

Revista Paulista de Reumatologia

Volume 9

Número 3

Jul./set. 2010

ISSN 1809-4635

www.reumatologiasp.com.br



Uma publicação trimestral da
Sociedade Paulista de Reumatologia

PALAVRA DO PRESIDENTE

- 3 De volta à rotina LUIZ CARLOS LATORRE

EDITORIAL

- 4 Nove de Julho, uma data a ser lembrada
ANDREA B. V. LOMONTE, CRISTIANO A. F. ZERBINI, JOSÉ ALEXANDRE MENDONÇA,
MARIA JOSÉ NUNES, RENATA FERREIRA ROSA, SANDRA H. WATANABE

ARTIGOS ORIGINAIS/REVISÕES/DESCRIÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

- 5 Gota tofácea grave
Severe tophaceous gout
PAULA BRUMATTI LAMPIER BARCELLOS, ROBERTO BERND, TÁBATA CRISTINA ALTERATS ANTONIACI,
VIVIAN PAULA MESTRINEL PINHEIROS E ALVES

VISÃO DO EXPERT

- 8 O uso da vitamina D na prática clínica MARIA GUADALUPE B. PIPPA

PUBLICAÇÕES

- 12 Top 10 RENATA FERREIRA ROSA, MARIA JOSÉ NUNES

ARTRÓFILO

- 16 Congresso Anual da Liga Europeia Contra o Reumatismo (Eular)
ANDREA B. V. LOMONTE

ÉTICA

- 26 Ética em pesquisa médica WAGNER IKEHARA

RAIO X

- 28 Serviço de Reumatologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp)
JOSÉ ALEXANDRE DE MENDONÇA, SANDRA H. WATANABE

PERSPECTIVAS

- 30 Pós-doutorado no exterior
DANIELI CASTRO OLIVEIRA DE ANDRADE

IMAGEM EM REUMATOLOGIA

- 32 Herpes zoster no lúpus eritematoso sistêmico
BÁRBARA N. DE CARVALHO, HÉRICA CRISTIANI B. SOUZA, ANDREA B. V. LOMONTE

- 34 NOTICIÁRIO

- 41 AGENDA

MabThera® (rituximabe) é o único biológico que comprovadamente inibe a progressão do dano articular após falha a anti-TNFs²

MABTHERA®
rituximabe

TERAPIA DIRIGIDA À CÉLULA-B, EFICÁCIA COMPROVADA¹



Referências: 1. Cohen SB, Emery P, Greenwald MW ET al. Rituximab for rheumatoid arthritis refractory to anti-tumor necrosis factor therapy. Arthritis & Rheum 2006;54(9):2793-806. 2. Keystone E, Emery P, Peterfy CG et al. Rituximab inhibits structural joint damage in patients with rheumatoid arthritis with an inadequate response to tumor necrosis factor inhibitor therapies. Ann Rheum Dis 2009; 68(2):216-21.

Contraindicação: Hipersensibilidade a proteínas murinas. **Interação medicamentosa:** Uso concomitante de outros anticorpos monoclonais.

MabThera® (rituximabe)

Apresentações: solução injetável 100mg/10mL (caixa com 2 frascos) e 500mg/50mL (caixa com 1 frasco). USO ADULTO. **Composição:** princípio ativo: Rituximabe. **Indicações:** Linfoma não-Hodgkin (LNH) de células-B, baixo grau, CD20 positivo, virgem de tratamento, recaído ou resistente à quimioterapia e terapia de manutenção; LNH, difuso de grandes células, CD20 positivo, associado à quimioterapia CHOP; Artrite Reumatoide após falha ou intolerância aos anti-TNFs, em combinação com metotrexato. **Contraindicações:** MabThera® é contraindicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida ao rituximabe e a qualquer componente do produto ou a proteínas murinas. **Precauções e advertências:** reações infusionais principalmente em pacientes com carga tumoral acima de 25.000 células malignas circulantes/mm³; risco de síndrome de lise tumoral e eventos pulmonares graves, podendo culminar em óbito. Hipotensão transitória e broncoespasmo associados à infusão, reversíveis com interrupção temporária e com uso de um analgésico, anti-histamínico, solução salina intravenosa ou broncodilatador. A infusão poderá ser concluída quando diminuírem os sintomas. Considerar suspensão da medicação anti-hipertensiva 12 horas antes e durante infusão. Monitorar pacientes com história de doença cardíaca. Reações anafiláticas poderão ocorrer. Precauções para aqueles pacientes com contagem de neutrófilos <1,5x10⁹/L e/ou contagens de plaquetas <75x10⁹/L. Monitorar pacientes com histórico de infecção por hepatite B quando em associação à quimioterapia citotóxica. A solução preparada para infusão não deverá ser administrada como injeção intravenosa ou em infusão em bolo. Gestação e lactação: Não deve ser administrado a não ser que os benefícios superem os riscos. **Interações:** Não há interações de MabThera® com alimentos. Existem dados limitados sobre as possíveis interações medicamentosas com MabThera®. **Reações adversas:** Febre e calafrios/tremores. Náusea, urticária/rubor facial, fadiga, cefaleia, prurido, broncoespasmo/dispneia, angioedema, rinite, vômitos, hipotensão transitória, eritema, arritmia e dor tumoral. Trombocitopenia, neutropenia e anemia raras, leves e reversíveis. Insuficiência respiratória e infiltrados pulmonares. Reações semelhantes à doença do soro. Quando associado à quimioterapia CHOP, poderá ocorrer aumento da taxa de infecções por *candida* e *herpes-zoster*. Quando associado à quimioterapia citotóxica, casos muito raros de reativação da hepatite B foram relatados. Nos pacientes com Artrite Reumatoide, IVAS e ITU em 0,9 paciente/ano. **Posologia:** uso IV, com acesso exclusivo. **LNH de baixo grau:** Monoterapia - 375mg/m²/semana por 4 semanas. *Em associação à quimioterapia CVP* - 375mg/m², a cada 21 dias, por 8 ciclos, administrado no dia 1 de cada ciclo. *Terapia de manutenção:* 375mg/m² a cada 3 meses por 2 anos. **LNH B, difuso de grandes células** - 375mg/m², IV, em combinação com o esquema quimioterápico CHOP, no dia 1 de cada ciclo, a cada 21 dias por 8 ciclos, após administração IV do corticosteroide do CHOP. **Artrite Reumatoide:** 1.000mg IV no dia 1 e no dia 15. *Primeira infusão:* a velocidade inicial recomendada é de 50mg/h; posteriormente poderá ser aumentada em 50mg/h a cada 30 minutos até o máximo de 400mg/h. *Infusões subsequentes* iniciadas a uma velocidade de 100mg/h com incrementos de 100mg/h a cada 30 minutos até o máximo de 400mg/h. **Via de administração:** Solução injetável para infusão intravenosa. **Registro MS:** 1.0100.0548. Venda sob prescrição médica. A PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. Informações adicionais disponíveis à classe médica mediante solicitação a Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A. - Av. Engenheiro Billings, 1729 - Jaguaré - CEP 05321-900 - São Paulo - SP - Brasil.

Material de distribuição exclusiva a profissionais habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos.

Conselho Editorial

Andrea B. V. Lomonte, Cristiano A. F. Zerbini, José Alexandre Mendonça, Maria José Nunes, Renata Ferreira Rosa, Sandra H. Watanabe

Correspondência

Rua Maestro Cardim, 354, conj. 53, CEP 01323-000, São Paulo, SP
Fone/fax: (11) 3284-0507, e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

Sociedade Paulista de Reumatologia

DIRETORIA EXECUTIVA 2010/2011

Presidente

Luiz Carlos Latorre

Vice-Presidente

Dawton Y. Torigoe

Diretor Científico

Cristiano A. F. Zerbini

1ª Secretária

Maria Guadalupe B. Pippa

2ª Secretária

Sandra H. Watanabe

1ª Tesoureira

Andrea B. V. Lomonte

2ª Tesoureira

Silvio Figueira Antonio

Presidente Eleito 2012/2013

Paulo Louzada Jr.

Conselho Fiscal e Consultivo

Ari Stiel Radu Halpern, Jamil Natour, José Carlos Mansur Szajubok, Manoel Barros Bértolo, Rina Dalva Neubarth Giorgi

Departamento de Reumatologia da Associação Paulista de Medicina

Presidente: Maurício Levy Neto; 1ª Secretário: José Carlos Mansur Szajubok; 2ª Secretária: Emília Inoue Sato; Coordenador Científico: Paulo Roberto Stocco Romanelli

Comissão Científica

Célio Roberto Gonçalves, Daniel Feldman Pollak, Eduardo Ferreira Borba Neto, Elaine de Azevedo, Jamil Natour, Jozélio Freire de Carvalho, Lenise Brandão Pieruccetti, Luís Eduardo Coelho Andrade, Rubens Bonfiglioli, Simone Appenzeller, Vera Lucia Szejnfeld, Virgínia Fernandes Moça Trevisani

Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional

Eduardo de Souza Meirelles, José Marques Filho, Marco Tadeu Moreira de Moraes, Wagner Ikehara

Comissão de Educação Médica

Alexandre Wagner Silva de Souza, Cristiano Barbosa Campanholo, Danieli Castro Oliveira de Andrade, Rita Nely Vilar Furtado, Wagner Felipe de Souza Weidebach

Comissão do Interior

Benedito do Espírito Santo Campos (Vale do Paraíba), César Emile Baaklini (Marília), Clóvis Strini Magon (São Carlos), Flávio Calil Petean (Ribeirão Preto), Jorge Eduardo Corrêa Clemente (Santos), José Eduardo Martinez (Sorocaba), Lúcia Angélica Buffulin de Faria (São José do Rio Preto), Marianna Nechar Marques (Catanduva), Oswaldo Melo da Rocha (Botucatu), Paulo de Tarso Nora Verdi (Araçatuba), Plínio José do Amaral (Campinas), Roberta de Almeida Pernambuco (Bauru)

Representantes da Reumatologia Pediátrica

Claudio A. Len, Clovis Artur Almeida da Silva, Maria Odete Esteves Hilário, Paulo Roberto Stocco Romanelli

Site

Daniel Brito de Araújo, Luiza Helena Coutinho Ribeiro, Nafice Costa Araújo, Romy Beatriz Christmann de Souza

Endereço

Rua Maestro Cardim, 354, conj. 53, CEP 01323-000, São Paulo, SP
Fone/fax: (11) 3284-0507, e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

Et Cetera Editora de Livros e Revistas

Direção

Kleber Kohn

Coordenação

Silvia Souza

Jornalista

Luciana C. N. Caetano (MTb 27.425)

Rua Caraíbas, 176, Casa 8, Pompeia, CEP 05020-000, São Paulo, SP

Fone: (11) 3368-5095 – Fone/Fax (11) 3368-4545

www.etceteraeditora.com.br

De volta à rotina



Findos o carnaval e a Copa do Mundo (esta, infelizmente, antes do previsto), voltamos à nossa realidade de trabalho cinco a sete dias na semana, com poucas pausas. Nosso evento maior, o ERA, foi muito bem avaliado pelos participantes (560 inscritos!). A participação dos nossos convidados internacionais, ao lado da apresentação dos trabalhos e conferências nacionais, todas de excelente nível, fez desse um sucesso indiscutível. Já estamos programando o próximo, em maio de 2011. Em 29 de junho foi discutido, na APM, o tema “Como Incrementar a Remuneração dos Reumatologistas?”. Os debates, de alto nível, foram coordenados pelo Dr. Paulo Romanelli, e contaram com a apresentação dos convidados Dr. José Antonio de Lima (médico administrador hospitalar do Hospital Samaritano), Dr. Silvio Figueira Antonio (reumatologista clínico) e Dra. Ana Maria Malik (médica economista em Saúde da Fundação Getúlio Vargas). Temas e sugestões extremamente úteis foram levantados e seu conteúdo já está disponível em nosso site. Neste ano, ainda, teremos atividades científicas muito importantes, como o V Curso de Revisão para Clínicos da APM, em 20 de agosto, o II Curso de Imunologia, em 11 de setembro (coordenado pelo Dr. Luis Eduardo Coelho de Andrade), a Jornada do Interior (coordenada pelo Dr. Rubens Bonfiglioli e pela Dra. Simone Appenzeller), além dos tradicionais Fóruns de Debates na AMB (toda primeira quarta-feira do mês). A divulgação do nosso trabalho continua sendo um objetivo concreto desta gestão, juntamente com o esclarecimento da população sobre as doenças reumáticas e osteoarticulares e a importância do tratamento precoce, com o reumatologista, para um melhor resultado terapêutico. Para isso, o programa “Ação Reumato” continua como parte de nossas atividades, com data agendada para 17 de outubro. Um programa contínuo, durante todo o ano, também está sendo estudado para atender a essa necessidade. A aquisição da nova sede não foi esquecida. Pelo contrário, um imóvel maior está em fase avançada de negociação, a qual esperamos concretizar em breve. Como visto, mesmo pouco além do meio do ano, muito trabalho foi realizado e tantos outros estão em andamento, até o final de 2010 e, também, de 2011. Sua colaboração continua sendo muito importante, não apenas opinando como também participando de nossas atividades. O sucesso de nossa Sociedade depende muito de você, associado. Estimule a participação de seus colegas e residentes em nossas atividades. Consulte o nosso site, onde essas atividades já estão disponíveis, na íntegra.

