iniciais (primeiros três meses) associados ao envolvimento renal na PHS. **Pacientes e métodos:** um número de 142 pacientes com PHS foram avaliados retrospectivamente (total de 184 admitidos entre janeiro de 1983 a dezembro de 2002). Todos preencheram critérios do Colégio Americano de Reumatologia para PHS. O envolvimento renal foi definido pela presença de hematuria, proteinúria acima de 0,1g m<sup>2</sup>/dia, síndrome nefrítica, síndrome nefrótica e/ou insuficiência renal aguda (IRA). Foram determinados os dados demográficos (idade de início da doença, sexo), características clínicas (púrpura persistente acima de um mês, artrite, dor abdominal de intensidade leve ou moderada/grave e sangramento gastro-intestinal), exames laboratoriais (elevação dos níveis séricos de IgA) e o tratamento (uso de corticosteróides). A análise estatística foi realizada com os testes exato de Fisher e t de Student e calculado o risco relativo (RR). O teste t não pareado foi utilizado para comparar as médias de idade de início dos pacientes com e sem nefrite da PHS. O nível de significância foi de 5%. **Resultados:** o envolvimento renal ocorreu em 70 pacientes (49%), sendo 69 (98%) nos primeiros três meses da doença e uma paciente (2%) desenvolveu nefrite tardia, com IRA após três anos de seguimento. Hematuria ocorreu em 41 pacientes (macroscópica em 12), proteinúria sem hematuria acima de 0,1g m<sup>2</sup>/dia em 26, hematuria e proteinúria acima de 0,1g m<sup>2</sup>/dia em 16, síndrome nefrítica em 2, síndrome nefrótica em 2, edema renal e hipertensão arterial em 3 e IRA em 2. A média da idade de início da doença foi de 80,6 ± 35,5 nos pacientes com nefrite e 73,6 ± 36,0 nos pacientes sem nefrite (p=0,247). A idade de início da doença acima de 4 ou 7 anos, sexo masculino, presença de púrpura persistente, artrite e elevação dos níveis de IgA não apresentaram maior associação com nefrite. O envolvimento renal foi associado com presença de dor abdominal de intensidade moderada a grave (RR=1,62, p=0,0048), sangramento gastro-intestinal (RR=1,59, p=0,049) e uso de corticosteróides (RR=1,757, p=0,0012). **Conclusões:** o envolvimento renal na PHS foi frequente, ocorrendo em 49% dos casos e em 98% destes nos primeiros três meses da doença. A presença de dor abdominal moderada a intensa, sangramento gastro-intestinal e uso de corticosteróides estiveram associados com maior envolvimento renal na PHS.

## 26 (TL 018)

## FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO ÓBITO EM PACIENTES INTERNADOS COM LESJ

Facó MMM, Leone C, Liphaus BL, Campos LMMA, Silva CAA. Unidade de Reumatologia Pediátrica - ICI-HC-FMUSP, São Paulo, SP.

O lúpus eritematoso sistêmico juvenil (LESJ) é uma doença rara com alta morbi-mortalidade, não existindo na literatura médica estudos sobre as internações hospitalares destes pacientes nesta faixa etária. **Objetivos:** avaliar fatores de risco associados ao óbito nas internações por LESJ. **Pacientes e métodos:** no período de 1994 a 2002 ocorreram 50.387 internações no Instituto da Criança. Destas, 399 foram doenças reumatológicas pediátricas e admitidas nas diversas enfermarias do nosso Hospital (média de 3,7 internações/mês). Os internamentos para administração de medicamentos no "leito dia" e procedimentos foram excluídos. Destas internações, 136 (34%) ocorreram nos pacientes com LESJ (64 pacientes) e a última internação foi analisada. Todos preencheram critérios do Colégio Americano de Reumatologia para LESJ. Os dados demográficos, sazonalidade, características clínicas, curso da doença, SLEDAI, SLICC-ACR DI, exames laboratoriais, tratamento e necrópsias foram determinados. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com evolução para o óbito na internação: grupo A (sem óbito) e grupo B (com óbito). Análise estatística foi realizada com os testes exato de Fisher e Mann Whitney e calculado o risco relativo (RR). O nível de significância considerado foi de 5%. **Resultados:** as principais causas das internações foram atividade de do LESJ em 82% e associadas às infecções em 59%. O grupo A foi constituído de 53 pacientes e o grupo B de 11. Necrópsia foi realizada em 6 dos 11 que evoluíram para óbito. A causa clínica do óbito foi septicemia em 9 e insuficiência respiratória aguda em 2 (pneumonia em um e tromboembolismo pulmonar em outro). Os agentes infecciosos identificados foram: *Staphylococcus aureus* em 4, *Pseudomonas aeruginosa* em 4, *Candida sp* em 3 e *Corynebacterium sp* em 1. Em duas necrópsias foram evidenciadas infecções fúngicas por *Aspergillus fumigatus* (pneumonia em um e miocardite em outro) não diagnosticadas durante a internação. As internações ocorreram predominantemente no segundo e terceiro trimestre dos anos estudados, sem diferença entre os grupos. A comparação das médias dos grupos não evidenciou diferença estatística em relação: idade de início da doença, duração da doença, idade na última internação e número de hospitalizações. O maior risco de óbito foi evidenciado com: septicemia intra-hospitalar (RR = 14,7, p = 0,0001), internação na unidade de terapia intensiva (UTI) (RR = 14,7, p = 0,0001), insuficiência renal aguda (IRA) (RR = 8,4, p = 0,0001), plaquetopenia aguda (RR = 2,6, p = 0,0001) e SLEDAI  $\geq 8$  (p = 0,0115). O óbito não foi associado com: sexo, hipertensão arterial mantida, nefrite (classes III, IV ou V da OMS), proteinúria acima de 0,5 g/dia, presença de anti-DNA, SLICC/ACR DI  $\geq 1$ , doença crônica ativa e tratamento com ciclofosfamida, azatioprina, ciclosporina e/ou micofenolato mofetil. **Conclusões:** atividade da doença e infecção foram as principais causas das internações. Óbitos ocorreram em 17% dos pacientes com LESJ internados. A presença de IRA, plaquetopenia aguda, septicemia intra-hospitalar, SLEDAI  $\geq 8$  e internação na UTI apresentaram maior risco de evolução para óbito.

## 27 (PO 044)

## FENÔMENO DE RAYNAUD EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: VALOR PROGNÓSTICO DA CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL

Nascif AKS, Gonçalves M, Terrier MT, Len CA, Hilário MOE. Setor de Reumatologia Pediátrica, Unifesp-EPM, São Paulo.

Embora o fenômeno de Raynaud seja predominantemente primário, ele pode ocorrer como manifestação de doenças do colágeno. A capilaroscopia periungueal (CPU), por refletir alterações microvasculares, é considerada um exame útil, especialmente para pacientes cuja doença do colágeno se apresenta inicialmente apenas com o fenômeno de Raynaud. Estudos sugerem que o valor preditivo da CPU para evolução para colagenoses é semelhante ou até mesmo superior à presença do fator anti-núcleo (FAN). **Objetivo:** avaliar através da CPU 28 pacientes com fenômeno de Raynaud primário, sem outras manifestações clínicas de colagenose, e correlacionar os seus achados com a evolução clínica para uma eventual doença do colágeno. **Métodos:** foram selecionados 28 crianças e adolescentes com quadro clínico de fenômeno de Raynaud sem história sugestiva de colagenose (25 meninas, 19 caucasóides, tempo médio de início dos sintomas de 1,7 anos, com idade média na época da CPU de 13 anos). Estes indivíduos foram avaliados clinicamente e submetidos a CPU (utilizando-se um microscópio com iluminação especial com aumentos de 10 e 16 vezes) e determinação de FAN (pelo método de imunofluorescência). Foram correlacionados os achados clínicos e capilaroscópicos bem como a presença de FAN para diferenciação de Raynaud primário do secundário. **Resultados:** oito pacientes foram avaliados duas ou mais vezes, no total de 37 exames capilaroscópicos. A capilaroscopia mostrou-se normal em 25/28 pacientes com diagnóstico de fenômeno de Raynaud primário e 3 pacientes apresentaram FAN positivo. Apenas 2 evoluíram para colagenose (lúpus eritematoso sistêmico e doença mista do tecido conjuntivo com período de evolução de 2,2 e 2,5 anos respectivamente), ambos apresentaram FAN positivo e alterações capilaroscópicas sugestivas de microangiopatia inespecífica. Os 26 pacientes restantes permaneceram com diagnóstico de Raynaud primário por um tempo médio de evolução de 2,8 anos. Todos apresentaram FAN negativo exceto uma menina sem quadro clínico de colagenose e com tempo de evolução de 0,9 anos. Todos tiveram CPU normal exceto um menino que apresentou alterações sugestivas de microangiopatia inespecífica, porém sem quadro clínico de Raynaud secundário e com tempo de evolução de 3,2 anos. Sete pacientes com diagnóstico de Raynaud primário foram submetidos a avaliações evolutivas, com persistência de normalidade na CPU. Portanto, 2/3 pacientes com alterações capilaroscópicas evoluíram para colagenose (ambos com FAN positivo), enquanto que 25/28 com CPU normal permaneceram como Raynaud primário (24 com FAN negativo). **Conclusões:** embora pouco freqüente, o fenômeno de Raynaud pode ser a

manifestação inicial de uma doença do colágeno como lúpus eritematoso sistêmico e doença mista do tecido conectivo. A presença de alterações à CPU deve chamar a atenção do clínico e auxiliar no diagnóstico precoce destas doenças melhorando o prognóstico destes pacientes.

## 28 (PO 007)

## FIBROMIALGIA, QUALIDADE DE VIDA E NÚMERO DE FALTAS AO TRABALHO EM UMA INDÚSTRIA

Trentin Filho FJ, Natour J. Hospital Regional do Oeste, Chapecó, SC. Unifesp-EPM.

A fibromialgia representa uma causa freqüente de afastamento do trabalho e de concessão de benefícios previdenciários. Constata-se uma baixa qualidade de vida, comparável àquela encontrada na artrite reumatóide. Foi avaliada especificamente dentro de um ambiente de trabalho a freqüência de fibromialgia, estabelecendo correlações com a qualidade de vida e o perfil ocupacional, principalmente com relação ao número de faltas ao trabalho. **Material e métodos:** avaliamos um grupo de 132 operários de uma indústria frigorífica de uma região no interior do Brasil. Todos os indivíduos foram entrevistados usando um protocolo clínico que avaliava a presença de sintomas sugestivos de fibromialgia, o questionário de vida SF-36 e após realizou-se a palpação dos tender points. Estabeleceu-se um perfil ocupacional, buscando-se dados como a concessão de benefícios, o tempo de empresa, o número de empregos anteriores, o número de funções na empresa e de dias faltados ao trabalho. **Resultados:** encontramos 11 indivíduos com fibromialgia (8,3%) que apresentavam sintomas clínicos típicos da doença, baixos escores de qualidade de vida e uma freqüência aumentada de dias faltados ao trabalho. Porém, não houve diferenças quanto à concessão de benefícios previdenciários, número de empregos anteriores ou funções e nem ao tempo de empresa. **Conclusões:** o grupo com fibromialgia, embora tendo faltado mais dias ao trabalho, conseguiu manter-se produtivo nas suas funções.

## 29 (TL 002)

## FREQUÊNCIA E FATORES RELACIONADOS COM A FALÊNCIA OVARIANA PRECOCE APÓS USO DE CICLOFOSFAMIDA NO LES

Blayta PF, Appenzeller S, Costallat LTL. Departamento de Clínica Médica e Neurologia da Unicamp, Campinas, SP.

**Objetivo:** determinar a freqüência de falência ovariana precoce em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES) tratadas com ciclofosfamida, e definir fatores de risco para a sua ocorrência. **Pacientes e métodos:** cinquenta e sete pacientes com LES entre 18 e 39 anos foram avaliadas quanto ao uso de ciclofosfamida e ao desenvolvimento de amenorréia. A amenorréia persistente foi definida como ausência de ciclos menstruais durante 12 meses ou mais, enquanto que amenorréia transitória foi definida como ausência de três ou mais ciclos menstruais, não perfazendo um ano de amenorréia. Para identificar os fatores de risco associados com a amenorréia os dois grupos foram comparados com relação à idade atual, à idade de início da doença, ao uso de outras drogas e dose média empregada e à idade da menarca. A análise estatística foi realizada usando o teste de Qui-quadrado para variáveis categóricas e o teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%. **Resultados:** a casuística era homogênea com relação à idade, ao diagnóstico, tempo de doença e idade da menarca. Com relação às manifestações clínicas, observou-se somente uma freqüência mais elevada de nefrite no grupo que utilizou ciclofosfamida (p = 0,0021). Não se observou nenhum caso de falência ovariana precoce. Amenorréia transitória foi identificada em 6 de 27 pacientes que utilizaram ciclofosfamida e estava associada com um tempo maior de uso, dose total acumulada maior e com o uso associado de outras drogas imunossupressoras. **Conclusões:** não se observou nenhum caso de falência ovariana precoce neste estudo. A presença de amenorréia transitória estava associada com a duração do uso de ciclofosfamida, dose total acumulada e associação com uso de outras drogas imunossupressoras.

## 30 (PO 029)

## INFLUÊNCIA DE ESTRESSE E DEPRESSÃO MAIOR NO CURSO DO LES – UM ESTUDO PILOTO

Nery FG, Borba EF, Bonfá E, Lotufo-Neto F. Departamentos de Psiquiatria e Reumatologia da FMUSP, São Paulo, SP.