Finalmente,

Pare um pouco! Pense muito! Vote bem!

Forte abraço.

LUIZ CARLOS LATORRE

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia

Gestão 2010/2011

www.reumatologiasp.com.br

Serviço de atendimento ao leitor: (11) 3284-0507

e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

Nove de Julho, uma data a ser lembrada



Neste número 3 da *RPR* temos excelentes publicações científicas, mas nosso editorial refere-se a uma data importante para o Estado de São Paulo. O Nove de Julho marca os acontecimentos que uniram os paulistas, em 1932, em torno de uma causa nobre: a realização de uma Constituição brasileira. A história desse movimento deve retroceder às primeiras décadas da república brasileira, quando predominava a chamada “política do café com leite”, significando a alternância no poder de paulistas e mineiros devido à importância econômica adquirida por esses Estados. Devido à crise econômica de 1929, houve um grande abalo na economia brasileira, na época bastante dependente da monocultura cafeeira, com consequente intranquilidade para o governo do presidente Washington Luís, iniciado em 1926. A situação agravou-se quando o presidente indicou o governador paulista Júlio Prestes para sua sucessão, “quando seria a vez” de Antonio Carlos de Andrada, governador de Minas Gerais. Este, inconformado com a “injustiça”, lançou o governador gaúcho Getúlio Vargas para presidente e o governador da Paraíba, João Pessoa, para vice. As eleições de março de 1930 deram vitória aos paulistas, porém, foram contestadas com violência por Vargas, que, após o assassinato de João Pessoa no mês de julho, liderou um movimento militar que depôs Washington Luís. Após a Revolução de 1930, Getúlio Vargas foi feito chefe do governo provisório. Um de seus primeiros atos foi suspender a Constituição então existente, em seguida dissolver o Congresso e substituir todos os governadores e prefeitos. Esses acontecimentos trouxeram grande insatisfação aos paulistas e, em 17 de fevereiro, foi criada a Frente Única, união de todos os partidos políticos com o objetivo de lutar por uma nova Constituição brasileira. No dia 22 de maio o clima de revolta se acentuou e alguns estudantes e populares atacaram jornais favoráveis a Vargas na capital paulista. Foram recebidos a tiros e morreram na Praça da República os estudantes Mário Martins de Almeida, Euclides Bueno Miragaia e Antônio Américo de Camargo Andrade. Dráusio Marcondes de Souza, com 14 anos de idade, gravemente ferido, veio a falecer cinco dias após o incidente. Em homenagem a esses estudantes, o movimento revoltoso paulista passou a adotar a denominação MMDC, sigla formada pela inicial dos nomes Miragaia, Martins, Dráusio e Camargo. Na noite de 9 de julho eclodiu a Revolução Paulista contra o governo ditatorial. Voluntários de todas as idades, profissões e classes sociais uniram-se para apoiar as tropas paulistas, compostas por 120 mil homens. Os paulistas lutaram sozinhos e em grande desvantagem contra as forças federais: sete aviões e 44 canhões paulistas contra 24 aviões e 250 canhões federais. A resistência paulista suportou a luta por três meses, assinando a rendição em 2 de outubro. Embora não vitoriosos no campo, os paulistas obtiveram a grande vitória moral: foi outorgada uma nova Constituição brasileira em 1934.

Prestamos nossa homenagem àqueles que defenderam a democracia em nosso País, em um momento tão difícil e com tão firme decisão, privando a si mesmos da proximidade de entes queridos e, em muitos casos, de sua própria vida.

ANDREA B. V. LOMONTE, CRISTIANO A. F. ZERBINI,
JOSÉ ALEXANDRE MENDONÇA, MARIA JOSÉ NUNES,
RENATA FERREIRA ROSA, SANDRA H. WATANABE

Editores

Gota tofácea grave

Severe tophaceous gout

Paula Brumatti Lampier Barcellos⁽¹⁾, Roberto Bernd⁽²⁾, Tábata Cristina Alterats Antoniacci⁽³⁾, Vivian Paula Mestrinel Pinheiros e Alves⁽⁴⁾

1. Especializanda em Clínica Médica no Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE)
2. Mestre em Reumatologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e assistente preceptor do Serviço de Clínica Médica do HSPE
3. Interna da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)
4. Especializanda em Clínica Médica do HSPE

Endereço para correspondência: Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe). Av. Ibirapuera, nº 981, Vila Clementino, São Paulo, SP, Brasil, CEP 04029-000. E-mail: paulalampier@hotmail.com

RESUMO

A gota é uma doença metabólica comum, que ocorre em 0,2 a 0,3/1.000 indivíduos da população, sendo mais prevalente no sexo masculino e mediada por acúmulo de urato de sódio em articulações e tecidos extra-articulares⁽¹⁾. Seu diagnóstico é preciso e a evolução quase sempre favorável, dependendo, principalmente, da aderência do paciente ao tratamento. No entanto, esporadicamente nos deparamos com casos de evolução grave, com poucas opções terapêuticas, o que torna seu tratamento uma tarefa desafiadora^(1,2). Neste relato, apresentamos o caso de um paciente do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, que apresentava tofos gotosos volumosos e disseminados, artropatia crônica incapacitante e nefropatia. O interesse do caso, além da gravidade da doença, foi a deposição de tofos em locais não habituais, como a região plantar, causando mal perfurante e incapacidade para a marcha. São discutidas as limitações dos tratamentos tradicionais nesse tipo de paciente.

Unitermos: artrite gotosa, tofos gotosos, mal perfurante plantar.

SUMMARY

Gout is a common metabolic disease, which is more prevalent in males, mediated by accumulation of sodium urate in joints and extra-articular tissues⁽¹⁾. Its diagnosis is accurate and the evolution is almost always favorable, depending mainly on patient compliance to treatment. However, occasionally there are cases with poor evolution, resulting in severe disability and limited therapeutic options^(1,2). In this report, we describe the case of a patient in a public hospital from São Paulo, with a remarkable large and widespread gouty tophi, disabling chronic arthropathy and nephropathy. Besides the unusual severity of the disease, we have found also the deposition of tophi on the plantar region, leading to ulcerations and inability to walk. The limitations of current available treatments for patients like this one are also discussed.

Key words: gout, gouty tophi, foot ulcer.

RELATO DO CASO

A gota é uma doença resultante de um distúrbio no metabolismo das purinas, com consequente hiperuricemia e deposição de sais de urato monossódico nas articulações, tendões e cartilagens. As manifestações clínicas típicas são crises agudas de monoartrite, as quais evoluem com períodos assintomáticos que tendem à cronicidade, podendo ocorrer deposição de cristais de urato monossódico principalmente em tecidos periarticulares, o que leva à formação dos denominados tofos gotosos⁽²⁾.

CRR, 58 anos, masculino, referia ser portador de gota há 15 anos, a qual se iniciou com crises articulares espaçadas e, ao longo dos anos, foram surgindo tofos gotosos. Apresentava-se em tratamento irregular e em uso diário de bebida alcoólica. A presente internação foi motivada por infecção de partes moles após tentativa doméstica de drenagem de um tofo gotoso em face plantar de pé esquerdo.

Etilista contumaz, com ingestão diária de cerveja e destilados (três garrafas de cerveja e dois copos de destilados/dia). Foi submetido a artroplastia do joelho esquerdo

há oito anos devido a artrose secundária à deposição de tofos gotosos e impossibilidade de mobilização. Portador de insuficiência renal crônica não dialítica há quatro anos (creatinina sérica em 2006 de 1,6mg/dL, em 2009 de 1,9mg/dL e em fevereiro de 2010 de 2,3mg/dL), sem antecedentes de litíase urinária.

Negava hipertensão arterial e diabetes. Negava a ocorrência de gota na família.

No exame físico, chamava a atenção a exuberância dos tofos, que recobriam as falanges distais bilateralmente, estendendo-se pelos punhos, antebraços e cotovelos (**Figuras 1 e 2**). O hálux esquerdo apresentava um orifício de 2 cm com drenagem de secreção esbranquiçada. As regiões plantares eram cobertas por tofos, um dos quais levou ao mal perfurante crônico e à importante limitação funcional (**Figura 3**).

Resultados laboratoriais relevantes: creatinina 3,4 mg/dL; ácido úrico sérico 9,9 mg/dL; hemoglobina 7,8 g/dL; leucograma 24.800/mm³.



Figura 1 – Presença de tofos em mão e quirodáctilos e deformidade articular em punho.



Figura 2 – Deformidade articular em cotovelo.

As radiografias das regiões afetadas revelavam lesões em saca-bocado com destruição articular importante (**Figuras 4, 5 e 6**).

A biópsia da região palmar do quinto quirodáctilo esquerdo mostrou fragmento de pele com depósito de cristais de urato em meio a tecido necrótico na derme profunda.

A ultrassonografia de vias urinárias revelou rins tópicos, de contornos regulares e dimensões normais, apresentando boa diferenciação parênquima-sinusal. A espessura do parênquima era normal, sem dilatação do sistema pielocalicial. Uma imagem sugestiva de cálculo, medindo cerca de 2,4 cm, em cálice superior do rim esquerdo, foi visualizada. Os rins apresentavam volume e relação corticomedular normais.



Figura 3 – Presença de tofo gotoso em região plantar com ulceração e saída de material esbranquiçado com aspecto de pasta de dente.



Figura 4 – Radiografia de mãos com aumento circunscrito da densidade de partes moles, destruição da articulação radiocarpal, fusão e reabsorção dos ossos do carpo, luxação das articulações metacarpofalangeanas e acrosteólise associada a tofos discretamente radiopacos.

O paciente recebeu antibióticos para a infecção de partes moles, além de colchicina 0,5 mg 3x/dia, prednisona 5 mg/dia, alopurinol 300 mg/dia e medidas gerais para insuficiência renal.

DISCUSSÃO

A gota tofácea crônica de grandes proporções tornou-se um quadro pouco comum nas últimas décadas, devido à popularização e à facilidade de seu diagnóstico precoce, aliados à disponibilidade de tratamentos bem conhecidos e eficazes para o controle da doença.

O caso descrito apresentou como peculiaridades a evolução grave em um período relativamente curto de tempo (15 anos), na ausência de fatores predisponentes como obesidade, hipertensão e histórico familiar, o que nos levou a considerar como principais causas dessa má evolução a falta de aderência ao tratamento associada ao etilismo pesado. Também chamou a atenção a grande deposição de tofos em regiões plantares, deformando os pontos de apoio e criando mal perfurante, com grave prejuízo da marcha.



Figuras 5 e 6 – Radiografias dos pés com fusão dos ossos do tarso e artrose subtalar, além de infiltração difusa das partes moles e da almofada plantar por tofos radiopacos.

Embora biópsia renal não tenha sido realizada, a presença de nefropatia grave em um paciente sem fatores predisponentes como hipertensão ou diabetes provavelmente está relacionada à deposição de cristais de urato de sódio no parênquima renal^(3,4). No sexo masculino, a capacidade de excreção final do urato filtrado é da ordem de 8% a 10%, enquanto no sexo feminino é de 10% a 12%. Isso contribui para que os homens tenham uricemia mais elevada que as mulheres⁽³⁾.

Pacientes com essa evolução representam dilemas terapêuticos, visto que não responderão a uricosúricos e têm o uso de doses plenas de alopurinol vetado pelos nefrologistas, devido à eliminação renal de seu metabolito oxipurinol, com potencial nefrotoxicidade^(4,5,6).

Concluindo, trata-se de um caso à espera da disponibilização, em nosso meio, de novos uricorredutores que possam ser usados na vigência de doença renal, como o febuxostat e a pegloticase⁽⁵⁾.



REFERÊNCIAS

1. Terkeltaub RA. Pathogenesis and treatment of crystal-induced inflammation. In: *Arthritis and Allied Conditions: A Textbook of Rheumatology*, 14th ed, Koopman, WJ (Ed), Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, 2001; 2329-38.
2. Hollingworth P, Scott JT, Burry HC. Nonarticular gout: Hyperuricemia and tophus formation without gouty. *Arthritis Rheum*. 1983;26:98-101.
3. Fessel WJ. Renal outcomes of gout and hyperuricemia. *Am J Med*. 1979;67:74-82.
4. Zhang W, Doherty M, Pascual E, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part I: Diagnosis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT). *Ann Rheum Dis*. 2006;65:1301-11.
5. Phillips M, Hunt RF, Shergy WJ, Hernandez J. Urato-oxidase in the treatment of severe gout with hyperuricemia refractory to high dose allopurinol: case report and review. *Arthritis Rheum*. 2000;43:46.
6. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. *Harrison Internal Medicine*, volume I, 17th ed, McGraw-Hill (Ed) 2009;333-5.

O USO DA VITAMINA D NA PRÁTICA CLÍNICA



MARIA GUADALUPE B. PIPPA

Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis, SP.
Escola de Medicina da Universidade Anhembi Morumbi, SP.

"The D-lemma": dosar ou não os níveis séricos de 25-hidroxivitamina D? É com este questionamento que o professor Michael Holick descreve, de forma sucinta e elucidativa, o metabolismo da vitamina D, bem como suas funções e aplicabilidade prática na clínica diária⁽¹⁾. Desde os nossos antepassados, crianças e adultos dependem da exposição solar adequada para satisfazer às suas necessidades de vitamina D. Reconhece-se que, na virada do século passado, mais de 80% das crianças nos países industrializados da Europa e do continente norte-americano sofreram as consequências danosas da deficiência de vitamina D. Sabemos hoje que a deficiência de vitamina D é uma das condições médicas mais frequentes em nível mundial⁽²⁾. Até mesmo moradores de regiões próximas à linha do Equador (Recife, no Brasil; Flórida e sul do Arizona, nos Estados Unidos da América) apresentam valores inadequados de vitamina D^(3,4). A exposição solar por 15 a 20 minutos (ao meio-dia) em período de verão resulta em um eritema suficientemente capaz de corresponder ao equivalente à tomada de 20.000 UI de vitamina D por via oral. Mesmo na ausência de qualquer exposição ao sol, a administração de 1.000 UI de vitamina D por dia é suficiente para manter níveis séricos satisfatórios de 25-hidroxivitamina D (25(OH)D).

A principal fonte de vitamina D é a pele, onde ela é produzida sob a ação da luz ultravioleta nos esteroides precursores. No fígado, a vitamina D é metabolizada a 25(OH)D, que funciona como a principal forma de armazenamento em virtude de sua meia-vida longa. Em nível renal, a 25(OH)D sofre a ação da enzima 1 α -hidroxilase, e transforma-se em 1,25-di-hidroxivitamina D (1,25(OH)2D),

hormônio responsável por seus efeitos biológicos. Essa vitamina tem um papel importante na mineralização do esqueleto, concentração de cálcio/fósforo, e regulação da paratiroide^(5,6). Vários estudos demonstram que baixos níveis de vitamina D apresentam efeito negativo na manutenção da massa óssea^(7,8). A baixa exposição ao sol, com a diminuição da síntese de vitamina D, é comum nos indivíduos idosos, ocasionando maior fragilidade óssea e susceptibilidade às fraturas. Os estudos que analisam a relação da saúde óssea e vitamina D estimam que a concentração desejável de 25(OH)D seja de, no mínimo, 30 ng/mL. Valores inferiores encontrados em mulheres americanas na pós-menopausa e com baixa massa óssea comprovam a relação entre hipovitaminose D e hiperparatiróidismo secundário, com consequente prejuízo na densidade mineral óssea^(9,10). Esses estudos demonstram que suplementações diárias de vitamina D3 (400 a 800 UI), associadas ou não ao cálcio, são capazes de reverter o hiperparatiróidismo secundário, impedir a perda óssea e melhorar a qualidade óssea em mulheres com idade \geq 50 anos⁽¹¹⁾. A deficiência da vitamina D pode ser confirmada pela aferição dos níveis séricos de 25(OH)D. Já as concentrações de 1,25(OH)2D estão usualmente dentro dos valores normais de referência ou mesmo aumentadas em pacientes deficientes/insuficientes, razão pela qual não devem ser utilizadas como referência na prática clínica diária⁽²⁾.

Com o objetivo de maximizar o efeito da vitamina D na absorção intestinal de cálcio, recomenda-se que os níveis séricos de vitamina D sejam mantidos acima de 30 ng/mL. Por conta dessas observações, a deficiência de

vitamina D é definida como dosagem de 25(OH)D menor ou igual a 20 ng/mL, a insuficiência de 21 a 29 ng/mL, e a suficiência como 30 ng/mL ou mais⁽¹²⁻¹⁶⁾. O estado de hipovitaminose D (insuficiência) é mais comumente encontrado nos indivíduos idosos. Na maioria das vezes essa diminuição ocorre de forma assintomática, porém o paciente pode apresentar fraqueza muscular com maior risco de quedas e, portanto, maior risco de fraturas. Na deficiência severa, o paciente pode apresentar dores ósseas acompanhadas de hipocalcemia e osteomalácia⁽¹⁷⁾. Recentes relatos evidenciam que a insuficiência de vitamina D aumenta o risco de aparecimento de doenças crônicas, tais como pólipos intestinais, câncer de cólon, próstata e mama, diabetes tipo 1 em crianças, doenças cardiovasculares e doenças autoimunes⁽¹⁸⁾.

Estudos em pacientes geriátricos hospitalizados com fratura de quadril revelam que são fortes as evidências de que a hipovitaminose D esteja estreitamente ligada ao risco aumentado de fraturas de fêmur. Esses autores observaram que, entre os pacientes admitidos por causa daquela fratura, cerca de 40% apresentavam níveis insuficientes de 25 OHD (média de 17,8 ng/mL)⁽¹⁹⁾. Existe comprovação científica de que o aumento desses níveis para valores maiores diminui o risco de quedas e, portanto, o risco de fraturas na população idosa⁽²⁰⁾. De acordo com Steingrimsdottir L. et al.⁽²¹⁾, não existem vantagens em ingerir doses de cálcio maiores do que 800 mg/dia quando o indivíduo encontra-se repleto de vitamina D. A dose de vitamina D3 adequada para o controle da osteoporose não deve ser menor do que 700 a 800 UI por dia. No que se refere à sua suplementação, doses maiores são recomendadas, visto que normalizam de forma rápida e segura os níveis de 25(OH)D⁽²²⁾. Não existe risco de intoxicação com a vitamina D, visto que essa condição médica raramente ocorre, e, habitualmente, não é observada até que doses superiores a 10.000 UI sejam administradas diariamente por mais de cinco meses consecutivos⁽²³⁾. É preciso que os níveis séricos de 25(OH)D estejam iguais ou maiores que 200 g/L para que manifestações como hipercalcemia, hiperfosfatemia e calcificações de partes moles sejam observadas. No entanto, deve-se estar atento a pacientes com hiperparatireoidismo e doenças granulomatosas, visto que eles apresentam um determinado risco para toxicidade com vitamina D⁽²⁴⁾. Sabendo-se que as fontes dietéticas de vitamina D são inadequadas, particularmente em países cujos alimentos não são en-

riquecidos com essa vitamina, é interessante que a população receba um complemento para garantir a saúde óssea. A recomendação descrita a seguir é a sugerida por Michael Holick⁽¹⁾: 400 a 1000 UI/dia para infantes, 1.000 a 1.500 UI/dia para crianças de 1 a 10 anos de idade, e 1.500 a 2.000 UI/dia para adolescentes e adultos. Esses valores pretendem elevar os níveis sanguíneos da 25(OH)D para 40 µg/L (sendo que 1 µg vit D equivale a 40UI) ou até mesmo 60 µg/L, de modo a aproveitar ao máximo os benefícios da vitamina D^(25,26).

Durante a suplementação devemos estar informados de que a oferta de 1.000 UI/dia de vitamina D aumenta o valor sérico de 25(OH)D em torno de 10 ng/mL, e que a eficácia da vitamina D2 corresponde a um terço da eficácia da vitamina D3 quando utilizada nessa suplementação⁽¹⁷⁾.

São vários os esquemas disponíveis para tratar a insuficiência e a deficiência de vitamina D. Alguns autores sugerem que, em pacientes abaixo de 65 anos de idade, utilizemos a dose de 1.000 UI de vitamina D3/dia, ou 100.000 UI de vitamina D uma vez ao mês. Já aqueles com idade superior à referida devem receber dose de 2.000 UI de vitamina D/dia ou 50.000 UI uma vez na semana⁽²⁷⁾. Convém esclarecer que, para alcançar níveis de 30 ng/mL de 25(OH)D, é necessária a ingestão de cerca de 2.600 UI/dia de vitamina D em quase 96% dos idosos⁽¹⁵⁾.

Veja-se o esquema utilizado por M. Holick na deficiência de vitamina D⁽²⁸⁾:

- 50.000 UI de vitamina D2 uma vez por semana durante oito semanas. A seguir, 50.000 UI de vitamina D2 a cada duas semanas. O autor tem acompanhado seus pacientes por cinco anos neste regime terapêutico.

Já nos primeiros dois meses de tratamento é possível alcançar níveis séricos de 25(OH)D entre 30 e 50 ng/mL. Para aqueles pacientes que apresentam valores de 25(OH)D de 30 ng/mL, a manutenção é feita com 50.000 UI de vitamina D2 a cada 15 dias.

Em resumo, a hipovitaminose D é altamente prevalente em nível mundial. Valores mais elevados de vitamina D exercem um papel importante na normalização dos níveis de paratormônio, com consequente otimização da saúde óssea, bem como diminuição do risco de doenças crônicas. A melhora da densidade mineral óssea, a diminuição do risco de quedas e, particularmente, da ocorrência de fraturas osteoporóticas, constituem, portanto, mais um racional para o seu uso na prática clínica diária.