**Objetivo:** verificar transtornos psiquiátricos em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES), e avaliar se a presença e intensidade de eventos estressantes e depressão maior estão associados com a atividade inflamatória do LES. **Métodos:** dezoito pacientes com diagnóstico de LES (critérios do ACR) foram avaliadas quanto à presença de transtornos psiquiátricos (SCID), à intensidade de depressão maior (MADRS), à presença de eventos de vida estressantes nos últimos seis meses (Entrevista para Eventos Recentes de Vida de E. Paykel), frente à atividade do LES (SLEDAI). Foram separadas em dois grupos, de acordo com a atividade inflamatória: ATIVIDADE (SLEDAI  $\geq 8$ ) e INATIVIDADE (SLEDAI  $\leq 2$ ). **Resultados:** na avaliação global, a prevalência dos distúrbios psiquiátricos durante a vida nesta população foi de 50% de transtornos depressivos em geral, sendo 4 com transtorno depressivo maior (22%), 3 com transtornos depressivos SOE (17%), e duas com transtorno depressivo por condição médica geral ou substância (11%); além de 11% de transtornos ansiosos (um caso de agorafobia sem transtorno de pânico - 5,5%, um de fobia específica - 5,5%), um de abuso de álcool (5,5%) e um com compulsão alimentar periódica (5,5%). Quando avaliados no último mês, a prevalência dos transtornos depressivos em geral foi de 17% (3 pacientes), sendo o transtorno depressivo maior em duas (11%) e uma com transtorno depressivo sem outra especificação (SOE), tipo menor (5,5%). Os transtornos de



ansiedade em geral foram detectados em 50% das pacientes, sendo 5 com transtorno de ansiedade SOE (28%), 3 com fobia específica (17%), uma com fobia social (5,5%) e uma com transtorno de ajustamento tipo ansioso (5,5%). Do total de pacientes avaliadas, oito pacientes pertenciam ao grupo ATIVIDADE e 10 ao grupo INATIVIDADE. A relação dos distúrbios psiquiátricos recentes com a atividade pode ser constatada pois três pacientes no grupo ATIVIDADE (37,5%) apresentaram pelo menos 1 evento de vida estressante de impacto marcante (nos últimos seis meses) em relação a apenas 1 paciente (10%) do grupo INATIVIDADE (OR: 5,4 – IC 95%: 2,7 a 8,1;  $p=0,274$ ). Além disso, duas pacientes do grupo ATIVIDADE (25%) apresentaram episódio depressivo maior (MADRS 21 e 23) enquanto nenhuma paciente do grupo INATIVIDADE (OR indefinido;  $p=0,183$ ). **Conclusões:** estes resultados preliminares revelam uma alta prevalência de depressão e ansiedade nestas pacientes. Sugerem ainda uma relação entre eventos de vida estressantes e a atividade do LES e apontam para uma possível relação entre esta e a depressão maior.

### 31 (PO 040)

#### MANIFESTAÇÕES NEUROPSIQUIÁTRICAS NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL: ASSOCIAÇÃO COM ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDE?

Barbosa CMPL, Gonçalves M, Len CA, Terrier MT, Hilário MOE. Setor de Reumatologia Pediátrica, Unifesp-EPM, São Paulo.

Os anticorpos antifosfolípidos estão associados à trombose venosa e arterial, abortos recorrentes, trombocitopenia, doenças neurológicas e outras condições clínicas. A síndrome antifosfolípide pode ocorrer como condição primária ou secundária a diversas doenças, inclusive o lúpus eritematoso sistêmico (LES). **Objetivo:** estudar a frequência de anticorpos antifosfolípidos em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil (LESJ) e sua possível associação com fenômenos tromboembólicos e manifestações neurológicas. **Material e métodos:** análise retrospectiva de pacientes com LESJ acompanhados em nosso ambulatório, por um período mínimo de seis meses. As dosagens de anticorpos anticardiolipina (ACL), IgM e IgG, tempo de tromboplastina parcial ativada (TPA) e reação sorológica para lúes (VDRL) foram realizadas logo após o diagnóstico. A segunda dosagem de ACL foi realizada com intervalo de dois meses em relação à primeira. **Resultados:** foram avaliados 82 pacientes, 73 do sexo feminino (89%), com média de idade no início da doença de 10,8 anos. As manifestações neurológicas foram observadas em 42 (51,2%) pacientes e incluíram: cefaleia ( $n=29$  [35%]), convulsão ( $n=15$  [18,3%]), psicose ( $n=6$ ), acidente vascular cerebral ( $n=4$ ), coréia ( $n=3$ ) e outros ( $n=10$ ). Duas pacientes apresentaram trombose venosa profunda (TVP). O ACL foi positivo em 26 de 64 pacientes (40,6%) (21 IgG, 2 IgM e 3 IgM + IgG). O TTPA foi prolongado em 3 pacientes. O VDRL foi positivo em 6 pacientes com anticorpo anticardiolipina. Quatro pacientes apresentaram AVC: 1 com ACL negativo, 2 com IgG positivo e 1 com IgM positivo. As duas pacientes com TVP apresentavam ACL positivo (1 IgM e 1 IgG). O ACL foi dosado em 35/42 pacientes com manifestação neurológica, sendo positivo em 13 (37%). **Conclusões:** os anticorpos anti-fosfolípidos estão positivos na maioria dos pacientes lúpicos que apresentam fenômenos tromboembólicos e também em 40% dos pacientes com comprometimento do SNC, o que pode sugerir a participação destes anticorpos na patogenia destas manifestações. Embora 50% dos pacientes com ACL positivo não tenham, até o momento, apresentado manifestações tromboembólicas ou de SNC, estes devem fazer uso do AAS profilático e ser acompanhados cuidadosamente.

### 32 (PO 031)

#### PERFIL DE 47 PACIENTES DO SEXO MASCULINO COM FIBROMIALGIA ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DA UNIFESP

Yoshikawa GT, Heymann RE, Feldman D, Helfenstein M. Unifesp-EPM, São Paulo, SP.

A fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa músculo-esquelética crônica, não inflamatória, caracterizada pela presença de dor difusa pelo corpo e sensibilidade exacerbada à palpação de determinados pontos dolorosos, denominados "tender points". É uma doença pouco frequente em homens, sendo a maioria dos pacientes do sexo feminino (80%-90%). Assim, são poucos os trabalhos sobre o perfil desses pacientes com FM. **Objetivo:** avaliar o perfil clínico e demográfico de pacientes com fibromialgia do sexo masculino em acompanhamento no ambulatório de reumatologia do hospital São Paulo. **Pacientes e métodos:** foi realizado um estudo transversal de 47 pacientes do sexo masculino com fibromialgia, acompanhados no ambulatório de reumatologia do Hospital São Paulo no período de 2002 a 2003, correspondendo a aproximadamente 10% de todos os pacientes com FM atendidos neste período. Todos os pacientes foram submetidos a uma avaliação clínica, aplicação do inventário de depressão de Beck, do IDATE e *Short-Form Health Survey* (SF-36). **Resultados:** a idade média dos pacientes foi 44 anos, 70,21% tinham apenas ensino fundamental, 40,42% dos pacientes estavam afastados do trabalho. A patologia mais associada com a FM foi a hipertensão arterial (25,53%), seguida da osteoartrite de mãos e/ou joelhos (8,51%). A média do tempo de diagnóstico foi de 10 meses e dos sintomas foi de 4 anos e 49 dias. Os sintomas mais prevalentes, além das dores difusas pelo corpo, foram distúrbio do sono (97,87%), fadiga (91,48%) e ansiedade (82,97%). A média do número de tender points foi de 15,36 pontos, da escala visual analógica de dor foi de 7,27. A maioria dos pacientes apresentava depressão de moderada a severa (22,14 pontos), avaliada pelo questionário de depressão de Beck, o nível de ansiedade (Traço/Estado) foi avaliado pelo IDATE com média de escore de 49 pontos para Traço (nível de ansiedade médio) e Estado de 53,68 pontos (nível de ansiedade alto). A qualidade de vida dos pacientes foi avaliada pelo SF-36 com os seguintes resultados: a média da capacidade funcional foi 36,91; a dor 31,12; o estado geral de saúde 35,42; a vitalidade 28,93; os aspectos sociais 42,29; os aspectos emocionais 32,59 e a saúde mental 39,06, que significam comprometimento importante da qualidade de vida destes indivíduos.

### 33 (TL 022)

#### PESQUISA DE TUBERCULOSE LATENTE EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE: VALOR DO TESTE DE TUBERCULINA (PPD)

Laurindo IMM, Seiscento M, Bombarda S, Gonçalves CR, Kochen JAL. Disciplina de Reumatologia e Pneumologia da FMUSP, São Paulo, SP.

A tuberculose é uma doença endêmica no Brasil com uma incidência de 60 casos/100.000 habitantes. Na população com artrite reumatóide (AR) a identificação da tuberculose latente tornou-se particularmente importante com o advento da terapia anti-TNF (fator de necrose tumoral) e a descrição de sua associação com tuberculose ativa, recomendando-se cuidadosa história clínica, realização do teste de tuberculina e radiografia do tórax. Com relação ao teste subcutâneo questiona-se sua utilidade em vista da possibilidade de estado de anergia induzido pela própria AR. **Objetivo:** avaliar nos pacientes com AR a frequência de positividade do teste de tuberculina e sua relação com história epidemiológica para tuberculose, presença de sinais e sintomas, radiografia de tórax e características da AR como duração de doença, uso de corticosteróides e imunossupressores. **Pacientes e métodos:** foram selecionados aleatoriamente 71 pacientes em seguimento regular no ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP com medicação estável (3 meses) e submetidos ao teste da tuberculina de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde (RT23-2UT e leitura após 72 horas por profissional especializado). Foram considerados testes positivos quando a reação cutânea (induração) foi igual ou superior a 5 mm. Os pacientes foram solicitados a responder questionário simples quanto a história epidemiológica para tuberculose e a medicação em uso. **Resultados:** 19 pacientes (27%) apresentaram teste da tuberculina positivo e seus dados clínicos e epidemiológicos são comparados com os da população negativa na tabela abaixo:

Média $\pm$ desvio padrão / %	AR PPD + (n=19)	AR ppd - (n=52)	P < 0,05 (teste T/qui-quadrado)
Idade (anos)	46,6 $\pm$ 10,3	53,5 $\pm$ 12,6	p=0,035
Duração da AR (anos)	14,7 $\pm$ 6,4	17,7 $\pm$ 10	ns
Dose de CE (mg/dia)	7,54 $\pm$ 4,6	7,18 $\pm$ 3,3	ns
Uso de CE (%)	63	75	ns
CE > 10mg/dia (%)	21	23	ns
CE < 10mg/dia	42	52	ns
Dose de MTX (mg/sem)	15,96 $\pm$ 4,5	14,82 $\pm$ 4,86	ns
Uso de MTX (%)	68	56	ns
Imunossupressor (%): (azatioprina e ciclosporina)	16,6	27	ns
Imunossupressor (%): (azat., ciclosp. e MTX)	84,6	83	ns
Vacinação (%)	37	9,6	p=0,018
História de contato (%)	47	11,5	p=0,003
Tratamento prévio (%)	16	2	p=0,023

**Conclusão:** embora este seja um estudo preliminar, enfatiza a importância da história epidemiológica na pesquisa de tuberculose latente e sugere a pouca contribuição da medicação em uso na positividade do teste da tuberculina.

### 34 (PO 058)

#### PROMOVENDO A QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES DE ARTRITE REUMATÓIDE COM O MÉTODO SELF-HEALING

Bonfiglioli R, Rezende GM, Toldrá RC. PUC/Campinas, SP.

Este estudo faz uma análise da experiência de trabalho com grupos de pacientes portadores de artrite reumatóide baseado na utilização do método de trabalho corporal denominado self-healing. A proposta foi desenvolvida no Ambulatório de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas, a partir dos encaminhamentos recebidos do Ambulatório de Reumatologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro (Hospital Universitário). **Objetivo:** Informar, ensinar e estimular a aplicação de medidas de auto-cuidado que minimizem os sintomas, melhorem a capacidade funcional e por conseguinte contribuam para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. **Material e métodos:** para o desenvolvimento do estudo foram formados 3 grupos de pacientes totalizando 18 pessoas, portadoras de artrite reumatóide pertencentes à classe funcional I e II da doença, ou seja, com presença de sintomas de dor, rigidez matinal, diminuição da amplitude de movimento, com poucas deformidades, capacidade de auto-cuidado e atividade laborativa com restrição leve. Todos utilizavam anti-inflamatórios hormonais e não hormonais, além de metotrexato mais analgésicos em doses preconizadas. O trabalho grupal foi realizado em 10 sessões, além da triagem e da avaliação inicial realizadas em 2 sessões individuais. Como recurso terapêutico foi utilizado o método self-healing desenvolvido por Meir Schneider (1998, 1999). Um programa específico para artrite reumatóide foi desenvolvido por Darlene Cohen, portadora desta enfermidade, baseado no método e em sua experiência pessoal. O trabalho desenvolvido permite identificar a relação dor-atividade-comportamento doloroso. Para acompanhamento da clientela foram utilizados alguns instrumentos de avaliação como o Health Assessment Questionnaire (HAQ), Escala Visual Analógica (EVA) e WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) adaptado (Ferraz e Atra: 1990). **Resultados:** na análise das respostas apontadas na EVA adaptada ao WOMAC a maioria das pessoas assinalou diminuição dos sintomas de dor (14 pessoas), de acordo com os resultados dos dados obtidos no início e no fim do trabalho, o que sugere efeitos terapêuticos positivos do método self healing. Os dados do HAQ indicam sensível melhora na capacidade funcional

dos participantes. A grande maioria dos participantes aponta benefícios no que diz respeito ao estado físico bem como dos aspectos sócio-emocionais. Do ponto de vista funcional verifica-se melhora nos movimentos, alívio dos sintomas de dor, diminuição da rigidez matinal e maior disposição física. **Conclusões:** o método self-healing, através de movimentos leves, pequenos e sutis promove melhora na circulação sanguínea, diminuição do edema, melhora na mobilidade e amplitude articular. Todos os participantes reconheceram benefícios provenientes do uso do método self-healing como diminuição dos sintomas de dor e melhora da capacidade funcional.

### 35 (PO 059)

#### PÚRPURA DE HENOC SCHONLEIN

Soledade C, Sachetto Z, Appenzeller S, Samara AM. Faculdade de Medicina da Unicamp, Campinas, SP.