REFERÊNCIAS

1. Michael F. Holick. The D-lemma: To Screen or Not to Screen for 25-Hydroxyvitamin D Concentrations. *Clinical Chemistry*. 2010;56:5729-31.
2. Michael F. Holick. Vitamin D Deficiency, *N Engl J Med*. 2007 Jul;357:266-81.
3. Maeda SS, Kunii IS, Hayashi L, Lazaretti-Castro M. The effect of sun exposure on 25-hydroxyvitamin D concentrations in young healthy subjects living in the city of Sao Paulo, Brazil. *Braz J Med Biol Res*. 2007;40(12):1653-9.
4. Levis S, Gomez A, Jimenez C, Veras L, Ma F, Lai S, et al. Vitamin d deficiency and seasonal variation in an adult South Florida population. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005 Mar;90(3):1557-62. Epub 2005 Jan 5.
5. De Luca HF 2004 Overview of general physiologic features and functions of vitamin D. *Am J Clin Nutr* 80:1689S-96S.
6. Ritter CS, Armbrecht HJ, Slatopolsky E, Brown AJ 2006 25-Hydroxyvitamin D(3) suppresses PTH synthesis and secretion by bovine parathyroid cells. *Kidney Int* 70:654-659.
7. Dawson-Hughes B, Harris SS, Krall EA, Dallal GE 1997 Effect of calcium and vitamin D on bone density in men and women 65 years of age or older. *N Engl J Med*. 337:670-6.
8. Meier C, Woitge HW, Witte K, Lemmer B, Seibel MJ 2004 Supplementation with oral vitamin D3 and calcium during winter prevents seasonal bone loss: A randomized controlled open-label prospective trial. *J Bone Miner Res*. 19:1221-30.
9. Rosen CJ, Morrison A, Zhou H, et al. Elderly women in northern New England exhibit seasonal changes in bone mineral density and calciotropic hormones. *Bone Min*. 1994;2: 83±92.
10. Ooms ME, Lips P, Roos JC, et al. Vitamin D status and sex hormone binding globulin: determinants of bone turnover and bone mineral density in elderly women. *J. Bone Min Res*. 1995;10:1177±84.
11. Benjamin MP Tang, Guy D Eslick, Caryl Nowson, Caroline Smith, Bensoussan A. Use of calcium or calcium in combination with vitamin D supplementation to prevent fractures and bone loss in people aged 50 years and older: a meta-analysis. *The Lancet*. 2007 Aug;370:657-66.
12. Boonen S, Rizzoli R, Meunier PJ, Stone M, Nuki G, Syversen U, et al. The need for clinical guidance in the use of calcium and vitamin D in the management of osteoporosis: a consensus report. *Osteoporos Int*. 2004 Jul;15(7):511-9. Review.
13. Lips P. Vitamin D deficiency and secondary hyperparathyroidism in the elderly: consequences for bone loss and fractures and therapeutic implications. *Endocr Rev*. 2001;22:477-501.
14. Heaney RP. Vitamin D: how much do we need, and how much is too much? *Osteoporos Int*. 2000;11:553-5.
15. Heaney RP. Functional indices of vitamin D status and ramifications of vitamin D deficiency. *Am J Clin Nutr*. 004;80(suppl):1706S-1709S.
16. Thomas MK. Hypovitaminosis D in medical inpatients. *NEJM*. 1998;338:777
17. Armas LA, Hollis BW, Heaney RP. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. Vitamin D. National Academies Press; 1999:250-87. *J Clin Endocrinol Metab*.
18. Holick M. Sunlight and vitamin D for bone health and prevention of autoimmune... 2004; 80(6. Suppl):1763S-1766S. *Corner Endo Trends*. 2004;11:1-3.
19. Bergman GJ, Fan T, McFetridge JT, Sen SS. Efficacy of vitamin D3 supplementation in preventing fractures in elderly women: a meta-analysis. *Curr Med Res Opin*. 2010 May;26(5):1193-201.
20. Dawson-Hughes B, et al. Estimates of optimal vitamin D status *Osteoporos Int* 2005;16:713-6.
21. Steingrimsdottir L, et al. Relationship between serum parathyroid hormone levels, vitamin D sufficiency, and calcium intake *JAMA*. 2005;294:2336-41.
22. Bacon CJ, Gamble GD, Horne AM, Scott MA, Reid IR. High-dose oral vitamin D3 supplementation in the elderly *Osteoporos Int*. 2009 Aug;20(8):1407-15. Epub 2008 Dec 20.
23. Heaney RP, Davies KM, Chen TC, Holick MF, Barger-Lux MJ. Human serum 25-hydroxycholecalciferol response to extended oral dosing with cholecalciferol. *Am J Clin Nutr* 2003;77:204-10.
24. Hathcock JN, Shao A, Vieth R, Heaney R. *Am J Clin Nutr*. 2007;85:6-18.
25. Bischoff-Ferrari HA, Giovannucci E, Willett WC, Dietrich T, Dawson-Hughes B. Estimation of optimal serum concentrations of 25-hydroxyvitamin D for multiple health outcomes. *Am J Clin Nutr* 2006;84:18-28.
26. Kumar J, Muntner P, Kaskel FJ, Hailpern SM, Melamed ML. Prevalence and associations of 25-hydroxyvitamin D deficiency in US children: NHANES 2001-2004. *Pediatrics* 2009;124:e362-70.
27. McClung MR. The ABCs of Vitamin D. Medical Grand Rounds, Providence St. Vincent Medical Center Portland, OR, June 12, 2007
28. Holick M. Vitamin D and Health: Evolution, Biologic Functions and Recommended Dietary Intakes for Vitamin D. *Clinic Rev Bone Miner Metab*. 2009;7:2-19.



Actonel® 150mg: a terapia mensal de ação rápida e eficácia multi-sítio no tratamento da osteoporose ^(1-3,5,6)

Contraindicação: ACTONEL® 150 mg está contraindicado em pacientes com hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula.

Interações Medicamentosas: A ingestão concomitante de medicamentos contendo cátions polivalentes irá interferir na absorção de ACTONEL® 150 mg.

ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês (risedronato sódico). **Indicações:** tratamento da osteoporose em mulheres no período pós-menopausa com aumento no risco de fraturas. **Contraindicações:** hipersensibilidade ao risedronato sódico ou a qualquer componente da fórmula, hipocalcemia, gravidez e lactação e insuficiência renal severa ("clearance" de creatinina < 30 mL/min), pacientes com incapacidade de sentar ou ficar em pé por pelo menos 30 minutos. **Reações Adversas:** dor de cabeça, constipação, dispepsia, náusea, dor abdominal, diarreia, gastrite, esofagite, disfagia, duodenite, úlcera esofágica, glossite, estenose esofágica, dor musculoesquelética. Em alguns pacientes, diminuições precoces, transitórias, assintomáticas e leves dos níveis de fosfato e cálcio séricos. Raramente observou-se anormalidade nos testes de função hepática. Muito raramente foram observadas desordens cutâneas e subcutâneas, como angioedema, rachaduras generalizadas, reações bolhosas, Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidermal tóxica, irite, uveíte, osteonecrose de mandíbula, reações anafiláticas. **Interações Medicamentosas:** A ingestão concomitante de medicamentos contendo cátions polivalentes irá interferir na absorção do risedronato. Pode ser usado concomitantemente com terapia de reposição hormonal. O uso concomitante com antiácidos pode reduzir a absorção do risedronato sódico. **Posologia e Modo de Usar:** A dose recomendada nos adultos é de 1 comprimido de ACTONEL® 150 mg, por via oral, uma vez ao mês. O comprimido deve ser tomado no mesmo dia de cada mês. Nenhum ajuste de dose é necessário para pacientes com insuficiência renal leve a moderada. O uso do risedronato sódico é contra-indicado em pacientes com insuficiência renal grave (clearance de creatinina menor que 30 mL/min.) Não devem ser tomados dois comprimidos na mesma semana. **USO ADULTO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** MS nº: 1. 1300.0269. Farm. Resp. Antonia A. Oliveira CRF-SP nº 5854. Data de Revisão: 10/06/2009. **Para maiores informações antes de sua prescrição, favor leia a bula completa do produto.**

BR RIS 09.11.02

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1) Harris ST, et al. Effects of risedronate treatment on vertebral and nonvertebral fractures in women with postmenopausal osteoporosis: a randomized controlled trial. Vertebral Efficacy With Risedronate Therapy (VERT) Study Group. JAMA. 1999 Oct;282(14):1344-52. 2) Roux C, et al. Efficacy of risedronate on clinical vertebral fractures within six months. Curr Med Res Opin. 2004 Apr;20(4):433-9. 3) Harrington JT, et al. Risedronate rapidly reduces the risk for nonvertebral fractures in women with postmenopausal osteoporosis. Calcif Tissue Int. 2004 Feb;74(2):129-35. 4) Bula do produto. 5) Delmas PD, et al. Efficacy and safety of risedronate 150 mg once a month in the treatment of postmenopausal osteoporosis. Bone. 2008 Jan;42(1):36-42. 6) McClung MR, et al. Effect of risedronate on the risk of hip fracture in elderly women. Hip Intervention Program Study Group. N Engl J Med. 2001 Feb;344(5):333-40.



Av. Major Sylvio de Magalhães Padilha, 5.200 - Ed. Atlanta
São Paulo - SP - CEP 05693-000

sanofi aventis

O essencial é a saúde

TOP 10

1. VALIDAÇÃO DO TESTE DE CAMINHADA DE 6 MIN DE ACORDO COM O OMERACT: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA PELO GRUPO EPOSS-OMERACT

Validation of the 6 min walk test according to the Omeract filter: a systematic literature review by the Eposs-Omeract group. Avouac J, Kowal-Bielecka O, Pittrow D, et al. Ann Rheum Dis. 2010;69:1360-3

A hipertensão arterial pulmonar (HAP) é uma das principais causas de morte em pacientes com esclerose sistêmica, e, apesar do avanço terapêutico, os parâmetros de avaliação em uso são considerados inadequados, devido, particularmente, à presença de comorbidades. O teste de caminhada de 6 minutos é um dos instrumentos mais usados para avaliar a eficácia de tratamentos nos ensaios clínicos, sendo aceito pelas agências regulatórias e recomendado pelo grupo de especialistas do Omeract. A proposta dessa revisão sistemática foi discutir a validação desse teste em pacientes com HAP associada à esclerose sistêmica. Devido à heterogeneidade dos trabalhos, somente 9 dos 57 identificados foram incluídos na análise. Em relação aos componentes estudados, uma boa sensibilidade para a mudança com o tempo, a facilidade na execução do teste (considerado simples e barato) e na interpretação dos dados foram observadas. Entretanto, foram identificadas poucas evidências para a avaliação da interferência das comorbidades e que pudessem estabelecer sua correlação com os parâmetros hemodinâmicos (considerados "gold-standard"). Os autores concluíram que essas evidências sugerem uma validação parcial do teste de caminhada e que estudos adicionais são necessários para entender o real papel desse instrumento, não só nos ensaios, mas também na prática clínica.

2. EFEITO DA BOSENTANA NA FIBROSE CUTÂNEA EM PACIENTES COM ESCLEROSE SISTÊMICA: UM ENSAIO NÃO COMPARATIVO, ABERTO E PROSPECTIVO

Effect of bosentan on skin fibrosis in patients with systemic sclerosis: a prospective, open-label, non-comparative trial. Kuhn A, Haust M, Ruland V, et al. Rheumatology 2010;49:1336-45

A endotelina-1 (ET-1), um potente agente vasoconstritor, tem sido implicada na patogênese da vasculopatia da esclerose sistêmica (ES) e parece ter um papel no de-

envolvimento da fibrose cutânea. A bosentana é uma antagonista dual dos receptores da ET-1 (ET-A e ET-B) e está aprovada para o tratamento da hipertensão arterial pulmonar e das úlceras digitais. Esse estudo alemão, prospectivo, aberto e não comparativo, teve como objetivo principal avaliar o efeito dessa droga na fibrose de pele e na capacidade funcional em pacientes com ES. Um total de 10 pacientes foram acompanhados por 24 semanas (6 com a forma difusa e 4 com a forma limitada) com o seguinte esquema terapêutico: bosentana 62,5 mg 2x/dia por 4 semanas e então 125 mg 2x/dia por mais 20 semanas. Em relação aos parâmetros de eficácia, o escore de Rodnan Modificado (ERM) e o ultrassom (US) foram usados, respectivamente, como desfechos primário e secundário na avaliação do espessamento de pele. Adicionalmente, um escore funcional britânico e o HAQ modificado foram empregados para avaliar a capacidade funcional. Foi demonstrada uma redução significativa no espessamento cutâneo ($p < 0,001$) tanto pelo ERM como pelo US, ao passo que não houve mudança relevante em relação à parte funcional. Concluiu-se que, apesar de ser um estudo modesto, a bosentana pode ter também benefício para a pele em pacientes com ES.

3. DOENÇA ISQUÊMICA ASSINTOMÁTICA DO MIOCÁRDIO NA SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE. UM ESTUDO CONTROLADO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDÍACA

Asymptomatic myocardial ischemic disease in syndrome. A controlled cardiac magnetic resonance imaging study. Sacré K, Brihaye B, Hyafil F, et al. Arthritis & Rheum. 2010;62:2093-100

A síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF) pode causar trombose coronariana. O infarto do miocárdio (IM) é diagnosticado em torno de 5,5% dos pacientes, mas essa prevalência pode ser bem maior, já que as manifestações clínicas e os exames habituais têm baixa sensibilidade para detectar essa complicação. A proposta desse estudo foi estimar a prevalência de doença isquêmica silenciosa do miocárdio (Dism) em pacientes com SAF. Cento e oito pacientes (27 com SAF e 81 controles), sem antecedentes de coronariopatia e com baixo risco cardiovascular pelo escore de Framingham, foram submetidos a um exame de ressonância magnética cardíaca com gadolínio (RMC).

Observou-se que 29,6% dos pacientes com SAF apresentaram um padrão de isquemia miocárdica nas imagens obtidas, e que 11% tiveram um padrão típico de IM, particularmente aqueles com maior tempo de doença, lívado e anticorpo anti- β 2 glicoproteína I. Os autores concluíram que, apesar das limitações desse trabalho, a RMC é uma ferramenta potencialmente útil na identificação de doença coronariana subclínica em pacientes com SAF.

4. INFILTRAÇÃO COM CORTICOIDE NA OSTEOARTRITE DE QUADRIL: EFICÁCIA AVALIADA PELO ULTRASSOM

Steroid injection for hip osteoarthritis: efficacy under ultrasound guidance. Micu MC, Bogdan GD, Fodor D. *Rheumatology* 2010;49:1490-4

A osteoartrite (OA) de quadril tem um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes e nos sistemas de saúde. A infiltração com corticosteroide (CE) é uma opção terapêutica para a redução da dor, e a técnica guiada pelo ultrassom (US) parece ter mais vantagens quando comparada ao método fluoroscópico tradicional. O objetivo desse trabalho foi avaliar a eficácia da infiltração com CE guiada por US em OA primária de quadril. Quarenta pacientes refratários à terapia convencional foram submetidos à infiltração (CE + lidocaína) guiada por US. Os resultados obtidos foram comparados ao grupo controle (21 pacientes). Além do US, o índice de Lequesne e a escala analógica visual de dor (durante o ato de caminhar) foram utilizados como parâmetros de resposta após 1 e 3 meses do procedimento. A dor diminuiu significativamente ($p < 0,001$) nas duas avaliações e apresentou uma forte correlação com o índice de Lequesne. A hipertrofia sinovial associada diminuiu em 75% dos quadris avaliados. Já o grupo controle não apresentou nenhum benefício. Em relação ao aspecto de segurança, um *rash* facial transitório foi observado 24-48 h após a injeção intra-articular com CE. Concluiu-se que a infiltração do quadril com CE guiada pelo US é uma abordagem terapêutica eficaz e segura no controle da dor e na redução da sinovite.

5. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E RESPOSTA AO ADALIMUMABE SÃO SIMILARES EM PACIENTES COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE COM E SEM PSORÍASE ASSOCIADA

Clinical manifestations and responsiveness to adalimumab are similar in patients with ankylosing spondylitis with and

without concomitant psoriasis. Braun J, Rudwaleit M, Kary S, et al. *Rheumatology* 2010;49:1578-89

Aproximadamente 10% a 15% dos pacientes com espondilite anquilosante (EA) têm psoríase associada, e parece haver maior severidade do quadro em comparação com a forma idiopática. A eficácia dos agentes anti-TNF em seu tratamento tem sido demonstrada em vários estudos. As propostas desse trabalho foram comparar as manifestações clínicas (envolvimento axial e periférico) e avaliar a eficácia do adalimumabe numa grande coorte de pacientes com EA com e sem lesões psoriásicas. As avaliações clínicas iniciais e com 12 semanas foram realizadas em 1.250 pacientes, dos quais 148 (11,8%) tinham história de psoríase, incluindo 108 com lesões ativas. Ambos os grupos apresentavam características clínicas e radiológicas similares. As taxas de resposta ao adalimumabe foram 58,6% e 57,0% para o Basdai 50, e 46,7% e 54,7% para o Asas 40 nos pacientes com e sem psoríase, respectivamente. As diferenças de benefícios observadas em ambos os grupos foram consideradas pequenas. Assim, os autores concluíram que as lesões de pele apresentaram pouco impacto tanto no *status* da doença como na resposta ao adalimumabe.

6. SÍNDROME METABÓLICA NOS PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: ASSOCIAÇÃO COM FATORES DE RISCO TRADICIONAIS PARA DOENÇA CORONARIANA E CARACTERÍSTICAS DO LÚPUS

Metabolic syndrome in patients with systemic lupus erythematosus: association with traditional risk factors for coronary heart disease and lupus characteristics. Telles RW, Lanna CCD, Ferreira GA, Ribeiro AL. *Lupus* 2010;19:803-9.

A síndrome metabólica (SMest) é uma condição caracterizada pela resistência à insulina, hiperinsulinemia, hiperglicemia, dislipidemia, hipertensão arterial e obesidade central. A SMet estabelece um sinal precoce de aumento de risco para doença cardiovascular e diabetes. A aterosclerose e os eventos cardiovasculares são reconhecidos como importante causa de morbidade e mortalidade nos pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES). O objetivo desse estudo foi investigar a prevalência da SMet nos pacientes com LES e analisar sua associação com os fatores de risco tradicionais para doença coronariana (DC) e características do LES. Nesse estudo transversal, a frequência da SMet foi determinada nos paciente lúpicos de acordo com o *National Cholesterol Education Program*

Adult Treatment Panel III. A associação da SMet com os fatores de risco de DC e as características do lúpus foram determinadas. A idade média dos 162 pacientes do sexo feminino incluídos nesse estudo foi de 38,8 anos, sendo a frequência de SMet de 32,1%. Obesidade abdominal e hipertensão foram os dois componentes mais comuns na SMet (86,5% cada), seguidos de baixos níveis de HDL (84,6%), hipertrigliceridemia (69,2%) e hiperglicemia (15,4%). A SMet foi significativamente associada à idade avançada, história familiar de DC, obesidade, pós-menopausa, LDL-c \geq 100mg/dL e ao elevado escore do risco de Framingham. Dentre as características do LES associadas à SMet, destacaram-se a história de proteinúria nefrótica durante o seguimento e o uso de ciclofosfamida, elevado Sledai-2k, alto índice de dano (Slicc/ACR) e idade avançada no momento do diagnóstico de lúpus. Na análise de regressão logística, a obesidade, o LDL-c \geq 100mg/dL, a idade avançada no momento do diagnóstico de lúpus, o alto índice de dano e a história de proteinúria nefrótica foram independentemente associados à SMet. Os autores concluem que o diagnóstico de SMet foi frequente nos pacientes com LES. A SMet foi associada não apenas aos fatores de risco tradicionais para DC, mas também às características do LES. Alguns desses fatores, especialmente a idade no momento do diagnóstico e o LDL-c \geq 100mg/dL, foram associados à aterosclerose no LES.

7. A SÍNDROME DE SJÖGREN SECUNDÁRIA AO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO DEFINIDA COMO UM SUBGRUPO DISTINTO DE DOENÇA

Secondary Sjögren's syndrome in systemic lupus erythematosus defines a distinct disease subset. Baer NA, Maynard JW, Shaikh F, Magder LS, Petri M. J Rheumatol. 2010;37:1143-9.

A síndrome de Sjögren (SS) pode ocorrer em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES). O objetivo do estudo foi determinar se a presença de SS em uma coorte de pacientes com LES define um subgrupo com características clínicas, laboratoriais e sociodemográficas distintas. A John Hopkins Lupus Cohort foi dividida em dois grupos, baseados na presença ou ausência de SS, definidos pela mensuração objetiva de olho seco ou biópsia da glândula salivar menor em pacientes com sintomas *sicca*. Estes grupos foram comparados quanto às características clínicas, laboratoriais e sociodemográficas, sendo posteriormente realizada a regressão logística multivariável. Quando comparados aos 1.531 pacientes sem SS, os 259 com SS

(14% da coorte) apresentaram idade mais avançada no momento do diagnóstico do LES, sendo observado mais comumente em pacientes brancos do sexo feminino. A fotossensibilidade, úlceras orais, fenômeno de Raynaud, anticorpos anti-Ro e anti-La foram positivamente associados; enquanto a doença renal, anticorpos anti-RNP e anti-dsDNA apresentaram associação negativa à presença de SS após o pareamento por idade, sexo e etnia. Os autores concluem que o subgrupo de pacientes com LES e SS possui um fenótipo clínico e laboratorial distinto, com maior frequência em mulheres brancas de idade avançada com fotossensibilidade, úlceras orais, fenômeno de Raynaud, anticorpos anti-Ro e anti-La; sendo baixa a frequência nos casos de doença renal, anti-dsDNA e anti-RNP.

8. A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NAS ESPONDILOARTRITES

Magnetic resonance imaging in spondyloarthritis. Marzo-Ortega H, McGonagle D, Bennettt NA. Curr Opin Rheumatol. 2010;22:381-7.

O estudo do envolvimento precoce do esqueleto axial tem dominado as recentes pesquisas relacionadas às espondiloartrites (SpA). A ressonância magnética (RM) consolidou-se como importante método de imagem na visualização da coluna e articulação sacroilíaca, reconhecido pelo novo critério de classificação das SpA axial. Esse artigo de revisão tem como finalidade sintetizar os trabalhos publicados e oferece uma avaliação crítica dos achados. De acordo com a literatura, a sensibilidade da RM no diagnóstico da inflamação ativa na coluna e articulação sacroilíaca está bem estabelecida. Esse diagnóstico é de particular utilidade nos estágios iniciais da doença, pois permite a identificação do processo inflamatório antes que o dano estrutural ocorra. Outra observação importante é a presença de lesões na coluna lombar e articulações sacroilíacas simultaneamente em um terço dos pacientes com SpA. Estudos recentes reafirmam o papel da RM como instrumento confiável na avaliação da eficácia dos agentes biológicos na SpA axial. O novo critério de classificação da *Assessment SpondyloArthritis International Society* (Asas) pode ser aplicado na presença, ou ainda, na ausência de anormalidades radiográficas das articulações sacroilíacas. Estudos de imagem da coluna confirmam a utilidade diagnóstica da RM de coluna nas SpA e descrevem as lesões mais específicas, tais como lesões inflamatórias vertebrais e de elementos posteriores ou lesões pós-inflamatórias de Romanus. Conclui-se que o

novo critério de classificação da Asas introduz uma nova era na identificação da doença precoce e reflete o atual uso da RM na prática clínica com o objetivo de avaliar a dor lombar inflamatória.