A púrpura de Henoch Schonlein (PSH) é uma vasculite sistêmica, caracterizada por envolvimento de pequenos vasos, com deposição de IgA na membrana basal. Afeta principalmente crianças e pode manifestar-se através de púrpura palpável, acometimento articular, intestinal e renal. Acometimento pulmonar, neurológico e testicular são menos comuns. **Objetivo:** avaliar as características demográficas, clínicas e histopatológicas de pacientes com diagnóstico de PHS acompanhados no Ambulatório de Vasculites do HC-Unicamp. **Pacientes e métodos:** estudo retrospectivo dos prontuários médicos de todos os pacientes com diagnóstico de PHS. Apenas os pacientes que preenchiam dois ou mais critérios classificatórios do Colégio Americano de Reumatologia foram incluídos nesta análise. **Resultados:** foram avaliados cinco pacientes, quatro caucásios e um pardo. A relação mulher/homem foi 4:1. A média de idade ao diagnóstico foi de 30,8 anos (5-54 anos – 3 adultos e 2 crianças). O tempo médio de seguimento foi de 32 meses (10-42 meses). Púrpura palpável foi encontrada em 4 pacientes, sendo que em todos as lesões predominaram em membros inferiores. Mono ou oligoartrite de grandes articulações foi evidenciada em 4 pacientes. O trato gastrointestinal foi acometido em 3 pacientes. Os três pacientes apresentaram dor abdominal em cólica associada e diarreia; desses, dois com enterorragia. Alteração de sedimento urinário foi encontrada em 3 pacientes; todos apresentaram hematuria dismórfica e, dois deles, proteinúria nefrótica. Dois pacientes evoluíram com insuficiência renal. No seguimento, os níveis de creatinina diminuíram, sem contudo, normalizar. Um paciente apresentou hemorragia pulmonar grave, evidenciada por hemoptise, infiltrado retículo nodular na radiografia de tórax, hipoxemia na gasometria e queda aguda dos níveis de hemoglobina. A tomografia computadorizada desse paciente também evidenciava sinais de sangramento, sem sequelas na tomografia de controle um mês após. Dois pacientes referiram infecção de trato respiratório superior previamente ao diagnóstico. A biópsia de pele foi realizada em 3 pacientes, sendo encontrada vasculite leucocitoclástica em todas as amostras e presença de depósito de IgA nas duas biópsias pesquisadas por imunofluorescência indireta. Biópsia renal foi realizada em dois pacientes. Em um deles foi encontrada glomerulonefrite rapidamente progressiva com crescentes e no outro glomerulonefrite focal segmentar necrosante com crescentes. Em ambos havia depósito de IgA em mesângio glomerular. Todos os pacientes apresentavam sorologia para hepatite B, hepatite C, HIV, FAN, anti-DNA, C3 e C4 normais. Anemia normocítica e normocrômica foi encontrada em 2 dos casos. Todos os pacientes foram tratados com prednisona, sendo que em três casos foi associado ciclofosfamida (dois pelo acometimento renal e outro pelo acometimento renal e pulmonar). Após a remissão da doença a ciclofosfamida foi trocada por azatioprina. Nenhum paciente evoluiu a óbito durante o estudo. **Conclusões:** a PHS é uma vasculite sistêmica, acomete indivíduos em qualquer idade e geralmente apresenta um curso benigno e limitado. Ressaltamos que dos cinco pacientes descritos, três eram adultos. Foram os três adultos que apresentaram pior evolução, com acometimento renal e pulmonar graves, que necessitaram de terapêutica agressiva e precoce, similar ao já apresentado pela literatura. A biópsia de rim ou pele, quando indicada, pode sugerir o diagnóstico.

### 36 (PO 006)

#### TERAPIA DA OSTEOPENIA/OSTEOPOROSE EM UMA POPULAÇÃO AMBULATORIAL DE HOMENS IDOSOS: VARIAÇÃO DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA COM O USO DE CÁLCIO E VITAMINA D3

Valente PR, Oda DA, Cunha ML. Instituto de Reumatologia e Geriatria de Campinas, SP; DIMEN, Campinas, SP.

**Objetivo:** avaliar a variação da densidade mineral óssea (BMD) de uma população ambulatorial de 30 homens idosos com o uso oral de cálcio e vitamina D3. **Materiais e métodos:** foram randomizados e seguidos regularmente em um serviço ambulatorial de reumatologia/geriatria 30 pacientes (pts) idosos caucasianos do sexo masculino com médias de: idade = 69,4 anos e índice de massa corporal = 23,81 kg/m<sup>2</sup>. Foi avaliada a BMD de cada paciente através de densitometria óssea (DO) da coluna lombar (L2-L4) e colo do fêmur (g/cm<sup>2</sup>) no início do tratamento e após o tempo médio de 18 meses de medicação; sendo utilizado o mesmo aparelho (densitômetro), cujo coeficiente de variação foi de 1,7% durante o período em que o estudo foi realizado. Todos os pts apresentavam osteopenia ou osteoporose densitométrica, segundo os critérios estabelecidos pela OMS, e fizeram uso oral de carbonato de cálcio elementar (750mg/dia) e vitamina D3 (200UI/dia) ininterruptamente. **Resultados:** os pts apresentaram BMD basal (L2-L4) = 1,037 g/cm<sup>2</sup> e BMD final (L2-L4) = 1,049 g/cm<sup>2</sup> com variação percentual de 1,16%; BMD basal (colo femoral) = 0,772 g/cm<sup>2</sup> e BMD final (colo femoral) = 0,808 g/cm<sup>2</sup> com variação percentual = 4,66%. **Conclusões:** os resultados obtidos demonstram que foi possível apenas deter a perda de massa óssea

no segmento L2-L4, havendo contudo, ganho de BMD no colo do fêmur. Os estudos publicados sobre a evolução da BMD de pts do sexo masculino com tratamento medicamentoso, através da realização da DO ainda são poucos na literatura científica da área, cabendo cada vez mais o implemento destas e de outras drogas existentes disponíveis para o tratamento da osteopenia e da osteoporose.

### 37 (PO 003)

#### TERAPIA FARMACOLÓGICA DA OSTEOPENIA/OSTEOPOROSE EM UMA POPULAÇÃO AMBULATORIAL DE MULHERES PÓS-MENOPAUSADAS: AVALIAÇÃO DA VARIAÇÃO DA DENSIDADE ÓSSEA A DIFERENTES ASSOCIAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Valente PR, Oda DA, Cunha ML. Instituto de Reumatologia e Geriatria de Campinas, SP; DIMEN, Campinas, SP.

**Objetivo:** avaliar a variação da densidade mineral óssea (BMD) em uma população ambulatorial de mulheres pós-menopausadas frente ao uso de diferentes associações medicamentosas. **Materiais e métodos:** foi avaliada através de estudo de densitometria óssea (DO) da coluna lombar e fêmur proximal (análise do colo e fêmur total), a BMD basal de 353 mulheres caucasianas com médias de idade = 63,7 anos e de tempo de menopausa = 16 anos. Todas as pacientes (pts) foram seguidas pelo período médio de 18 meses em um serviço ambulatorial de reumatologia/geriatria e apresentavam osteopenia ou osteoporose densitométrica, segundo critérios da OMS, sendo divididas em grupos, de acordo com o esquema terapêutico instituído com as drogas nas mesmas dosagens: grupo "A" (157 pts): cálcio (Ca) 750mg/dia e vitamina D3 (vit D3) 200UI/dia; grupo "B" (75 pts): Ca, vit D3 e estrógenos/progesterona (TRH); grupo "C" (84 pts): Ca, vit D3 e alendronato sódico (10mg/dia); grupo "D" (20 pts): Ca, vit D3 e calcitonina de salmão intra-nasal (200UI/dia); e grupo "E" (17 pts): Ca, vit D3, TRH e alendronato sódico. Após o referido período, um novo estudo de DO foi obtido com o mesmo aparelho cujo coeficiente de variação foi mantido em 1,7%. **Resultados:** a variação percentual da BMD de L2-L4, colo do fêmur e fêmur total foi respectivamente nos 5 grupos: A) 1,32, 0,73 e 3,57; B) 1,59, 2,02 e 1,83; C) 4,27, 1,79 e 3,55; D) 2,52, 1,52 e 13,6; e E) 7,69, 5,77 e -1,29. **Conclusões:** os resultados obtidos apontam que os diferentes esquemas de tratamento utilizados com regularidade podem deter a perda ou mesmo produzir ganho na BMD, impedindo portanto, a progressão da osteopenia/osteoporose.

### 38 (TL 016)

#### TRATAMENTO DA CORÉIA DE SYDENHAM: ESTUDO DUPLO CEGO PARALELO COM PLACEBO E PREDNISONA

Paz JA, Silva CAA, Marques-Dias MJ. Unidade de Neurologia e Reumatologia Pediátrica do ICR-HC-FMUSP, São Paulo, SP.

A CS, manifestação maior da febre reumática (FR) é considerada como o protótipo de uma doença auto-imune desencadeada por um agente infeccioso. O achado clínico característico da CS é a presença de movimentos coreiformes que habitualmente persistem por alguns meses. Os indivíduos afetados apresentam também distúrbios comportamentais e emocionais. A evolução da CS em alguns pacientes pode ser atípica, mantendo-se em intensidade leve a moderada por até dois anos, ou persistindo como movimento coreiforme, notado apenas no exame neurológico, por um longo período de até dez anos. Vários autores relataram melhora dos sintomas em resposta à imunossupressão com os corticosteróides. O número de casos relatados, porém, é pequeno e os estudos foram realizados sem controle apropriado tornando impossível alguma conclusão sobre a eficácia ou a utilidade desta terapia. **Objetivo:** determinar a eficácia da prednisona em pacientes com coréia de Sydenham (CS) aguda, através de estudo duplo-cego, paralelo e randomizado, comparando a prednisona com placebo. **Pacientes e métodos:** trinta e nove pacientes admitidos no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com diagnóstico de CS em fase aguda, no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2001, foram prospectiva e aleatoriamente incluídos no grupo de estudo e placebo. A prednisona, 2mg/kg por dia, foi utilizada por 22 crianças e o placebo por 15 crianças. A prednisona foi mantida nesta dose por 30 dias e suspensa após progressivamente. A intensidade da coréia foi mensurada através de uma escala de intensidade da coréia (EIC) onde eram consideradas a presença e distribuição desta além da interferência destes sobre as atividades de vida diária. As crianças foram avaliadas semanalmente no primeiro mês, tendo retornos no segundo e terceiro mês, e após até que os sintomas cessassem. Os resultados são dados em média ± DP, e mediana para a EIC. As diferenças de intensidade entre os grupos foram analisadas pela variância para medidas repetidas e teste de Mann-Whitney usando programa estatístico (SPSS; Chicago, IL). As comparações das porcentagens de gênero, coréia generalizada e taxas de recorrências entre os grupos foram avaliadas pelo teste exato de Fisher e  $\chi^2$ . Valores de  $P < 0,05$  foram considerados significativos. **Resultados:** a intensidade do quadro coréico foi semelhante no início do estudo e mostrou padrões diferentes na evolução, tendo decréscimo maior no grupo de estudo quando comparado com o placebo ( $P < 0,001$ ). Avaliando-se o percentual de decréscimo da pontuação, observou-se diferença maior e persistente neste delta ( $P < 0,001$ ) no grupo de estudo, quando comparado com o grupo placebo. O tempo de duração do surto coréico foi menor no grupo de estudo (média 54,3 dias) em relação ao grupo placebo (média 119,9 dias) ( $P < 0,001$ ). Recorrências foram observadas em sete pacientes, sem haver diferença quanto ao grupo terapêutico (18,1% no grupo de estudo e 20% no grupo placebo). Reações adversas graves à prednisona não foram notadas. **Conclusões:** o tratamento com prednisona foi eficaz para a redução da intensidade e duração dos sintomas em pacientes com CS aguda.

## Área Básica

### 39 (TL 053)

#### A DELEÇÃO OSTEOLASTO-ESPECÍFICA DO GENE DA CONEXINA 43 (CX43) EM CAMUNDONGO CAUSA REDUÇÃO DA MASSA ÓSSEA E DISFUNÇÃO DO OSTEOLASTO

Castro CHM, Szejnfeld VL, Civitelli R. Universidade Federal de São Paulo-EPM, São Paulo, SP. Bone and Mineral Division, School of Medicine, Washington University, St. Louis, MO, USA.