9. AS HEPATITES VIRAIS A, B E C NA ERA DOS BIOLÓGICOS

The A, B e Cs of viral hepatitis in the biologic era. Ferri C, Govoni M, Calabrese L. *Curr Opin Rheumatol.* 2010;22:443-50.

Esse artigo de revisão teve como objetivo avaliar os dados publicados recentemente relacionados à segurança dos agentes biológicos, principalmente o anti-TNF α e rituximabe, e as dificuldades no diagnóstico da presença de infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) ou hepatite C (VHC) e artrites inflamatórias. Diversos trabalhos destacam as principais diferenças entre os portadores de VHB e VHC; entretanto, as observações clínicas sugerem que a infecção pelo vírus hepatotóxico não deve impedir o uso da terapia biológica no tratamento das doenças reumáticas. Estudos retrospectivos em uma série limitada de pacientes com artrite crônica infectados por VHB confirmam a necessidade da avaliação clinicoviológica desses pacientes, contando com a colaboração do hepatologista, antes do início do tratamento com imunossuppressores, especialmente no caso de agentes biológicos. A terapia antiviral combinada ou preventiva é mandatória, especialmente nos portadores de VHB ativos e inativos. A infecção oculta do VHB deve ser cuidadosamente avaliada devido à possível reativação do vírus. No caso dos pacientes infectados pelo VHC sem hepatite crônica ativa, o tratamento com agentes biológicos, como anti-TNF α e rituximabe, é geralmente benéfico e bem tolerado. Dados preliminares sugerem os possíveis efeitos sinérgicos da terapia antiviral combinada (ribavirina e alfa interferon) e o anti-TNF α ou rituximabe nos pacientes com artrite crônica e a hepatite C ativa. Conclui-se que os pacientes com infecção por VHB devem ser encaminhados ao hepatologista e corretamente classificados em ativos, inativos ou portadores ocultos. Da mesma forma, pacientes com doença reumática e VHC crônica ativa devem ser tratados com terapia antiviral combinada ou sequencial e agentes biológicos.

10. O ATRITO DO OSSO SUBCONDRAI PODE SER REFLEXO DA SOBRECARGA MECÂNICA COMPARTIMENTO-ESPECÍFICA: O ESTUDO MOST

Subchondral bone attrition may be a reflection of compartment-specific mechanical load: the Most Study. Neogi T, Nevitt M, Niu J, Sharma L, Roemer F, Guermazi A ET al. *Ann Rheum Dis.* 2010;69:841-4.

O atrito do osso subcondral (AOS), característico da osteoartrite (OA), pode ser causado pelo excesso de carga óssea focal e/ou qualidade óssea inadequada ao resistir às sobrecargas articulares. O estudo de osteoartrite multicêntrico (Most), estudo coorte prospectivo de indivíduos com alto risco ou na presença de OA de joelhos, teve como objetivo avaliar os efeitos do mau alinhamento, que pode causar a sobrecarga focal excessiva, e da densidade mineral óssea na presença e incidência da AOS. Foram avaliados 1.253 participantes quanto ao alinhamento e a densidade mineral óssea (DMO). A ressonância magnética de joelho, obtida no início do estudo e após 30 meses, foi classificada de acordo com AOS (grau 0-3). Foi analisada a associação entre o alinhamento dos compartimentos medial e lateral, respectivamente, e DMO sistêmica com a presença e incidência do AOS, utilizando-se da regressão logística e pareando para sexo, idade e índice de massa corpórea (IMC). A idade média observada foi de 62 anos com IMC de 30, sendo 61% dos casos mulheres. Cerca de 33% dos casos apresentavam AOS e 44% com osteoartrite de joelhos. As associações entre a presença e incidência de AOS com mau alinhamento em ambos os compartimentos foram notados: para geno valgo no compartimento medial foi de 2,9 (IC 95% 2,1-4,0) e 1,9 (IC 95% 1,2-2,9), respectivamente; e para geno varo no compartimento lateral 2,1 (IC95% 2,8-7,1) e 2,1 (1,1-4,1), respectivamente. A baixa DMO não foi associada ao AOS. Os autores concluem que a presença e a incidência de AOS estão associadas ao mau alinhamento no compartimento-específico, mas não com a baixa DMO. Dessa forma, o AOS pode ser considerado um marcador de aumento de sobrecarga sobre a cartilagem adjacente, contribuindo para o aumento das forças transmitidas à cartilagem devido à alteração do osso subcondral.

CONGRESSO ANUAL DA LIGA EUROPEIA CONTRA O REUMATISMO (EULAR)

No período de 16 a 19 de junho, ocorreu, em Roma, o Congresso Anual da Liga Europeia Contra o Reumatismo (Eular). Trezentos e noventa e sete inscritos no congresso eram brasileiros, o que colocou nosso país entre os dez com maior número de inscritos. A participação de reumatologistas e outros profissionais do Estado de São Paulo foi expressiva, com um total de 36 trabalhos aceitos, incluindo dois apresentados oralmente. O Artrófilo traz abaixo um resumo dos estudos apresentados. Parabéns a todos os autores!

1. C3 DEFICIENCY ASSOCIATED WITH A CLINICAL PICTURE OF HENOC-SCHÖNLEIN PURPURA: DESCRIPTION OF THREE CASES

Magalhães CMR¹, Isaac L², Kiss MH³, Liphaut BL³. ¹Pediatria, Hospital de Base de Brasília, DF; ²Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo; ³Pediatria, Universidade de São Paulo, SP

As deficiências de C3 são geralmente associadas a uma maior susceptibilidade a infecções graves e doenças autoimunes. O objetivo desse trabalho foi relatar o caso de três crianças com deficiência secundária de C3 associada a manifestações de vasculite semelhantes à púrpura de Henoch-Schönlein (PHS). As três crianças apresentavam púrpura recorrente e artrite, e duas tinham histórico de infecções importantes. A biópsia de pele mostrava vasculite leucocitoclástica sem deposição de imunocomplexos. Os exames laboratoriais indicavam baixos níveis de fator H, percentual indetectável de lise pelas vias clássica e alternativa, fator B indetectável e 30% dos níveis normais de C3, indicando deficiência heterozigota para fator H e uma deficiência secundária de C3, a qual pode ser considerada um possível fator genético relacionado à patogênese da PHS.

2. VERTEBRAL FRACTURE ASSESSMENT: AN EFFECTIVE TOOL TO IDENTIFY VERTEBRAL FRACTURES IN ELDERLY FROM COMMUNITY

Domiciano DS, Lopes JB, Figueiredo CD, Caparbo V, Pereira RMR. Reumatologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

O objetivo desse estudo foi comparar a *performance* da *vertebral fracture assessment* (VFA) e do raio X de coluna na identificação de fraturas vertebrais (FxV) em idosos da comunidade. Um total de 429 indivíduos foram incluídos. Resultados: cerca de 71% dos sujeitos apresentavam pelo menos uma FxV morfométrica. O número de vértebras não avaliáveis foi significativamente menor ao raio X de coluna do que à VFA, principalmente entre T4-T6. A sensibilidade da VFA para a identificação de FxV foi de 73% e a especificidade, de 99,1%. Após as deformidades de grau 1 serem excluídas, a sensibilidade aumentou para 93% e a especificidade, para 99,6%. A correlação entre VFA e raio X da coluna foi boa, indicando ser esse um método útil para a detecção de FxV.

3. COMPENSATORY POSTURAL ADJUSTMENT IN LOW BACK PAIN PATIENTS

Carmo C, Tanaka C. Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Vários fatores associados à lombalgia podem afetar o controle da postura. O objetivo desse estudo foi analisar os ajustes posturais compensatórios na lombalgia em resposta a uma perturbação externa inesperada (EPP). Quatorze mulheres, sete com lombalgia e sete controles saudáveis participaram do estudo. Resultados: o grupo controle mostrou melhor controle postural que o grupo lombalgia. Comparando os grupos quanto ao deslocamento do centro de pressão no plano anteroposterior e medial-lateral, o grupo controle apresentou recuperação mais precoce do balanço que o grupo lombalgia após a liberação da EPP.

4. CHANGES IN THE TRANSVERSUS ABDOMINIS MUSCLE THICKNESS IN DIFFERENT RESPIRATORY PHASES IN LOW-BACK PAIN SUBJECTS USING ULTRASOUND IMAGE

Paiva PB¹, Silva FGP¹, Sernik RA², Fu C¹, Andrade CRF¹, Tanaka C¹. ¹Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional; ²Departamento de Radiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo

Alterações na contração dos músculos abdominais têm sido relacionadas a distúrbios musculoesqueléticos. O objetivo desse estudo foi comparar a espessura do músculo transversal do abdome (TrA), medida por ultrassom, em indivíduos assintomáticos e em indivíduos com lombalgia crônica inespecífica. Quarenta indivíduos (24 controles e 16 com lombalgia) participaram do estudo. Foi demonstrado que a espessura do TrA aumentou de região medial para lateral em ambos os grupos ao repouso. Durante a expiração, a espessura do TrA foi menor nas seções medial e intermediária do grupo lombalgia, o que sugere haver uma modificação na contração do músculo durante a expiração nos indivíduos desse grupo.

5. AUTOIMMUNE DISEASES ASSOCIATED TO SYSTEMIC SCLEROSIS: ANALYSIS OF A LARGE COHORT OF 901 BRAZILIAN PATIENTS

Marangoni RG¹, Rocha LF¹, Del Rio APT², Yoshinari NH¹, Marques-Neto JF², Sampaio-Barros PD¹. ¹Divisão de Reumatologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP; ²Unidade de Reumatologia, Universidade Estadual de Campinas, SP

Esse estudo descreve a prevalência de distúrbios autoimunes numa coorte de pacientes com esclerose sistêmica (ES). Novecentos e um pacientes com ES foram estudados através de revisão de prontuário. Vinte e sete por cento dos pacientes desenvolveram doença autoimune adicional. As doenças mais frequentemente associadas foram tireoidite (14,7%, predominantemente hipotireoidismo) e síndrome de Sjögren (10,1%). Síndromes de sobreposição foram diagnosticadas em 2,3% dos casos. Os pacientes com distúrbios autoimunes associadas eram predominantemente do sexo feminino ($p < 0,001$) e com doença cutânea limitada ($p = 0,009$) em comparação com os pacientes com ES sem doenças autoimunes associadas.

6. STRETCHING AND STRENGTHENING EXERCISES IN TREATMENT OF FIBROMYALGIA PATIENTS: A RANDOMIZED CONTROLLED CLINICAL TRIAL

Assumpção A, Sauer JF, Mango PC, Marques AP. Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Os objetivos desse estudo foram avaliar os efeitos de exercícios de alongamento e fortalecimento na fibromialgia (FM). Sessenta e três mulheres foram randomizadas para um dos seguintes grupos: grupo flexibilidade (FG), grupo força (SG) e controle (CG). Ao final, 14 pacientes completaram o estudo no FG, 16 no ST e 14 no CG. Comparando os três grupos, o FG foi o que apresentou maior melhora quanto à capacidade funcional, dor e função física (avaliada pelo SF-36). O SG apresentou maior melhora quanto à depressão (avaliada pelo FIQ) e o CG apresentou os piores resultados quanto à capacidade funcional, sono e rigidez (pelo FIQ), e vitalidade (avaliada pelo SF-36). Assim, exercícios de alongamento e fortalecimento promoveram melhora na dor, sintomas e qualidade de vida dos pacientes com FM.

7. PHYSICAL FUNCTION PREDICTING PAIN AND SYMPTOMS OF FIBROMYALGIA

Assumpção A, Sauer JF, Mango PC, Marques AP. Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

O objetivo desse estudo foi avaliar a relação entre força muscular, flexibilidade e balanço dinâmico com a dor, limiar doloroso e sintomas da fibromialgia (FM). Cinquenta e cinco mulheres com FM foram avaliadas. A intensidade da dor foi medida por escala visual analógica e o limiar de dor pelo dolorímetro de Fischer. Os sintomas da FM foram avaliados pelo Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ), a flexibilidade pelo teste do terceiro dedo ao chão, o índice de força muscular pela contração isométrica voluntária máxima à flexão e extensão do joelho e cotovelo, e o balanço dinâmico pelo teste do tempo de levantar e partir. Foi demonstrado que a força muscular, a flexibilidade e o balanço são preditivos de dor, limiar doloroso e sintomas da FM.

8. TOLL-LIKE RECEPTOR (TLR) 2 IS UPREGULATED ON PERIPHERAL BLOOD MONOCYTES AND NEUTROPHILS FROM PATIENTS WITH ACTIVE PSORIATIC ARTHRITIS

Neves FS, Carrasco S, Gambim M, Saad CG, Gonçalves CR, Goldenstein-Schainberg C. Reumatologia, Fmusp, São Paulo

O *toll-like receptor 2* (TLR2) é capaz de ativar células da imunidade inata em resposta a bactérias gram-positivas. Esse estudo avaliou a expressão de TLR2 em neutrófilos e monócitos periféricos em 22 pacientes com PsA com doença ativa e inativa, em comparação a 20 controles. O TLR2 foi significativamente superexpressado em monócitos em pacientes com PsA ativa em comparação com os controles saudáveis. Da mesma forma, esse receptor foi encontrado de forma significativamente maior nos neutrófilos na PsA ativa em comparação com os grupos de controles saudáveis e doença inativa, o que reforça o papel de microorganismos gram-positivos como agentes desencadeadores ou perpetuadores na PsA, particularmente durante fases ativas da doença.

9. UPDATE OF THE JUVENILE SYSTEMIC SCLEROSIS INCEPTION COHORT. WWW.JUVENILE-SCLERODERMA.COM

Földvari I¹, Len C², Russo R³, Tadey A⁴, Kallinich T⁵, Kone-Paut I⁶, Minden K⁷, Mouthon L⁸, Brunner J⁹, Wierk A¹¹, Uziel Y¹⁰, Mueller J¹¹. ¹Hamburger Zentrum fuer Kinder-und Jugendrheumatologie, Am Klinikum Eilbek, Hamburg; ²Reumatologia Pediátrica, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil; ³Pediatric Rheumatology, University Childrens Hospital, Buenos Aires, Argentina; ⁴Pediatric Rheumatology, University Childrens Hospital, Ljubljana, Slovenia; ⁵Pediatric Rheumatology, Charitee, Berlin, Germany; ⁶Pediatric Rheumatology, University Childrens Hospital, Paris, France; ⁷Pediatric Rheumatology, Charitee, Berlin, Germany; ⁸Rheumatology, Hopital Cochan, Paris, France; ⁹Pediatric Rheumatology, University Childrens Hospital, Innsbruck, Austria; ¹⁰Pediatric Rheumatology, University Childrens Hospital, Kfar Saba, Israel; ¹¹Kinderklinik, KKH, Lörrach, Germany

A esclerose sistêmica juvenil (ESJ) é uma doença autoimune rara. Esse é o primeiro projeto onde dados de pacientes com ESJ estão sendo coletados de forma padronizada e prospectiva. Até o momento, 14 pacientes foram

incluídos, com a média de seguimento de 1,6 anos. Doze dos 14 pacientes são do sexo feminino. A idade média no início dos sintomas, excluindo o fenômeno de Raynaud, foi de 12,4 anos. Sete dos 14 apresentavam o subtipo difuso, um apresentava características de sobreposição e sete tinham o subtipo limitado. Seis tinham envolvimento cardiopulmonar, 4 doença intersticial pulmonar, sete envolvimento gastrointestinal e 5 esofágico. Os atuais dados confirmam que pacientes pediátricos são diferentes dos pacientes adultos.

10. PRIMARY SJÖGREN'S SYNDROME PREVALENCE IN A MAJOR METROPOLITAN AREA IN BRAZIL

Valim V¹, Zandonade E², Pereira AM¹, Serrano E¹, Musso C², Bortolon F³, Ciconelli R⁴. ¹Reumatologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória; ²Universidade Federal do Espírito Santo; ³Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia; ⁴Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

O objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência da síndrome de Sjögren (SS) em uma população brasileira. Métodos: estudo transversal, conduzido em 1.205 indivíduos que vivem em Vitória, ES. A avaliação de sintomas da síndrome foi feita por entrevistas domiciliares. Os indivíduos sintomáticos eram convidados para avaliações adicionais. Resultados: sintomas secos foram encontrados em 18% (217) dos indivíduos. A síndrome *sicca* foi confirmada em 12% por pelo menos um exame. A biópsia de glândula salivar foi positiva em 13,5%. Anti-Ro/SSA e anti-La/SSB não foram detectados. Dois pacientes (0,17%) preenchem quatro critérios para SS. Dessa forma, foi observada uma baixa prevalência de SS nessa população.

11. ANALYSIS OF 347 PATIENTS WITH UVEITIS IN A LARGE IBEROAMERICAN COHORT OF SPONDYLOARTHRITIS – THE RESPONDIA GROUP – APRESENTAÇÃO ORAL

Sampaio-Barros PD¹, Torres C², Berman A³, Burgos-Vargas R², Gutierrez M⁴, Barcelos A⁵, Chavez J⁶, Moreno M⁷, Palleiro D⁸, Saenz R⁹, Stekman I¹⁰, Azevedo V¹¹, Braga-da-Silva J-A¹², Citera G¹³, Flores D², Gonçalves CR¹, Graf C¹³, Nitsche A¹³, Saavedra J⁴, Ximenes AC¹⁴, Vazquez-Mellado J², Collantes-Estevez E¹⁵, Respondia Group. ¹Respondia, São Paulo, Brasil; ²Respondia, Mexico City, Mexico; ³Respondia, Tucuman, Argentina; ⁴Respondia, Santiago, Chile; ⁵Respondia, Lisboa, Portugal; ⁶Respondia, Lima, Peru; ⁷Respondia, Quito, Ecuador; ⁸Res-

pondia, Montevideo, Uruguay; ⁹Respondia, San José, Costa Rica; ¹⁰Respondia, Caracas, Venezuela, Bolivarian Republic Of; ¹¹Respondia, Curitiba; ¹²Respondia, Brasília, Brasil; ¹³Respondia, Buenos Aires, Argentina; ¹⁴Respondia, Goiânia, Brasil; ¹⁵Respondia, Cordoba, Spain

Esse estudo analisou a uveíte em uma coorte de 2.012 pacientes ibero-americanos com espondiloartrite (SpA). Uveíte foi observada em 372 pacientes com SpA (18,5%); 74,7% desses apresentavam espondilite anquilosante, seguida por SpA indiferenciada (8,6%), artrite reativa (6,5%), artrite psoriásica (5,1%), artrite enteropática (1,6%) e SpA juvenil (3,5%). Houve associação com doença axial pura, dor lombar inflamatória, sacroileíte radiográfica, entesopatia, uretrite/diarreia aguda, balanite, teste de Schober, flexão lombar lateral, distância occipito-parede, envolvimento de quadril, HLA B27, alto BASRI e alta PCR. A presença de uveíte foi negativamente associada ao número de articulações periféricas dolorosas e edemaciadas. A idade do início da doença e do diagnóstico foi menor nos pacientes com uveíte. Houve associação negativa com artrite psoriásica.

12. SYSTEMIC SCLEROSIS AND MALIGNANCY IN A LARGE BRAZILIAN COHORT

Rocha L¹, Marangoni RG¹, Del Rio APT², Yoshinari NH¹, Marques-Neto JF², Sampaio-Barros PD¹. ¹Divisão de Reumatologia, Universidade de São Paulo, São Paulo; ²Unidade de Reumatologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP

Apesar de alguns estudos prévios terem demonstrado uma prevalência aumentada de malignidades na esclerose sistêmica (ES), essa associação ainda é inconclusiva. O presente estudo analisou a frequência de malignidade em uma grande coorte de pacientes com ES. Novecentos e um pacientes foram estudados retrospectivamente. Quarenta (4,4%) tinham pelo menos um diagnóstico de malignidade. Os sítios mais comuns de malignidade foram pele (25%; 5 de células basais e 5 melanomas), mama (17,5%) e esôfago (12,5%). Outros órgãos foram afetados, mas com menor frequência. Houve associação significativa de malignidade com a raça caucasiana, mas não com o sexo e a forma da ES.

13. EFFECTS OF PHYSICAL EXERCISE ON SEROTONIN SERUM LEVELS IN FIBROMYALGIA

Valim V¹, Russel IJ², Xiao Y², Pereira A¹, Lopes B³, Feldman D⁴, Natour J⁴. ¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória,

ES, Brasil; ²University of Texas Health Science Center of San Antonio, Texas, United States; ³Escola da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES, Brasil; ⁴Universidade Federal de São Paulo, SP

Todos os tipos de exercícios físicos são benéficos na fibromialgia (FM), mas há maior evidência para o treino aeróbico, o qual pode elevar os níveis de serotonina (5HT). Esse estudo comparou os efeitos do treino aeróbico e do alongamento nos níveis de 5HT e de seu principal metabólito, ácido 5-hidroxi-indolacético (5HIAA). Vinte e dois pacientes com FM foram randomizados para programa aeróbico ou de alongamento, durante 20 semanas. No grupo aeróbico, os níveis séricos de ambas variáveis antes e após 20 semanas aumentaram significativamente, enquanto no grupo alongamento não houve diferença. Comparando os dois grupos, o treino aeróbico foi superior ao alongamento para aumentar os níveis de 5HIAA, mas não houve diferença para os níveis de 5HT.

14. RELATIONSHIP BETWEEN EXERCISE AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE (QOL) IN PATIENTS WITH SERONEGATIVE SPONDYLOARTHROPATHIES

Farias F¹, Souza FMB¹, Carmo CM¹, Ide MR², Fu C¹, Gonzalez-Gay MA³, Llorca J⁴, Gonçalves CR⁵, Tanaka C¹. ¹Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP; ²Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil; ³Hospital Xeral-Calde, Lugo; ⁴Epidemiology and Computational Biology, School of Medicine and CIBER Epidemiología y Salud Pública, University of Cantabria, Santander, Spain; ⁵Unidade de Espondiloartrites, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

O objetivo desse estudo foi avaliar a associação entre qualidade de vida reportada pelo paciente, capacidade funcional e exercícios físicos em pacientes com espondiloartrites (SpA). Métodos: vinte e três pacientes com SpA foram estudados, sendo solicitado que praticassem exercícios, sendo divididos em grupos exercício (n = 12) e não exercício (n = 11). Resultados: foi observada diferença na idade entre os grupos exercício e não exercício (média de idade de 54 e 44 anos, respectivamente). Nenhuma outra diferença foi observada na pontuação do SF-36. Conclusão: o grupo exercício era, em média, mais velho que o grupo não exercício. Nesse estudo piloto, com pequeno

número de pacientes com SpA, não foi observada associação entre exercícios físicos e capacidade funcional e qualidade de vida autorrelatada.