Os osteoblastos encontram-se interconectados por junções tipo gap formadas em grande parte por conexina 43. Evidências *in vitro* demonstram que a interferência com a função ou a expressão da conexina 43 altera a expressão gênica dos osteoblastos, enquanto a deficiência genética de Cx43 *in vivo* causa defeitos esqueléticos craniofaciais e compromete a função e diferenciação do osteoblasto. A mutação nula homozigótica do gene da Cx43 é associada à letalidade perinatal e não há evidências na literatura quanto ao papel da Cx43 na homeostase do osso adulto. **Objetivo:** avaliar o papel biológico da Cx43 na determinação e manutenção da massa óssea do adulto, utilizando modelo *in vivo*. **Material e métodos:** desenvolvemos dois modelos animais (camundongo) de deleção do gene da Cx43 seletivamente em osteoblastos utilizando o sistema *Cre/loxP*, de modo a circunscrever e evitar a letalidade perinatal do modelo knockout convencional. Nos modelos apresentados, a recombinação gênica mediada pela recombinase Cre substitui a região codificadora do gene da Cx43 por uma gene reportador LacZ ( $\beta$ -galactosidase). Uma linhagem de camundongos portando a mutação "floxed" do alelo da Cx43 (Cx43<sup>fl</sup>) foi gerada na qual a região codificadora do gene da Cx43 é flanqueada por dois sítios de recombinação P (*loxP*). Animais homozigotos Cx43<sup>fl/fl</sup> foram cruzados com camundongos que expressam a recombinase Cre sob controle do promotor da osteocalcina OG2 num background heterozigoto para a mutação nula do gene da Cx43 (OG2-Cre;Cx43<sup>+/+</sup>), gerando-se assim animais OG2-Cre;Cx43<sup>fl/fl</sup>, nos quais a deleção osteoblasto-específica do gene da Cx43 ocorre. Estratégia similar foi usada com camundongos que expressam a recombinase Cre sob controle do fragmento de 2,3 kb do promotor do colágeno tipo I (Col1a1) para obter camundongos 2,3col1a1-Cre;Cx43<sup>fl/fl</sup>, o knockout condicional e seus controles. O evento de deleção gênica foi confirmado por técnicas de PCR, RT-PCR, western blot e coloração para  $\beta$ -galactosidase (X-gal) e a diferenciação e função dos osteoblastos foram avaliadas por técnicas padronizadas em cultura de células da calvária de camundongos recém-nascidos. A densidade mineral óssea (DMO) do corpo total foi avaliada longitudinalmente utilizando técnica de DEXA (PIXImus, GE). **Resultados:** nas duas estratégias de deleção, o evento de deleção gênica foi demonstrado exclusivamente nos osteoblastos através de coloração X-gal em seções histológicas da tibia e em cultura de células da calvária de camundongos OG2-Cre;Cx43<sup>fl/fl</sup>. A deleção gênica foi também confirmada pelo desaparecimento progressivo da Cx43 mRNA e proteína em células da calvária de animais OG2(2,3col1a1)-Cre;Cx43<sup>fl/fl</sup>, quando comparado aos controles Cx43<sup>+/+</sup>, OG2(2,3col1a1)-Cre;Cx43<sup>+/+</sup> e Cx43<sup>fl/fl</sup>. O declínio na abundância de Cx43 nas células extraídas dos animais knockout condicional foi associado à redução na atividade de fosfatase alcalina, menor abundância de mRNA para Cbfa1, colágeno tipo I e osteopontina, bem como reduzida capacidade de mineralização *in vitro*. A DMO do corpo total foi consistentemente menor em camundongos OG2-Cre;Cx43<sup>fl/fl</sup> quando comparado aos controles até os 6 meses de idade, com diferença máxima de 8% aos 5 meses (OG2-Cre;Cx43<sup>fl/fl</sup>: 59  $\pm$  1,6mg/cm<sup>2</sup>, Cx43<sup>+/+</sup>: 64,3  $\pm$  3,6mg/cm<sup>2</sup>, Cx43<sup>fl/fl</sup>: 63,3  $\pm$  4,1mg/cm<sup>2</sup>, p<0,05). A inativação do gene da Cx43 mediada pelo Col1a1 levou a reduções mais pronunciadas e precoces na massa óssea dos animais knockout condicional quando comparado aos seus controles, com uma diferença de 4% detectável aos 2 meses de idade (2,3col1a1-Cre;Cx43<sup>fl/fl</sup>: 44,66  $\pm$  1,6mg/cm<sup>2</sup>, Cx43<sup>+/+</sup>: 46,92  $\pm$  1,4mg/cm<sup>2</sup>, Cx43<sup>fl/fl</sup>: 46,05  $\pm$  1,9mg/cm<sup>2</sup>, p<0,05). Esta diferença na massa óssea aumentou com a idade, atingindo um máximo de 12% aos 5 meses. **Conclusões:** a deleção osteoblasto-específica do gene da Cx43 *in vivo* leva à redução da massa óssea durante o crescimento esquelético e à disfunção do osteoblasto. Estes resultados sugerem que a comunicação juncional gap provida pela Cx43 desempenha um papel criticamente importante na homeostase óssea do adulto, contribuindo para o pico de massa óssea.

### 40 (TL 052)

#### A EXPRESSÃO IN VIVO DE UMA CADERINA DOMINANTE-NEGATIVA AUMENTA A ADIPOGÊNESE E RETARDA O PICO DE MASSA ÓSSEA

Castro CHM, Szejnfeld VL, Civitelli R. Universidade Federal de São Paulo-EPM, São Paulo, SP. Bone and Mineral Division, School of Medicine, Washington University, St. Louis, MO, USA.

As caderinas 11 (cad11) e N (Ncad) são as moléculas de adesão celular com expressão predominante nas células formadoras de osso, os osteoblastos. A mutação nula da caderina-11 ou a deleção heterozigótica da caderina-N (Ncad) levam à osteopenia leve, sugerindo que estas moléculas de adesão celular desempenham papéis superponíveis durante o desenvolvimento esquelético. **Objetivo:** avaliar a função biológica das caderinas no tecido ósseo utilizando modelo *in vivo*. **Material e métodos:** de modo a evitar a redundância biológica das caderinas e estudar sua função no osso, geramos uma linhagem de camundongos que expressam um mutante truncado da Ncad, seletivamente em osteoblastos. A caderina mutante é derivada de uma deleção da maior parte do domínio extracelular da Ncad de *Xenopus*, funciona com ação dominante-negativa e foi expressa seletivamente em osteoblastos, tendo sua expressão dirigida pelo promotor da osteocalcina OG2 (OG2-NCad $\Delta$ C). A expressão do transgene foi avaliada em células da calvária e da medula óssea por técnicas de western blot, RT-PCR e northern

blot. A função dos osteoblastos derivados de animais transgênicos foi avaliada por técnicas padronizadas e os potenciais para adipogênese e osteoblastogênese em células da medula óssea foram avaliados por técnica de diluição múltipla. A densidade mineral óssea (DMO) e a composição corporal foram avaliadas longitudinalmente utilizando a técnica de DEXA (PIXImus, GE). **Resultados:** o transgene foi seletivamente expresso em células da calvária e da medula óssea e sua abundância aumentou com a diferenciação do osteoblasto e após estímulo com BMP-2. A atividade de fosfatase alcalina foi significativamente reduzida em células isoladas da calvária de camundongos transgênicos recém-nascidos quando comparado aos controles. Entretanto, a mineralização da matriz foi similar entre os genótipos após 4 semanas em cultura na presença de ácido ascórbico e  $\beta$ -glicerolfosfato. A DMO do corpo total e a porcentagem de gordura corporal (%GC) foram monitoradas mensalmente. Durante os 3 primeiros meses de vida – quando há acúmulo de massa óssea e crescimento longitudinal do esqueleto – a DMO do corpo total foi significativamente menor nos animais transgênicos quando comparado aos controles tipo selvagem, com diferença máxima de 10% aos 3 meses de idade (51,54  $\pm$  2,01mg/cm<sup>2</sup> vs. 57,3  $\pm$  2,45mg/cm<sup>2</sup>; p<0,001; respectivamente). Por outro lado, a porcentagem GC foi 27% maior em camundongos OG2-NCad $\Delta$ C (29  $\pm$  5,7% vs. 22,8  $\pm$  2,3%, respectivamente; p=0,011). Durante este período, o peso corporal e a ingestão oral foram também maiores nos animais transgênicos. A partir dos 4 meses de idade, a DMO, a porcentagem GC e o peso corporal foram similares entre animais transgênicos e seus controles. *In vitro*, o número de colônias formadoras de adipócitos (CFU-AD) em células da medula óssea de camundongos OG2-NCad $\Delta$ C foi 3 vezes maior que aquele observado nas culturas tipo selvagem (7,9  $\pm$  1,5 vs. 1,6  $\pm$  0,6 CFU-AD/10<sup>6</sup> células, respectivamente; p<0,01) após indução com hidrocortisona e indometacina. Da mesma forma, a abundância de mRNA para adiposina e PPAR- $\gamma$  – determinadas por RT-PCR em tempo real – foi aumentada em culturas da medula óssea de animais OG2-NCad $\Delta$ C quando comparado aos controles tipo selvagem (aumentos de 2,3 e 10 vezes, respectivamente), enquanto a abundância de mRNA para Cbfa1 foi reduzida em 40%. **Conclusões:** estes resultados sugerem que a interferência com a função das caderinas bloqueia a diferenciação do osteoblasto e favorece, indiretamente, a adipogênese, uma vez que osteoblastos e adipócitos apresentam o mesmo precursor mesenquimal na medula óssea. Isso resulta em retardo no pico de massa óssea e aumento da gordura corporal *in vivo*. Considerando que o mutante Ncad $\Delta$ C liga-se ao fator de transcrição  $\beta$ -catenina, propomos que a deleção dos pools ativos de  $\beta$ -catenina possa causar um desvio da osteogênese para a adipogênese nesses animais.

### 41 (TL 054)

#### A RESPOSTA ANABÓLICA AO PTH (1-34) INTERMITENTE REQUER COMUNICAÇÃO JUNCIONAL GAP MEDIADA PELA CONEXINA 43 (CX43)

Castro CHM, Szejnfeld VL, Civitelli R. Unifesp-EPM, São Paulo, SP. Bone and Mineral Division, School of Medicine, Washington University, St. Louis, MO, USA.

Trabalhos prévios demonstram que a interferência com a função da Conexina 43 (Cx43) altera a expressão gênica do osteoblasto e inibe sua diferenciação e o acúmulo de AMP cíclico induzido pelo PTH, enquanto o PTH eleva a expressão da Cx43 em osteoblastos, sugerindo uma inter-relação entre a comunicação juncional gap provida pela Cx43 e a ação do PTH no tecido ósseo. **Objetivo:** avaliar se a comunicação juncional gap provida pela Cx43 está envolvida na ação anabólica do PTH no osso. **Material e métodos:** a ação anabólica do PTH foi testada *in vivo* usando camundongos heterozigotos para a mutação nula do gene da Cx43 (Cx43<sup>+/+</sup>), cuja abundância de Cx43 e comunicação juncional gap são reduzidas quando comparado a animais tipo selvagem (Cx43<sup>+/+</sup>). Foram administrados por via subcutânea 200 ou 400 ng/g de peso corporal de PTH humano (1-34) (PTH-200 e PTH-400), ou veículo a camundongos Cx43<sup>+/+</sup> e Cx43<sup>+/+</sup> de 4 meses de idade (n=7 por grupo) diariamente durante (7 dias/semana). Para avaliar *in vitro* o papel da Cx43 na resposta do osteoblasto ao PTH, células osteoblásticas ROS 17/2,8 transfectadas com Cx45, a qual reduz a comunicação juncional gap mediada pela Cx43, foram estimuladas por 16 horas com PTH de rato (1-34) 10<sup>-8</sup>M e a ativação do promotor do gene da osteocalcina foi avaliada e comparada a células não-transfectadas usando ensaio para luciferase. **Resultados:** após 4 semanas de tratamento, a densidade mineral óssea (DMO) do corpo total medida por DEXA (PIXImus, Lunar-GE) em camundongos Cx43<sup>+/+</sup> aumentou 6,4  $\pm$  1,0% e 11,4  $\pm$  1,9% nos grupos PTH-200 e PTH-400, respectivamente. Esta resposta foi significativamente menor nos animais Cx43<sup>+/+</sup> (cuja DMO basal não foi diferente daquela observada para os controles Cx43<sup>+/+</sup>), com incrementos de 3,6  $\pm$  1,2% e 3,1  $\pm$  0,5% após 4 semanas de tratamento, respectivamente. Nenhuma alteração significativa foi observada em animais tratados com veículo. A análise histomorfométrica de camundongos do grupo PTH-400 também mostrou um aumento de 100% no BV/TV de camundongos Cx43<sup>+/+</sup> e nenhuma alteração significativa em animais Cx43<sup>+/+</sup> tratados com doses similares de PTH. Enquanto vigorosa ativação da formação óssea foi observada nos animais tipo selvagem (Cx43<sup>+/+</sup>) com aumentos no número de osteoblastos (~70%) e nos parâmetros estáticos e dinâmicos da formação óssea, as alterações vistas em camundongos heterozigotos (Cx43<sup>+/+</sup>) não foram estatisticamente significativas. Da mesma forma, o PTH-400 aumentou significativamente o número de osteoclastos em animais Cx43<sup>+/+</sup>, mas não nos camundongos Cx43<sup>+/+</sup>. *In vitro*, a ativação do promotor da osteocalcina pelo PTH foi significativamente reduzida em células ROS 17/2,8 transfectadas com Cx45. Esta sensibilidade da conexina à resposta ao PTH foi mapeada na região proximal do promotor da osteocalcina (-199 to +32). O ensaio para luciferase demonstrou que a overexpressão de Cx45 em células ROS 17/2,8 reverteu a resposta ao PTH de um grau de ativação (aumento de 1,4 vez em células ROS 17/2,8) para repressão (redução de 11% em células ROS/Cx45), quando a sequência -199 a +32 do promotor foi usada. **Conclusões:** a resposta anabólica à administração intermitente de PTH é bloqueada em condições de deficiência de Cx43, a qual acarreta uma falha do osteoblasto em montar uma resposta completa à ação anabólica do hormônio. Sinais intercelulares mediados pela Cx43 controlam a resposta ao PTH em parte através da modulação da transcrição gênica nos osteoblastos.

## 42 (TL 013)

### ANÁLISE DE LINFÓCITOS RECÉM EGRESSOS DO TIMO NO LES

Kayser C, Silva NP, Alberto FL, Andrade LEC. Unifesp–EPM, São Paulo, SP.

Recentemente, um novo método foi descrito para quantificação da função tímica em sangue periférico. Trata-se da amplificação por PCR do TREC (círculos excisados durante o rearranjo do TCR), um marcador molecular de emigrantes tímicos recentes, gerado durante o processo de rearranjo gênico dos receptores de células T no timo. O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença auto-imune que se caracteriza por uma série de alterações nos linfócitos T. O timo é o principal órgão responsável pelo desenvolvimento e maturação das células T. A análise dos níveis de TREC em linfócitos periféricos poderá contribuir para o entendimento do papel do timo nas alterações imunológicas e de linfócitos T encontradas no LES. **Objetivo:** quantificação dos níveis de TREC em sangue periférico de indivíduos com LES em atividade (SLEDAI  $\geq 6$ ) e comparação com indivíduos normais pareados conforme sexo e idade. **Materiais e métodos:** foram avaliados 32 pacientes com diagnóstico de LES há menos de 3 anos (critérios do ACR) e 32 indivíduos saudáveis. A média de idade dos pacientes com LES foi de 26,7 anos (18 a 47 anos), e nos controles normais de 27,2 anos (18 a 50 anos). A quantificação dos níveis de sTREC de DNA genômico em células linfomononucleares de sangue periférico foi feita através do método de PCR quantitativo em tempo real (Real-time PCR). Uma curva padrão foi construída para quantificação absoluta dos valores do produto amplificado para cada amostra. Para a construção da curva padrão utilizamos um fragmento de 376bp da sequência do sTREC que foi clonado no plasmídeo pCR II-TOPO. A concentração de TREC foi expressa em número de cópias de TREC por  $\mu\text{g}$  de DNA. **Resultados:** a média do SLEDAI nos 32 pacientes avaliados foi de 14,6. A manifestação clínica da doença mais frequente foi acometimento renal, encontrada em 23 dos 32 pacientes (71,9%), seguida por lesões cutâneas, encontrada em 10 (31,3%) pacientes. Os níveis de TREC nos pacientes com LES ( $41.746 \pm 39.467$  TRECs/ $\mu\text{g}$  de DNA) foram significativamente menores do que nos controles normais ( $89.829 \pm 79.245$  TRECs/ $\mu\text{g}$  de DNA) ( $p = 0,004$ ). Os níveis de TREC nos controles normais apresentaram uma correlação inversa com a idade do indivíduo ( $p = 0,03$ ), ou seja, quanto maior a idade do indivíduo, menor a quantidade de TREC. Tal correlação não foi encontrada nos indivíduos com LES. **Conclusões:** Os níveis de linfócitos recém-egressos do timo em sangue periférico de pacientes com LES em atividade apresentaram-se diminuídos já nas fases iniciais da doença em relação aos controles normais. Tal alteração vai ao encontro de inúmeros relatos da literatura sobre disfunção de células T no LES. A diminuição dos níveis sanguíneos de TREC pode indicar assim, uma possível contribuição do timo nas anormalidades imunológicas presentes no LES.

## 43 (PO 025)

### ANTICORPO ANTI-LIPOPROTEÍNA LIPASE E ATIVIDADE DO LES

Carvalho JF, Borba EF, Viana VST, Bueno C, Bonfá E. Disciplina de Reumatologia da FMUSP, São Paulo, SP.

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) se caracteriza por períodos de exacerbação e remissão clínica que frequentemente são acompanhados por alterações nos níveis séricos de anticorpos específicos como o anti-dsDNA que está presente em 40% dos casos, associado principalmente a atividade renal. Recentemente houve a descrição de duas subpopulações de anticorpos anti-lipoproteína lipase (anti-LPL) no LES: uma com e a outra sem atividade anti-dsDNA. A possível relação deste último grupo de anticorpos com a atividade inflamatória de doença ainda não foi analisada no LES. **Objetivo:** avaliar longitudinalmente a associação dos níveis séricos dos anticorpos anti-LPL com atividade do LES em pacientes anti-dsDNA negativos. **Pacientes e métodos:** cinco pacientes com LES (critérios do ACR) com anti-dsDNA persistentemente negativo e altos títulos de anti-LPL por ELISA ( $\geq 5$  DP da média de 10 controles normais) foram selecionados e acompanhados longitudinalmente durante um período mínimo de 2 anos. **Resultados:** Caso 1: homem, 24 anos com LES desde 2001 apresenta hemorragia alveolar, proteinúria, HAS, rash, aftas, artrite, FAN+, com SLEDAI = 16 e anti-LPL = 144U. Tratado com pulso de metilprednisolona e prednisona com melhora clínica e SLEDAI = 0 e redução do anti-LPL (109U). Novo flare com acometimento renal em abril de 2002, SLEDAI = 10 e aumento de anti-LPL (150U). Iniciada pulsoterapia de ciclofosfamida e CE com boa resposta, SLEDAI = 0 e diminuição de anti-LPL (77U) até a sua total negatização acompanhando a remissão do quadro no ano de 2003. Caso 2: mulher, 32 anos, com LES desde 1997. Em setembro de 2001 iniciou vasculite cutânea, febre e rash, SLEDAI = 10, anti-LPL = 80U. Em janeiro de 2002, teve atividade renal e HAS, SLEDAI = 8 e anti-LPL = 25U, mas com a introdução de CE e ciclofosfamida evoluiu com melhora importante. Em 2003, assintomática apresentava SLEDAI = 2 e anti-LPL = 12U. Caso 3: homem, 39 anos, com LES desde 1997. Estável em uso de cloroquina, sem atividade durante 3 anos, SLEDAI = 0 em todas as ocasiões e sem variação dos títulos de anti-LPL no período do estudo: 85U (2001), 100U (2002) e 86U (2003). Caso 4: mulher, 58 anos, com LES desde 1996. Remissão do LES desde agosto de 2001 e com SLEDAI = 0 no período do estudo. Títulos de anti-LPL sem flutuações significativas: 71U (2001), 42U (2002) e 61U (2003). Caso 5: mulher, 55 anos, com LES desde 1989. Estável desde 2000 em uso de cloroquina, SLEDAI = 0, e títulos de anti-LPL também sem variações: 71U (1999), 92U (2001), 71U (2002) e 90U (2003). **Conclusões:** o seguimento longitudinal dos pacientes selecionados mostrou correlação positiva da flutuação dos títulos de anti-LPL com o SLEDAI, sugerindo ser esta variação um novo marcador de atividade do LES, na ausência de anti-dsDNA.

## 44 (TL 021)

### ASSOCIAÇÃO DO ANTICORPO IGG ANTICÉLULAS ENDOTELIAIS (AACE) E ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC) NA DOENÇA DE BEHÇET (DB)

Christmann RB, Macedo AR, Lage LV, Goldenstein-Schainberg C, Carrasco S, Gonçalves CR. Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP.

A doença de Behçet (DB) é uma desordem multisistêmica com importante envolvimento vascular caracterizado por eventos trombóticos e/ou inflamatórios. Estudos prévios detectaram a presença de AACE em quase 30% dos soros de pacientes com DB, associado a atividade de doença. Na DB, o componente inflamatório nem sempre é evidente nas manifestações vasculares, apesar de alguns estudos mostrarem a participação de imunoglobulinas circulantes com capacidade de ligarem-se ao endotélio (i.e., anticorpos anti-célula endotelial – AACE). Em caso positivo, não há evidências concretas ainda, se tais anticorpos exercem alguma influência no quadro clínico e/ou na atividade da doença. **Objetivo:** determinar a frequência de AACE nos pacientes com DB em nosso meio e analisar possíveis associações com características clínicas da doença. **Pacientes e métodos:** durante um período de 6 meses, de agosto de 2002 até janeiro de 2003, 51 pacientes com DB, que preenchiam os critérios diagnósticos do Grupo Internacional de Estudo da Doença de Behçet, foram selecionados para o trabalho. Após assinar o consentimento informado, os pacientes foram clinicamente avaliados e uma amostra de sangue foi coletada. Atividade clínica foi considerada quando 1 critério maior  $\pm$  1 critério menor presente. Critérios maiores: úlcera oral, úlcera genital, lesões cutâneas (pseudofoliculite, eritema nodoso) e lesões oculares. Critérios menores: artralgia, artrite, acometimento de sistema nervoso central (SNC), trato gastrointestinal e trombozes. O AACE foi analisado por ELISA usando células ECV-304 como substrato antígeno. **Resultados:** trinta e oito pacientes eram do sexo feminino e 13 do sexo masculino, idade média de  $44 \pm 9$  anos e tempo de seguimento de  $10 \pm 7$  anos. Com exceção das úlceras orais, que foram uma apresentação universal, pseudofoliculites (64,7%), lesões oculares inflamatórias (53%), envolvimento articular (53%) e eritema nodoso (51%) foram as manifestações clínicas mais frequentemente encontradas nos pacientes. O envolvimento neurológico esteve presente em 20% dos casos sendo a meningite asséptica a causa mais comum, ocorrendo em 4 pacientes (40%) seguidos de vasculite retiniana (2 casos), paralisia facial, hipertensão intracraniana (pseudotumor cerebral) e convulsão com 1 caso cada. Vinte e três pacientes estavam em atividade sendo que 20 estavam em uso de drogas imunossupressoras (IS). AACE foram detectados em 37% dos pacientes (13 IgG, 4 IgM e 2 IgG e IgM). Encontramos associação entre AACE e manifestação de sistema nervoso central (SNC) prévia (OR = 5,09;  $p = 0,03$ ). Esta associação foi mais evidente para IgG-AACE, com OR = 6,0 e  $p = 0,02$ . Encontramos também um risco aumentado de aneurismas em pacientes com IgG-AACE (OR = 2,58  $p = 0,77$ ), porém, sem significância estatística provavelmente pelo pequeno número de pacientes com esta complicação. Tanto histórias de trombose venosas profundas, superficiais e arteriais não tiveram relação com o AACE. Nenhuma outra característica clínica teve relevância com o anticorpo estudado. **Conclusões:** independente de qual relação estes anticorpos têm com a patogênese da DB, sua presença pode ser um marcador de lesões mais graves como demonstrado em nosso estudo, pela maior quantidade de manifestações de SNC em pacientes com títulos elevados de AACE. Nossos dados sugerem que o IgG-AACE pode ser um marcador de envolvimento de SNC na DB.

## 45 (PO 033)

### ASSOCIAÇÃO LONGITUDINAL ENTRE OS NÍVEIS SÉRICOS DE ANTICORPOS ANTINUCLEOSSOMO E ATIVIDADE DE DOENÇA NO LES

Ferreira CS, Silva NP, Snege M, Leser PG, Andrade LEC. Disciplina de Reumatologia, UNIFESP e Laboratório Fleury, São Paulo, SP.

Os anticorpos antinucleossomo (anti-NS) são voltados contra epítopos supramoleculares nativos formados por DNA e histonas do octômero básico do nucleossomo. Os anticorpos anti-NS pesquisados por ELISA têm sido considerados específicos e precoces no LES. **Objetivo:** verificar se os níveis séricos de anticorpos anti-NS guardam correlação com a atividade da doença. **Material e métodos:** vinte e três pacientes com LES (critérios ACR) em atividade clínica foram acompanhados longitudinalmente por 4 meses, com visitas mensais para avaliação clínica (incluindo SLEDAI) e coleta de urina e sangue para realização de urina tipo I, VHS, hemograma, dosagem de complemento e pesquisa de auto-anticorpos. Aqueles em franca atividade iniciaram uso de corticosteróides em doses altas ou pulsoterapia com ciclofosfamida no tempo zero. Os critérios de melhora incluíram redução de pelo menos 50% em pelo menos um dos seguintes itens, sem que houvesse piora dos demais: hematúria, proteinúria, creatinina e SLEDAI. Foram considerados casos de piora aqueles em que apareceram novos sinais de atividade ou aumento de mais de 50% em pelo menos dois dos parâmetros acima. Os demais casos foram considerados inalterados. O complemento sérico foi medido por imunohemólise radial. Anticorpos anti-DNA nativo foram detectados por imunofluorescência indireta em *Crithidia luciliae*. Anticorpos anti-NS foram determinados por ELISA (Inova, La Jolla, CA). Considerou-se variação expressiva nos níveis de anti-DNA uma mudança de dois ou mais fatores de diluição e nos níveis de anti-NS uma variação de igual ou maior a 20% em relação aos níveis basais. **Resultados:** evolução para piora ocorreu em 4 pacientes, tendo havido aumento nos níveis de anti-NS em todos (média de +44%, variando de +8% a +76%). Evolução para melhora ocorreu em 6 pacientes, com queda dos níveis de anti-NS em todos (média de -44%, variando de -20% a -61%). Treze pacientes ficaram inalterados, tendo a maioria apresentado variação inexpressiva dos níveis de anti-NS (média de -4%, com três valores extremos de -52%, -21% e +17%). Entre os 13 pacientes inalterados, 10 tiveram inalterados os níveis de anti-DNA nativo e anti-NS; os 3 casos discordantes para anti-DNA

foram diferentes daqueles discordantes para anti-NS. Entre os 6 casos de melhora, 3 apresentaram queda expressiva nos níveis de anti-DNA e 5 mostraram diminuição expressiva nos níveis de anti-NS. O único caso com níveis estáveis de anti-NS apresentou queda expressiva no título de anti-DNA. Entre os 4 casos de piora, 1 apresentou aumento expressivo do título de anti-DNA nativo e 3 apresentaram aumento expressivo nos níveis de anti-NS. O único caso com níveis estáveis de anti-NS apresentou aumento expressivo no título de anti-DNA nativo. Entre os 10 casos com mudança de status clínico, 4 foram acompanhados por mudança expressiva no título de anti-DNA nativo e 8 por mudança expressiva nos níveis de anti-NS. **Conclusões:** esses resultados preliminares sugerem que a pesquisa de anticorpos anti-NS pode ser um valioso recurso complementar à dosagem de anticorpos anti-DNA nativo na monitoração da atividade de doença na LES.

## 46 (PO 034)

### AValiação de MICROQUIMERISMO FETAL-MATerno EM SANGUE PERIFÉRICO DE PACIENTES COM SÍNDROME DE SJÖGREN (SSJ)

Barcellos KSA, Silva NP, Andrade LEC. Unifesp-EPM, São Paulo, SP.

Estudos recentes indicam a existência de um tráfego bidirecional de células durante uma gestação humana normal. Foi visto que as células fetais persistem no sangue periférico materno por muitos anos após a gestação. Muitas doenças auto-imunes são mais prevalentes em mulheres, algumas das quais apresentam pico de incidência após a primeira década do período fértil. A doença enxerto-versus-hospedeiro é uma condição conhecida de quimerismo e possui similaridades clínicas com algumas doenças reumáticas auto-imunes, notadamente com esclerose sistêmica e síndrome de Sjögren (SSj) e, algumas vezes, com lúpus eritematoso sistêmico. Recentes estudos têm demonstrado que mulheres com esclerose sistêmica têm alta frequência de células fetais circulantes e que tais células estão enriquecidas nas lesões da pele. Entretanto, não está estabelecido o espectro de consequências desse microquimerismo.

**Objetivo:** avaliar a presença de microquimerismo fetal-materno em sangue periférico de pacientes com síndrome de Sjögren. **Material e métodos:** foram selecionadas 12 pacientes com SSj primária (de acordo com o Critério Europeu para Diagnóstico da Síndrome de Sjögren) com pelo menos 1 filho do sexo masculino e 11 mulheres saudáveis, pareadas para idade e parturição. Foi colhida uma amostra de 10ml de sangue de todos os indivíduos para extração de DNA a partir de leucócitos. As amostras de DNA foram submetidas à reação em cadeia da polimerase em duas etapas (nested-PCR) para amplificação de uma sequência específica do cromossomo Y. Como controle positivo utilizamos DNA masculino e como controle negativo foram utilizadas amostras sem DNA (substituído por H<sub>2</sub>O). Sabe-se que a quantidade de células fetais masculinas presentes nas mulheres com microquimerismo chega a proporção de 1:10<sup>6</sup>. Para determinar a sensibilidade da técnica, foram feitas, tentativamente, diluições 1:10<sup>4</sup>, 1:10<sup>5</sup> e 1:10<sup>6</sup> de DNA masculino em DNA de uma nuligesta. Após a nested-PCR o fragmento específico do cromossomo Y de 148 pb foi visualizado em gel de agarose 2% corado com brometo de etídio. **Resultados:** a sequência específica do cromossomo Y foi detectada em 3 (25%) das mulheres com SSj e em 4 (36%) das mulheres do grupo controle, sendo esta diferença sem significância estatística ( $\chi^2 = 0,019$ ). Os controles negativos não mostraram amplificação e foi possível detectar esta sequência em todas as diluições seriadas preparadas, atestando a boa sensibilidade e especificidade da técnica. Chamou a atenção que a sequência do cromossomo Y foi detectada, em um dos controles saudáveis, 30 anos após o parto. **Conclusões:** o método apresentou a sensibilidade e a especificidade desejada. Os resultados obtidos indicam que não há um envolvimento do microquimerismo fetal-materno na patogênese da SSj e, sim, que ele é um fenômeno comum em mulheres saudáveis. Entretanto não há uma explicação evidente para a persistência do microquimerismo por muitos anos após o término da gestação em determinadas mulheres.

## 47 (PO 012)

### COMPORTAMENTO DO TESTE DE LACTICEMIA DE POLPA DIGITAL SOB ESTÍMULO FRIO (LPD-EF) EM CONTROLES NORMAIS, PACIENTES COM ESCLEROSE SISTÊMICA (ES) E PACIENTES COM FENÔMENO DE RAYNAUD SECUNDÁRIO À OUTRAS DOENÇAS REUMÁTICAS

Kayser C, Alvarenga MVC, Neves AS, Pucinelli MLC, Fontenelle SMA, Andrade LEC. Unifesp-EPM, São Paulo, SP.

A laticemia de polpa digital sob estímulo frio (LPD-EF) avalia um componente bioquímico da microcirculação, com resultados quantitativos e reprodutíveis. **Objetivo:** comparar as medidas da laticemia de polpa digital (LPD) antes e após estímulo frio (EF) entre controles normais, pacientes com esclerose sistêmica (ES) e pacientes com fenômeno de Raynaud (FRy) secundário à outras doenças reumáticas auto-imunes (FRy-ODR) e avaliar a sua capacidade de discriminar pacientes com FRy secundário à ES e com FRy secundário à outras doenças reumáticas auto-imunes. **Material e métodos:** foram avaliados 94 voluntários normais, 25 pacientes com diagnóstico de ES e 22 pacientes com FRy-ODR, oriundos do ambulatório de reumatologia do HSP-Unifesp. Todos os pacientes preencheram os critérios de classificação do ACR. A dosagem da LPD foi realizada em condições basais (LPD pré-EF) e 10 minutos após EF (imersão das mãos em água fria a 10°C por 1 minuto). O  $\Delta$ LPD (variação percentual da LPD pós-EF em relação à LPD pré-EF) foi utilizado para sintetizar as alterações dinâmicas da LPD em função do EF. **Resultados:** a LPD pré-EF foi superior no pacientes com ES em relação aos outros dois grupos ( $p < 0,001$ ). Os controles normais e os pacientes com FRy-ODR obtiveram queda da LDP pós-EF, enquanto os pacientes com ES se comportaram de modo oposto, com tendência à elevação da LPD pós-EF. O  $\Delta$ LPD foi significativamente menor nos normais e pacientes com FRy-ODR em comparação aos pacientes com ES ( $p < 0,001$ ). Não houve diferença significativa no  $\Delta$ LPD entre normais e pacientes com FRy-ODR (conforme tabela adiante).

**Tabela 1 - Valores de LPD pré-EF, LPD pós-EF e  $\Delta$ LPD (média  $\pm$  desvio padrão) em controles normais, pacientes com FRy-ODR e pacientes com ES**

	Normais (n = 94)	FRy-ODR (n = 22)	ES (n = 25)
LPD (mmol/L) pré-EF	1,98 $\pm$ 0,59	2,14 $\pm$ 0,89	2,68 $\pm$ 1,33
LPD (mmol/L) pós-EF	1,39 $\pm$ 0,36	1,73 $\pm$ 0,72	2,74 $\pm$ 1,45
$\Delta$ LPD (%)	-26,17 $\pm$ 20,55	-17,39 $\pm$ 16,53	4,67 $\pm$ 24,27

**Conclusões:** o teste da LPD-EF fornece um parâmetro bioquímico do comportamento da microcirculação diante de um evento vasoespástico. Os pacientes com FRy-ODR comportaram-se de modo semelhante a indivíduos normais, com níveis basais de LPD mais baixos e queda adicional da LPD pós-EF, enquanto os pacientes com ES demonstraram comportamento oposto, com níveis basais de LPD mais altos e aumento adicional da LPD pós-EF. O teste mostrou-se capaz de discriminar pacientes com ES de pacientes com FRy-ODR.

## 48 (PO 037)

### CRESCIMENTO ANORMAL DE QUERATINÓCITOS EM CULTURA PRIMÁRIA DE PELE DE PACIENTES COM ESCLEROSE SISTÊMICA

Fuzii HT, Yoshikawa GT, Simões MJ, Andrade LEC. Universidade Federal de São Paulo-EPM, São Paulo, SP.

Fibroblastos da pele de pacientes com esclerose sistêmica (ES) proliferam em cultura em velocidade duas vezes maior que fibroblastos de pele normal. O derma de pacientes com ES apresenta-se espesso e com grande depósito de fibras colágenas enquanto a epiderme apresenta-se atrofica. Não se conhece a causa dessa discrepância entre fibroblastos e queratinócitos na ES. **Objetivo:** estudar o padrão de crescimento de fibroblastos e queratinócitos em cultura primária de pele de ES. **Material e métodos:** foram realizadas biópsias de 5mm de diâmetro de pele comprometida e não comprometida de pacientes com ES e de voluntários saudáveis. Parte do fragmento de cada paciente foi fixada em formalina tamponada para análise histológica com coloração HE, e o restante colocado em cultura com meio DMEM com 10% de soro fetal bovino, penicilina 10.000U/ml e estreptomicina 10.000 $\mu$ g/ml a 37°C e 5% de CO<sub>2</sub>. O padrão celular das culturas foi estudado por microscopia de contraste e fase e por imunohistoquímica com o anticorpo antipankeratina diluído a 1:24 em PBS e revelação pelo sistema biotina-estreptoavidina-peroxidase. **Resultados:** os voluntários saudáveis e 6 dos pacientes com ES desenvolveram culturas com características fenotípicas de fibroblastos. As culturas derivadas de pacientes com ES apresentaram crescimento mais exuberante e precoce que as de indivíduos saudáveis. Entre as culturas de ES aquelas derivadas de pele comprometida apresentaram crescimento mais exuberante que as de pele não comprometida. Dois pacientes com ES apresentaram culturas com padrão anormal tanto na pele acometida como na pele não acometida, caracterizado por crescimento de células epiteliais e inibição do crescimento de fibroblastos. Estas características foram confirmadas por microscopia de contraste e fase e por imunohistoquímica. O fenômeno foi reprodutível em cultura realizada a partir de uma segunda biópsia de um dos pacientes. A análise histológica deste paciente mostrou várias anormalidades na camada epitelial não descritas previamente na ES: camada basal proliferativa e irregular, com células contendo vacúolos e núcleo deformado e marginalizado. Já o corte histológico de paciente com crescimento normal de fibroblastos apresentou epiderme regular e sem alterações expressivas. Não foram identificadas diferenças clínicas entre os pacientes com os dois padrões de cultura primária de pele. **Conclusões:** identificou-se um novo padrão de crescimento de cultura primária de pele em pacientes com ES, cujo significado fisiopatológico é incerto no momento.

## 49 (TL 026)

### DIMINUIÇÃO DE EXPRESSÃO DE LFA-1B E ICAM-3 NAS CÉLULAS MONONUCLEARES PERIFÉRICAS DE PACIENTES COM ESCLEROSE SISTÊMICA

Sawaya HHB, Carrasco S, Borges C, Goldenstein-Schainberg C. Disciplina de Reumatologia da FMUSP, São Paulo, SP.

A esclerose sistêmica (ES) caracteriza-se por alterações imunológicas com ativação e lesão do endotélio precedendo a fibrose tecidual. A adesão de células mononucleares do sangue periférico (CMN) ao endotélio parece desempenhar importante papel na indução da fibrose da derme, já que fibroblastos de pacientes com ES e linfócitos presentes no infiltrado intersticial da pele ao redor das células endoteliais podem expressar níveis elevados de ICAM-1 e LFA-1, respectivamente. **Objetivo:** avaliar a expressão das principais moléculas de adesão (MA) nas CMN de pacientes com ES e identificar possíveis diferenças associadas com a forma clínica e duração de doença. **Pacientes e métodos:** foram estudados 40 pacientes com ES (14 com a forma difusa, 26 com a forma limitada; 16 com < 5 anos e 24 com > 5 anos de início de doença) e 20 indivíduos normais. As CMN foram isoladas do sangue periférico pela técnica de gradiente de densidade utilizando-se Ficoll Hypaque. A expressão das MA na superfície celular foi avaliada por análise de citometria de fluxo com obtenção de fluorescência em FACS-calibur (Becton-Dickinson BD) empregando-se os seguintes anticorpos monoclonais IgG específicos marcados com fluoresceína-isotiocianato (FITC): anti-CD11 para LFA-1 $\alpha$ , anti-CD18 para LFA-1 $\beta$ , anti-CD50 para ICAM-3, anti-CD54 para ICAM-1 e anti-CD62 para L-selectina. A fluorescência das células marcadas foi expressa por porcentagem de células positivas para cada MA e a análise estatística foi feita pelo teste de Mann-Whitney. **Resultados:** a expressão de LFA-1 $\beta$  (57%  $\pm$  21) e ICAM-3 (59%  $\pm$  23) esteve diminuída nos pacientes com ES quando comparada com controles normais (65%  $\pm$  12 e 66%  $\pm$  11 respectivamente) ( $P = 0,04$  e  $P = 0,03$ ). Um padrão semelhante de expressão de LFA-1 $\alpha$ , ICAM-1 e L-selectina foi observado na ES e nos controles. Não houve diferença na expressão de MA nos pacientes com a forma difusa ou limitada de

ES nem nos pacientes com doença de longa duração ou de início recente (> ou < 5 anos). **Conclusões:** a expressão diminuída de LFA-1 $\beta$  e ICAM-3 na circulação pode decorrer da migração de CMN previamente ativados para regiões extravasculares de inflamação. Desta forma, o possível papel destas células no desencadeamento e/ou na perpetuação da fibrose tecidual presente na ES por meio da sua adesão ao endotélio deverá ser estabelecido.

## 50 (TL 036)

### ESTUDO COMPARATIVO DA AVIDEZ DE ANTICORPOS ANTINÚCLEO EM INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS E PACIENTES COM DOENÇAS REUMÁTICAS AUTO-IMUNES

Barbosa SH, Rodrigues SH, Andrade LEC. Universidade Federal de São Paulo-EPM, São Paulo, SP.

A pesquisa de FAN tem sido utilizada no auxílio diagnóstico das doenças reumáticas auto-imunes (DRAI), porém sabe-se que cerca de 5% a 13% da população normal pode apresentar um resultado positivo para este teste sem correlação clínica. Nesses casos, seria de extrema importância conseguirmos caracterizar esses auto-anticorpos diferenciando-os daqueles presentes em indivíduos com diagnóstico de DRAI. A avidéz, que é a força de ligação do anticorpo com seu antígeno, é uma característica que poderia auxiliar na diferenciação desses auto-anticorpos. **Objetivo:** estudar a avidéz dos auto-anticorpos presentes em indivíduos saudáveis. **Material e métodos:** foram selecionadas aleatoriamente 10 amostras de soro de pacientes com DRAI e FAN positivo e 10 amostras de soro de indivíduos saudáveis com FAN positivo. Estes últimos foram provenientes de estudos prévios de prevalência de FAN em indivíduos saudáveis realizados em nosso laboratório. A avidéz foi avaliada por exposição à solução salina de alta molaridade. Foi utilizada a técnica de imunofluorescência indireta (IFI) em células HEP-2 em que após exposição aos soros as células foram incubadas com tampão PBS em concentração isotônica (NaCl 0,015M) e hipertônica (NaCl 1M). Seguiu-se o restante da reação de IFI padrão, sendo a leitura feita por dois examinadores cegos. Para cada soro foram feitas reações em diluições sucessivas até 1/2.560 ou negatividade. **Resultados:** comparando as reações feitas sob molaridade isotônica e hipertônica houve manutenção do título em 7 dos soros de DRAI e em apenas 2 dos soros de indivíduos saudáveis. Queda de dois ou mais fatores de diluição ocorreu em 8 dos indivíduos normais e em nenhum dos pacientes com DRAI ( $\chi^2 = 10,208$ ;  $p < 0,001$ ). Observou-se queda significativa dos títulos dos soros de indivíduos saudáveis quando comparado resultado sob condições isotônicas e hipertônicas (Wilcoxon,  $W = 36$ ;  $p < 0,05$ ), não havendo diferença significativa para os soros de pacientes com DRAI ( $W = 3$ ;  $p > 0,05$ ). Houve negatividade da reação de IFI em 6 dos soros de indivíduos normais sob condições hipertônicas e em nenhum dos soros de pacientes com DRAI. **Conclusões:** auto-anticorpos de indivíduos saudáveis apresentaram menor avidéz em relação aos auto-anticorpos de pacientes com DRAI. A confirmação e a generalização desta propriedade poderão trazer aplicações práticas para o laboratório clínico.

## 51 (TL 035)

### IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO MOLECULAR DE AUTO-ANTICORPOS CONTRA FOSFATIDILETANOLAMINA E EEA-1 (EARLY ENDOSOMAL ANTIGEN -1) ASSOCIADOS AO PADRÃO DE IMUNOFLOURESCÊNCIA DE PONTOS CITOPLASMÁTICOS ISOLADOS

Laurino CCFC, Silva NP, Straus AH, Benchimol M, Mortara RA, Almeida IC, Andrade LEC. Unifesp-EPM, São Paulo, SP.

**Objetivo:** identificação e caracterização de auto-anticorpos e antígenos associados ao padrão de imunofluorescência indireta (IFI) de Pontos Citoplasmáticos Isolados (PCI). **Material e métodos:** foram selecionados soros que apresentavam o padrão de PCI à IFI. Esses soros foram analisados por IFI dupla em microscopia confocal, imunomicroscopia eletrônica, immunoblot, HTPLC de lipídeos seguida de imuno-colocação, análise de espectrometria de massa para antígenos lipídicos e imunoprecipitação de antígenos proteicos sintetizados *in vitro*. **Resultados:** a IFI permitiu identificar 2 tipos distintos de PCI, denominados PCI-I e PCI-II. O padrão PCI-I caracterizou-se por 3 a 20 pontos brilhantes bem delimitados e homogeneamente distribuídos pelo citoplasma. O padrão PCI-II caracterizou-se por apresentar mais de 30 pontos por todo o citoplasma, com predominância perinuclear, grande heterogeneidade de tamanho e tendência a formação de aglomerados. De acordo com esta classificação foram obtidos 24 soros PCI-I e 6 soros PCI-II. A IFI dupla confocal e imunomicroscopia eletrônica mostrou colocalização do padrão PCI-II com anticorpos monoclonais anti-EEA-1 (Early Endosomal Antigen-1) e anti-LAMP-2 (Lysosomal Associated Membrane Protein-2), marcadores da via endocítica (endossomo-lisossomo). Por immunoblot soros PCI-II reconheceram uma banda com mobilidade relativa de 180kDa e imunoprecipitam com a proteína recombinante EEA-1. Em contraste os soros anti-PCI-I apresentaram pouco ou nenhum grau de colocalização com esses marcadores, no entanto apresentaram colocalização parcial com anticorpo monoclonal anti-GW81 (que reconhece aglomerados citoplasmáticos de mRNA denominados corpos GW, ricos em proteína GW182). Os soros PCI-I não demonstraram qualquer reatividade ao immunoblot e não imunoprecipitaram a proteína GW182 sintetizada *in vitro*. IFI após extração lipídica prévia do substrato mostrou abolição completa do padrão PCI-I. Em imunensaio sobre placas de sílica de HTPLC os soros PCI-I reagiram com uma banda do extrato lipídico de células HEP-2, que foi identificado como fosfatidiletanolamina (PE) por espectrometria de massa. Esta reatividade foi confirmada por HTPLC e por ELISA contra PE purificada, não havendo reatividade expressiva contra outros fosfolípidos. Os dados clínicos disponíveis de 16 dos 24 pacientes com soros PCI-I foram associados a: carcinoma de bexiga (1); LES (2); lúpus eritematoso discóide + hepatite (1); artrite reumatóide (1); osteoporose difusa + mialgia (1); tireoidite de Hashimoto (1);

alopecia (1); LES + tireoidite de Hashimoto (1); leucopenia (1); DMTC (1), ausência de evidência de doenças auto-imunes (2); poliartalgia (1), uveíte crônica (1), artrose + fibromialgia (1). Os dados clínicos disponíveis de 2 dos 6 soros PCI-II foram associados a: vasculite sistêmica (1) e LES (1). **Conclusões:** dois sistemas de auto-anticorpos anticitoplasma foram caracterizados: PCI-I representa antígeno lipídico identificado como fosfatidiletanolamina presente em corpúsculos citoplasmáticos; e PCI-II que representa um antígeno de 180kDa de natureza proteica, identificado como EEA-1 e associado ao sistema endossomo-lisossomo. Os dados clínicos são considerados preliminares, havendo necessidade de estudos adicionais orientados ao estabelecimento de possíveis associações clínicas.

## 52 (PO 032)

### PESQUISA DA PREVALÊNCIA DE ANTÍGENO PRO(FILAGRINA) EM QUERATINÓCITOS DA MUCOSA ORAL DE PACIENTES COM AR

Alarcon RT, Martins EC, Kayser C, Keusseyan SP, Andrade LEC. Universidade Federal de São Paulo-EPM, São Paulo, SP.

O sistema de auto-anticorpos contra peptídeos citrulinados é altamente específico para artrite reumatóide (AR). Queratinócitos da mucosa oral têm grânulos ceratohialinos perinucleares ricos em profilagrina e filagrina, constituindo o substrato para pesquisa de anticorpos antiprofilagrina (APF) por imunofluorescência indireta (IFI). O reconhecimento da profilagrina por esses auto-anticorpos é dependente de uma modificação pós-traducional de resíduos arginina para citrulina pela enzima peptidilarginina deiminase. Apenas 10% a 23% das pessoas possuem quantidades suficientes de profilagrina citrulinada a ponto de ser detectada pelo teste de IFI. **Objetivo:** verificar a prevalência do antígeno pro(filagrina) em queratinócitos da mucosa oral de pacientes com AR e sua associação com APF circulante. **Material e métodos:** foram selecionados 45 pacientes com AR (critérios ACR) do ambulatório do Hospital São Paulo, e 19 indivíduos saudáveis. Foi coletado sangue para a pesquisa de APF e foi feita raspagem de mucosa oral para obtenção de queratinócitos para a pesquisa do antígeno. A detecção foi realizada por IFI, sendo considerada positiva a reação que obteve pelo menos uma célula com grânulos corados. **Resultados parciais:** foi detectada a presença de pro(filagrina) citrulinada em 5 indivíduos saudáveis (26%) e em 14 pacientes com AR (31%), entretanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 0,264$ ;  $p = 0,608$ ). Foi detectada pro(filagrina) citrulinada nos queratinócitos orais de 7 dos 14 pacientes com APF presente (50%) e em 7 dos 17 pacientes com ausência de APF (41%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 0$ ;  $p = 0,983$ ). **Conclusões:** a presença de pro(filagrina) citrulinada em queratinócitos orais não se associou à artrite reumatóide e à presença de anticorpos antiprofilagrina circulantes. Este resultado negativo pode dever-se ao pequeno tamanho amostral, justificando-se o prosseguimento do estudo com aumento da casuística para obtenção de dados conclusivos.

## 53 (PO 048)

### SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DE ANTICORPOS ANTINUCLEOSSOMO NO LÚPUS ERMETATOSO SISTÊMICO

Snege M, Ferreira CS, Silva NP, Leser PG, Andrade LEC. Setor de Imunopatologia, Laboratório Fleury e Disciplina de Reumatologia, Unifesp, SP.

O nucleossomo é a unidade fundamental da cromatina, sendo formado por 8 moléculas de histonas (2H<sub>2A</sub>, 2H<sub>2B</sub>, 2H<sub>3</sub> e 2H<sub>4</sub>) envolvidas por um segmento de 200 nucleotídeos de DNA. Anticorpos antinucleossomo são dirigidos contra epítopos supramoleculares formados pelo DNA e histonas do nucleossomo. Esses auto-anticorpos têm sido considerados específicos do lúpus eritematoso sistêmico, apresentando-se precocemente e guardando correlação com atividade da doença. Alguns estudos mostram positividade também na esclerose sistêmica, provavelmente em razão de co-purificação de DNA topoisomerase I (Scl-70) em algumas preparações de nucleossomos. **Objetivo:** estudar o desempenho diagnóstico dos anticorpos antinucleossomo em pacientes com LES em relação a pacientes com ES e diversas doenças infecciosas. **Pacientes e métodos:** foram estudadas amostras de soro de 23 pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (critérios ACR), 15 pacientes com esclerose sistêmica (critérios ACR) e 22 pacientes em fase aguda de infecções variadas (CMV, EBV, sífilis, HBV, HIV, HCV, HAV). Realizou-se ensaio para detecção de anticorpos antinucleossomo pela técnica de ELISA (Inova, La Jolla, CA). Os soros de pacientes lúpicos foram testados também para anticorpos anti-DNA nativo por imunofluorescência indireta em *Crithidia luciliae*. **Resultados:** os níveis de anticorpos antinucleossomo foram significativamente maiores nos pacientes com LES (91  $\pm$  54 U/mL) do que nos pacientes com ES (13  $\pm$  6,3 U/mL) e com doenças infecciosas agudas (9,3  $\pm$  3,6 U/mL) ( $p < 0,001$ ). Considerando-se o limiar de normalidade sugerido pelo fabricante o teste foi positivo em 18 (78%) dos pacientes lúpicos com níveis variando de 27 a 168 U/mL. Entre os pacientes com ES, apenas dois apresentaram níveis discretamente elevados (25 e 27 U/mL), sendo os demais dentro dos limites da normalidade. Nenhum dos pacientes com doenças infecciosas agudas apresentou reatividade acima dos limites da normalidade. Considerando-se um limiar de 20 U/mL, o teste apresentou uma sensibilidade de 78% e uma especificidade de 95%. Elevando-se o limiar para 30 U/mL, observou-se uma sensibilidade de 74% e especificidade de 100%. Entre 54 amostras de pacientes com LES testadas simultaneamente para anti-DNA nativo e antinucleossomo observou-se sensibilidade de 39% e 78%, respectivamente. Obteve-se concordância entre ambos os testes em 50% dos casos (33% concordância positiva e 17% concordância negativa). Nos outros 50% dos casos (discordância) houve positividade para antinucleossomo isoladamente em 24 casos e para anti-DNA isoladamente em 3 casos. **Conclusões:** a pesquisa de anticorpos antinucleossomo demonstrou bom desempenho para o diagnóstico do lúpus eritematoso sistêmico, apresentando maior sensibilidade que a pesquisa de anticorpos anti-DNA nativo e alta especificidade. Este novo recurso tem aparente potencial para se agregar ao armamentário de investigação diagnóstica no lúpus eritematoso sistêmico.



# ÍNDICE DOS AUTORES DOS TEMAS LIVRES E PÔSTERES

## A

Alarcon RT, 52 (PO 032)  
 Alberto FL, 42 (TL 013)  
 Almeida IC, 51 (TL 035)  
 Alvarenga MCV, 22 (PO 011), 47 (PO 012)  
 Alves A, 14 (PO 050)  
 Alves AMB, 8 (PO 049)  
 Andrade LEC, 10 (PO 045), 42 (TL 013), 45 (PO 033), 46 (PO 034), 47 (PO 012), 48 (PO 037), 50 (TL 036), 51 (TL 035), 52 (PO 032), 53 (PO 048)  
 Appenzeller S, 3 (TL 001), 29 (TL 002), 35 (PO 059)  
 Assis MR, 8 (PO 049), 14 (PO 050)

## B

Barbosa CMPL, 31 (PO 040)  
 Barbosa SH, 50 (TL 036)  
 Barcellos KSA, 46 (PO 034)  
 Barros Neto TL, 14 (PO 050)  
 Benchimol M, 51 (TL 035)  
 Blayta PF, 29 (TL 002)  
 Bombarda S, 33 (TL 022)  
 Bonfá E, 19 (PO 030), 30 (PO 029), 43 (PO 025)  
 Bonfiglioli R, 34 (PO 058)  
 Borba EF, 5 (PO 027), 9 (PO 028), 19 (PO 030), 30 (PO 029), 43 (PO 025)  
 Borges C, 49 (TL 026)  
 Borges CTL, 11 (PO 020)  
 Brotas AM, 20 (PO 038)  
 Bueno C, 43 (PO 025)

## C

Caldas AMC, 23 (PO 041)  
 Campos LMMA, 25 (TL 017), 26 (TL 018)  
 Carneiro SCS, 20 (PO 038)  
 Carrasco S, 44 (TL 021), 49 (TL 026)  
 Carvalho JF, 43 (PO 025)  
 Castro CHM, 39 (TL 053), 40 (TL 052), 41 (TL 054)  
 Cendes F, 3 (TL 001)  
 Christmann RB, 11 (PO 020), 19 (PO 030), 44 (TL 021)  
 Ciconelli RM, 22 (PO 011)  
 Civitelli R, 39 (TL 053), 40 (TL 052), 41 (TL 054)  
 Coimbra FX, 21 (PO 019)  
 Coimbra IB, 21 (PO 019)  
 Costallat LTL, 3 (TL 001), 29 (TL 002)  
 Cunha ML, 16 (PO 004), 17 (PO 005), 36 (PO 006), 37 (PO 003)

## D

Dalla Rea RM, 15 (PO 042)

## F

Facó MMM, 26 (TL 018)  
 Fagundes FP, 20 (PO 038)  
 Feldman D, 8 (PO 049), 13 (PO 051), 14 (PO 050), 32 (PO 031)  
 Ferreira CS, 45 (PO 033), 53 (PO 048)  
 Ferreira GA, 22 (PO 011)  
 Figueiredo CP, 5 (PO 027), 9 (PO 028), 19 (PO 030)  
 Fontenelle SMA, 47 (PO 012)  
 Fuzii HT, 48 (PO 037)

## G

Galvão MZ, 15 (PO 042)  
 Gianini RJ, 12 (PO 008)  
 Goldenstein-Schainberg C, 44 (TL 021), 49 (TL 026)  
 Gonçalves CR, 19 (PO 030), 33 (TL 022), 44 (TL 021)  
 Gonçalves M, 27 (PO 044), 31 (PO 040)  
 Guedes LKN, 5 (PO 027), 9 (PO 028), 19 (PO 030)  
 Guimarães JP, 15 (PO 042)

## H

Helfenstein M, 13 (PO 051), 32 (PO 031)  
 Heymann RE, 13 (PO 051), 32 (PO 031)  
 Higashi VS, 10 (PO 045)  
 Hilário MOE, 2 (PO 043), 15 (PO 042), 23 (PO 041), 27 (PO 044), 31 (PO 040)

## K

Kayser C, 10 (PO 045), 42 (TL 013), 47 (PO 012), 52 (PO 032)  
 Keusseyan SP, 52 (PO 032)  
 Koch V, 25 (TL 017)  
 Kochen JAL, 33 (TL 022)  
 Konai MS, 6 (PO 046)

## L

Lage LV, 18 (PO 060), 44 (TL 021)  
 Lago EHJ, 20 (PO 038)  
 Lanzelotti SM, 4 (PO 009)  
 Latorre MRO, 1 (TL 015)

Laurindo IMM, 12 (PO 008), 33 (TL 022)

Laurino CCFC, 51 (TL 035)  
 Len CA, 2 (PO 043), 15 (PO 042), 23 (PO 041), 27 (PO 044), 31 (PO 040)  
 Leone C, 24 (PO 014), 25 (TL 017), 26 (TL 018)  
 Leser PG, 45 (PO 033), 53 (PO 048)  
 Liphaut BL, 24 (PO 014), 26 (TL 018)  
 Lisboa FFCB, 20 (PO 038)  
 Lorenzi FG°, 18 (PO 060)  
 Lotufo-Neto F, 30 (PO 029)

## M

Macedo AR, 44 (TL 021)  
 Marçon CR, 4 (PO 009)  
 Marques-Dias MJ, 38 (TL 016)  
 Martins EC, 52 (PO 032)  
 Moraes MR, 4 (PO 009)  
 Mortara RA, 51 (TL 035)

## N

Nascif AKS, 2 (PO 043), 27 (PO 044)  
 Natour J, 8 (PO 049), 14 (PO 050), 28 (PO 007)  
 Nery FG, 30 (PO 029)  
 Neves AS, 22 (PO 011), 47 (PO 012)  
 Nicolau GY, 12 (PO 008)  
 Novaes GS, 4 (PO 009), 12 (PO 008)

## O

Oda DA, 16 (PO 004), 17 (PO 005), 36 (PO 006), 37 (PO 003)

## P

Paim LB, 24 (PO 014), 25 (TL 017)  
 Paulo LTP, 2 (PO 043)  
 Paz JA, 38 (TL 016)  
 Pereira RMR, 11 (PO 020)  
 Pessanha AP, 14 (PO 050)  
 Pippa MGB, 1 (TL 015)  
 Pivato FCMM, 24 (PO 014)  
 Prado R, 23 (PO 041)  
 Pucinelli MLC, 47 (PO 012)

## R

Rezende GM, 34 (PO 058)  
 Riberto M, 18 (PO 060)  
 Rodrigues SH, 50 (TL 036)

## S

Sachetto Z, 35 (PO 059)  
 Sallum AME, 24 (PO 014)  
 Samara AM, 21 (PO 019), 35 (PO 059)  
 Santos MF, 22 (PO 011)  
 Sato EI, 6 (PO 046), 7 (TL 024), 22 (PO 011)  
 Sawaya HHB, 49 (TL 026)  
 Seiscento M, 33 (TL 022)  
 Silva CAA, 24 (PO 014), 25 (TL 017), 26 (TL 018), 38 (TL 016)  
 Silva GD, 18 (PO 060)  
 Silva LE, 14 (PO 050)  
 Silva NP, 42 (TL 013), 45 (PO 033), 46 (PO 034), 51 (TL 035), 53 (PO 048)  
 Simis DRC, 4 (PO 009)  
 Simões MJ, 48 (PO 037)  
 Snee M, 45 (PO 033), 53 (PO 048)  
 Soledade C, 35 (PO 059)  
 Souza AWS, 6 (PO 046)  
 Straus AH, 51 (TL 035)  
 Szejnfeld VL, 39 (TL 053), 40 (TL 052), 41 (TL 054)

## T

Terreri MT, 2 (PO 043), 15 (PO 042), 23 (PO 041), 27 (PO 044), 31 (PO 040)  
 Toldrá RC, 34 (PO 058)  
 Torres TM, 6 (PO 046)  
 Trentin Filho FJ, 28 (PO 007)  
 Trolezi AGC, 6 (PO 046), 7 (TL 024)

## U

Ushida M, 7 (TL 024)

## V

Valente PR, 16 (PO 004), 17 (PO 005), 36 (PO 006), 37 (PO 003)  
 Valim V, 14 (PO 050)  
 Vallochi TL, 12 (PO 008)  
 Viana VST, 43 (PO 025)

## Y

Yogui MM, 12 (PO 008)  
 Yoshikawa GT, 13 (PO 051), 32 (PO 031), 48 (PO 037)

## Z

Zerbini CFA, 1 (TL 015)

## Por que quero ser PRESIDENTE DA SBR?

● Porque ela reúne um universo de pessoas que respeito e por quem tenho grande admiração e afeto. Porque aprendi, na convivência próxima com os últimos cinco presidentes e suas diretorias, o imenso desafio que é representar uma sociedade de tantos e tão diversos valores. Acredito que, com o conhecimento e a experiência com a qual fui privilegiado nestes últimos dez anos com o Boletim e, por duas vezes, na presidência da regional do Rio Grande do Sul, teremos condições de, com a ajuda de todos, avançar na conquista de melhores condições para a prática de nossa especialidade, unindo nossos valores, sabendo valorizar a produção científica, a educação médica continuada, a formação de novos especialistas, mas não descuidando jamais do nosso dia-a-dia dos consultórios. A minha vivência através do Boletim da SBR desde 1994, provou-me que precisávamos nos valorizar por meio do humanismo. Somos uma sociedade de formadores de especialistas, de educadores, de professores, de homens e mulheres de ciência, de pesquisadores, mas o que nos congrega é a prática da Medicina, uma atividade que transcende o aspecto profissional; o que nos une é o cuidado de nossos pacientes, é a atividade enquanto médicos, seja onde for, do mais requintado centro clínico ao mais humilde dos leitos de enfermaria ou domicílio. Nós e nossos sonhos, nossas famílias. A SBR somos nós e nossas circunstâncias. E quero ser presidente porque só na SBR eu teria orgulho de estar concorrendo com tão capacitados e dignos colegas. Um grande abraço a todos.

FERNANDO NEUBARTH

● Sou formado pela Faculdade de Medicina da UFRJ em 1981, Doutor em Reumatologia pela EPM-UNIFESP em 1993 e Professor Adjunto de Reumatologia da FCM da UERJ. Meu envolvimento com a SBR teve início há cerca de 25 anos, ainda como aluno de medicina, acompanhando meu pai nos eventos científicos da mesma. Em 1986, passei a fazer parte do corpo de associados efetivos de nossa entidade e, desde então, venho ocupando diferentes funções tanto de caráter científico (palestrante em eventos, autor de trabalhos em congressos e na RBR e membro do Conselho Editorial da RBR) quanto administrativo (membro da Comissão de Título de Especialista, presidente da Comissão de Educação, representante da SBR junto à PAN-LAR – Comissão de Educação e Publicação – Grupo Latino Americano de estudo da Artrite Reumatóide). Em minha regional (SRRJ), já ocupei as funções de Presidente, Secretário, Tesoureiro e, por três vezes, a de Diretor Científico. Quero ser presidente da SBR por me considerar uma pessoa de espírito societário, com experiência administrativa e capaz de implementar mudanças tão necessárias a uma entidade dinâmica como a nossa. Minhas principais metas são: 1) Aperfeiçoamento do processo de profissionalização institucional da SBR; 2) Investir em projetos para obtenção de dados epidemiológicos sobre as doenças reumáticas; 3) Rediscutir o programa de divulgação de nossa especialidade entre os leigos; 4) Valorizar a representatividade de nossa especialidade junto às entidades oficiais e privadas da área da saúde; 5) Dinamizar o Programa de Educação Médica Continuada (RBR, site, Pronuclear e revalidação do título), adequando-o às características regionais de nosso país; 6) Abrir espaço para os novos valores; 7) Resgatar a importância da ABR.

GERALDO DA ROCHA CASTELAR PINHEIRO

● Para que a reumatologia ocupe seu potencial papel de destaque na medicina brasileira, é necessário que a população conheça melhor sua área de atuação. Nas últimas décadas, grandes avanços ocorreram na formação e treinamento do reumatologista e o seu vasto leque de conhecimentos fez com que se tornasse cada vez mais apto a desempenhar efetivamente o papel do médico clínico de referência nas doenças do sistema locomotor. Por acreditar que os caminhos que levam a este fortalecimento de nossa especialidade passam necessariamente pela Sociedade Brasileira de Reumatologia, tenho participando continuamente da diretoria da Sociedade Paulista desde 1992 e da Brasileira desde 1997. Em recente estágio de pós-doutoramento no exterior, refleti muito sobre a necessidade de aperfeiçoamento de nossa especialidade e voltei estimulado a concentrar esforços para a sua implementação. A ressonância favorável desta minha disponibilidade junto aos meus colegas de trabalho do Hospital das Clínicas da FMUSP, fez com que apresentasse meu nome à Sociedade Paulista de Reumatologia e fui homologado candidato de São Paulo a esta disputa. A SBR pode fazer mais para auxiliar, diretamente, os seus associados, reforçando estratégias de divulgação e de administração de sua clínica e disponibilizando formas mais eficientes e baratas de sua atualização e reciclagem. Aumentar a procura espontânea de pacientes através de divulgação mais ampla da especialidade junto à população. Ampliar o número de pacientes referenciados pelo fortalecimento de nossa especialidade junto à classe médica. Atuar de forma mais efetiva junto aos órgãos gestores públicos de saúde e junto às operadoras de saúde, na defesa dos interesses de nossa especialidade. O momento do país nos parece muito favorável e estou determinado a dedicar o melhor de meu tempo e energia na implementação destas idéias. Gostaria de contar com seu apoio e sua colaboração para que somemos esforços na melhoria de qualidade de vida dos pacientes com doenças reumatológicas.

MAURICIO LEVY NETO



#### JORNADA DE REUMATOLOGIA DE SÃO CARLOS

O Comitê Estadual da SPR – São Carlos –, liderado por Clóvis S. Magon, está de parabéns pela organização do belo evento e excelente acolhida dos convidados e congressistas de São Paulo e do interior do Estado, realizada em 4 de outubro de 2003 (1).

#### I CONGRESSO NACIONAL PARA REUMÁTICOS

Evento organizado pelo Grupo de Pacientes Artríticos de São Paulo (Grupasp) e pelo Grupo de Apoio ao Reumático do Rio de Janeiro (Grupari), realizado nos dias 17 e 18 de outubro de 2003 em São Paulo, SP, alcançou plenamente os objetivos propostos. (2): Wanda Heloisa R. Ferreira (E), Maria Regina Vasone Prado, Jamil Natour, Caio Moreira; (3): Caio Moreira faz pronunciamento sobre a importância desse evento; (4): Jamil Natour destaca a necessidade para a iniciativa da educação dos pacientes reumáticos; (5): Emília Sato faz a conferência de abertura; (6): Gonzalo Vecina Neto, Secretário da Saúde do Município de São Paulo, comenta sobre as propostas e idéias da Prefeitura para melhorar o atendimento ao paciente reumático.



# Noticiário

#### DENSITOMETRIA ÓSSEA NA PRÁTICA MÉDICA

Ao ler esse livro nos deparamos com o melhor Atlas de imagens de densitometria óssea já publicado em território nacional quicá no estrangeiro. Foram mais de dez anos analisando e laudando exames de densitometria para José Ricardo Anijar conseguir compilar todo esse acervo. O autor alia a densitometria óssea, aprendidos durante sua formação em Reumatologia, às imagens radiológicas, aprendidas durante sua segunda especialização, para conseguir melhor identificar pacientes com baixa massa óssea e maior risco de fratura, bem como caracterizar as alterações estruturais observadas durante a análise da densitometria. São imagens de artefatos, dos erros de análise e aquisição mais frequentes, de casos corriqueiros e/ou intrigantes, com fácil leitura e interpretação. Vale a pena conferir.



## Fórum de Debates

Na primeira quarta-feira de cada mês, você tem encontro marcado no Fórum de Debates em Reumatologia.

**Local:** Associação Médica Brasileira – Auditório Nobre “Prof. Dr. Adib Jatene”, Rua São Carlos do Pinhal, 324, Bela Vista, São Paulo, SP (próximo ao Hotel Maksoud Plaza).

Estacionamento gratuito no Avenida Paulista Hotel (Rua São Carlos do Pinhal, 200, Bela Vista, esquina com a Alameda Joaquim Eugênio de Lima).

Logo após os debates, você poderá degustar um ótimo jantar no restaurante do hotel.

*Veja, a seguir, quais foram os temas debatidos nos últimos encontros:*

### Quarto Fórum (6 de agosto de 2003):

Como no primeiro semestre, a Reumatologia pediátrica mais uma vez brilhou o debate da Sociedade Paulista de Reumatologia, apresentando e discutindo casos interessantes sobre crianças reumáticas.

**Coordenação/Apresentação:** Sônia Maria Sawaya Hirschheimer.

**Debatedores:** Cláudio A. Len, Cláudia Goldenstein Schainberg, Bernardete L. Liphaus, Heloísa Helena Souza Marques.

**Tema discutido:** Reumatologia Pediátrica.



O Quinto Fórum de Debates, coordenado por Virgínia Fernandes Moça Trevisani (D), contou com a participação de Ari Stiel Radu, Jamil Natour, Emília Inoue Sato e Mônica Vasconcellos (dermatologista);

### Quinto Fórum (10 de setembro de 2003):

As vasculites foram o tema do Segundo Fórum e os experts nesse assunto discutiram casos muito interessantes.

**Coordenação/Apresentação:** Virgínia Fernandes Moça Trevisani.

**Debatedores:** Emília Inoue Sato, Ari Stiel Radu e Mônica Vasconcellos.

**Tema discutido:** Vasculites.

### Sexto Fórum (1 de outubro de 2003):

O Serviço de Reumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, chefiado por Wiliam H. Chahade, lotou o anfiteatro da AMB e fez desse Fórum o mais concorrido do ano.

**Coordenação/Apresentação:** Wiliam Habib Chahade.

**Debatedores:** Maurício Levy Neto, Dawton Torigoe, João Roberto Pereiro (neurologista) e Celso Arrais Rodrigues (hematologista).

**Temas discutidos:** Poliarterite nodosa e síndrome hipereosinofílica.

### Sétimo Fórum (5 de novembro de 2003):

O último Fórum de Debates do ano contou com a apresentação de casos clínicos do Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis, São Paulo.

**Coordenação/Apresentação:** Luiz Carlos Latorre.

**Debatedores:** Alexandre Gabriel Júnior e José Pedro Zampieri Filho (hematologista).

**Temas discutidos:** Vasculite associada à crioglobulinemia e LES com plaquetopenia refratária.

*Contamos com a sua presença nos próximos Fóruns. Participe!*



O Sexto Fórum de Debates, coordenado por Wiliam Habib Chahade (no centro), teve a participação de Dawton Torigoe (2.º, a partir da E), João Roberto Pereiro (neurologista), Maurício Levy Neto e Celso Arrais Rodrigues (hematologista).