15. NUTRITIONAL STATUS RELATED TO VITAMIN D IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

Munekata R, Peracchi O, Terreri M, Lazaretti M, Sarni R, Hilario M. Unifesp, São Paulo, SP

Os objetivos desse estudo foram avaliar os níveis de 25(OH)D3 e marcadores de metabolismo ósseo em crianças e adolescentes com artrite idiopática juvenil poliarticular. A determinação da 25(OH)D3 foi feita durante a primavera em 30 pacientes e comparada a 30 controles saudáveis pareados. Resultados: não foi observada diferença significativa nos níveis de 25(OH)D3 entre os grupos; 26,7% e 40% dos pacientes tinham deficiência e insuficiência, respectivamente, de 25(OH)D3. Conclusão: deficiência/insuficiência de vitamina D ocorreu em cerca de 70% dos pacientes e controles, sem relação com a atividade da doença, suplementação de vitamina D, níveis de PTH e alterações na densidade mineral óssea.

16. NON-INVASIVE ASSESSMENT OF LARGE ARTERY STIFFNESS IN TAKAYASU ARTERITIS AND ITS CORRELATION WITH INFLAMMATORY ACTIVITY

Rosa Neto NS¹, Tolezani EC², Pereira RMR¹, Bonfá E¹, Bortolotto LA², Levy-Neto M¹. ¹Reumatologia; ²Unidade de Hipertensão do Instituto do Coração, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

A velocidade da onda de pulso (PWV) é um índice bem reconhecido de rigidez arterial e altos valores são correlacionados a eventos cardiovasculares. Esse estudo comparou a rigidez arterial por PWV carótido-femoral de mulheres com arterite de Takayasu (TA) a controles e correlacionou os achados à atividade da doença. Foram estudados 30 pacientes com TA e 30 controles saudáveis pareados. Resultados: a PWV média foi maior em pacientes em comparação aos controles ($p = 0,009$). Entre pacientes com TA, PWV foi correlacionada ao IMC. Não houve correlação da PWV com reagentes de fase aguda, duração da doença, pressão sistólica ou diastólica ou pressão de pulso. A PWV média não foi diferente entre pacientes com

doença ativa ou em remissão, nem entre os em uso de anti-hipertensivo e os sem uso dessa medicação.

17. MAJOR DETERMINANTS OF WORK DISABILITY IN ANKYLOSING SPONDYLITIS

Bonfiglioli K, Milanez FM, Schahin Saad CG, Schainberg CG, Gonçalves CR. Divisão de Reumatologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Dados de literatura sobre frequência de incapacidade laborativa na espondilite anquilosante (EA) variam de 9% a 41%. O objetivo desse estudo foi identificar fatores relacionados à incapacidade laborativa. Cento e doze pacientes com EA foram divididos em dois grupos: incapacidade laborativa (IL) e capacidade laborativa (CL). Resultados: uma alta prevalência de IL foi encontrada (64%), mas não foi observada diferença significativa entre sexo, raça, Basdai, PCR e VHS. O grupo IL tinha maior média etária (48 vs. 39 anos, $p < 0,01$) e duração da doença (22 vs. 15 anos, $p < 0,01$), além de pior Basfi, Schober, distância intermaleolar e limitação cervical. Esses dados sugerem a necessidade de intervenção precoce para evitar incapacidade funcional nessa população.

18. LUMBAR-PELVIC STABILITY IN LOW BACK PAIN PATIENTS: A PILOT STUDY

Santos FG¹, Tanaka C¹, Ide MR², Paiva PB¹, Jacob MF¹. ¹Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Fmusp, São Paulo, SP; ²Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR

Os objetivos desse estudo foram avaliar a estabilidade pélvica pelo estudo do comportamento dos músculos da parte inferior do tronco e alterações no centro de pressão (COP) de pacientes com lombalgia durante a transição de ajoelhar para meio-ajoelhar. Três indivíduos com lombalgia e três assintomáticos participaram desse estudo piloto. Resultados: o grupo controle apresentou maior atividade de contração do glúteo médio e alcançou o pico de contração mais cedo que o grupo lombalgia. Não houve diferença nos outros músculos entre os grupos. O grupo lombalgia apresentou maior COP ântero-posterior e médio-lateral. Esses achados sugerem alterações na estabilidade pélvica em pacientes com lombalgia, possivelmente por uma menor atividade do glúteo médio.

19. IS REMISSION AN ATTAINABLE AND SUSTAINED GOAL IN EARLY RA?

Favarato MH, Guedes L, Medeiros AC, Milanez F, Souza FH, Laurindo IMM. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Foi avaliada a presença e a duração do estado de remissão de acordo com o critério Eular (DAS28 <2,6) em pacientes com artrite reumatoide inicial. Os pacientes incluídos apresentavam pelo menos uma articulação com artrite e menos que 12 meses de sintomas na primeira avaliação. Todos foram submetidos a um controle rigoroso e à terapia *step-up* com o objetivo de alcançar a remissão. Trinta e nove pacientes (49%) estavam em remissão no momento do estudo. A média de duração da remissão foi de 11 meses, mas apenas 39% dos pacientes apresentaram remissão por 12 meses ou mais; 10% apresentaram remissão sustentada por mais de 24 meses. Nenhum fator preditor da remissão foi observado.

20. IS INITIAL LOW DOSE INFLIXIMAB REGIMEN EFFECTIVE IN ANKYLOSING SPONDYLITIS?

Saad CGS, Ribeiro ACDM, Costa LP, Pauptiz JA, Moraes JCB, Carvalho JF, Bonfá E, Gonçalves CR. Divisão de Reumatologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Apesar de a dose inicial recomendada de infliximabe para o tratamento de pacientes com espondilite anquilosante (EA) ser de 5 mg/kg, doses menores podem ser consideradas devido ao alto custo desse medicamento. Foram incluídos 26 pacientes com EA refratários a Dmards, que receberam 3 mg/kg de infliximabe, e foram avaliados no Baseline, em 6 e em 12 meses. O aumento da dose para 5 mg/kg era permitido para os não respondedores. Resultados: no mês 6, 11 (42%) pacientes eram respondedores à dose baixa de infliximabe e assim permaneceram ao final de 12 meses. Não houve diferença em dados clínicos, demográficos e quanto aos tratamentos prévios entre respondedores e não respondedores. Assim, uma dose inicial baixa de infliximabe pode ser utilizada nos pacientes com EA, tendo um significativo impacto econômico.

21. FACTORS LEADING TO LOW QUALITY OF LIFE IN SEVERE ANKYLOSING SPONDYLITIS

Milanez F, Bonfiglioli KR, Schahin Saad CG, Schainberg CG, Barros PDS, Gonçalves CR. Divisão de Reumatologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

O objetivo desse estudo foi avaliar fatores que levam a uma baixa qualidade de vida em pacientes com espondilite anquilosante (EA) com envolvimento axial grave. Setenta e quatro pacientes com EA e escore radiográfico grave foram analisados prospectivamente. Vinte e quatro (32%) foram considerados com baixa qualidade de vida. Esse grupo apresentava maior idade e duração da doença, maior Mases, pior função física e maior VAS para dor total na coluna e avaliação global do paciente. A baixa qualidade de vida em pacientes com envolvimento radiográfico grave da EA foi determinada pela atividade da doença e pior função física, o que sugere que o controle apropriado da atividade da doença pode melhorar a qualidade de vida nesse subgrupo de pacientes.

22. EVALUATION OF FAT MASS AND FAT FREE MASS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH COLLAGEN DISEASES

Caetano MC, Ortiz TT, Terreri MT, Sarni ROS, Pinheiro M, Peracchi OAB, Hilário MOE. Unifesp, São Paulo, SP

Esse estudo avaliou o estado nutricional e a composição corporal em crianças e adolescentes com artrite idiopática juvenil (AIJ) e lúpus eritematoso sistêmico (LES). O percentual de gordura total e o de massa magra total foram medidos por DXA. Trinta e sete crianças e adolescentes com LES e 56 com AIJ foram analisados e comparados a controles pareados. A frequência de obesidade/sobrepeso foi de 35,4% no LES e 27,1% na AIJ. Má nutrição foi observada apenas em pacientes com AIJ (13,3%). Nos grupos LES e AIJ, o percentual de massa gorda foi de 31,14% e 24,6%, e o de massa magra foi de 39,35% e 72,4%, respectivamente. No grupo controle, o percentual de massa gorda foi 20,99% e o de massa magra 72,41%. O alto percentual de gordura corporal sugere a importância da medida da composição corporal.

23. EFFECTS OF SHORT-TIME EXPOSURE WITH ANTI-TNF ALPHA THERAPY ON BONE MINERAL DENSITY, BODY COMPOSITION AND DISEASE PARAMETERS IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

Saad CGS, Ribeiro ACDM, Moraes JCB, L. Takayama, Carvalho JF, Bonfá E, Gonçalves CR, Pereira RMR. Divisão de Reumatologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Esse estudo teve por objetivo determinar as alterações na densidade óssea, composição corporal, peso, marcadores inflamatórios e medidas clínicas em pacientes com espondilite anquilosante (EA) após 24 semanas de tratamento anti-TNF alfa. Trinta pacientes com EA foram incluídos. Na semana 24 houve um aumento significativo do peso corporal, da densidade óssea na coluna lombar, da densidade óssea do corpo total e do conteúdo mineral ósseo em comparação ao Baseline. Esse estudo mostrou que uma curta exposição a agentes anti-TNF alfa promoveu benefício na densidade mineral óssea, em paralelo ao aumento no peso corporal, redução dos marcadores inflamatórios e de atividade da doença.

24. EFFECTIVENESS OF RADIATION SYNOVECTOMY WITH YTTRIUM-90 AND SAMARIUM-153 PARTICULATE HYDROXYAPATITE IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS WITH KNEE SYNOVITIS: A CONTROLLED RANDOMIZED DOUBLE-BLINDED TRIAL

Santos MF¹, Furtado RNV¹, Konai MS¹, Castiglioni MLV², Marchetti RR², Silva CPG³, Natour J¹. ¹Reumatologia; ²Departamento de Radiologia, Divisão de Medicina Nuclear, Universidade Federal de São Paulo; ³IPEN-Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

O objetivo desse estudo foi avaliar a eficácia a longo prazo e a tolerância à sinovectomia por radiação com samário-153 e ítrio-90 em pacientes com artrite reumatoide com sinovite crônica de joelho. Oitenta e quatro pacientes (90 joelhos) participaram desse estudo controlado e duplo-cego. Os pacientes foram randomizados para receber injeção intra-articular com 5 mCi de ítrio-90 mais 40 mg de triancinolona hexacetona (grupo Y/TH), 15 mCi de samário-153 mais 40 mg de triancinolona hexacetona (grupo Sm/TH) ou 40 mg de triancinolona hexacetona (TH) isoladamente. Quanto à dor, o grupo Y/TH apresentou melhor resultado que o Sm/TH na primeira avaliação e que o TH em um ano. Não houve diferença entre os grupos quanto às outras variáveis clínicas.

25. EARLY ARTHRITIS (EA): COHORT STUDY TO EVALUATE SEROLOGICAL MARKERS OF RA AND QOL QUESTIONNAIRES AS DETERMINANTS OF CLINICAL, RADIOGRAPHIC AND THERAPEUTIC OUTCOMES AT 3 YEARS

Mota LMHD¹, Laurindo IMM², Burlingame RW³, Seaman AP³, Ménard HA⁴, Santos-Neto LL¹. ¹Serviço de Reumatologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF; ²Universidade de São Paulo, São Paulo, SP; ³Inova Diagnostics Inc, San Diego, United States; ⁴Rheumatology, McGill University Health Center, Montreal, Canadá

Foi avaliada de forma prospectiva uma coorte de pacientes com artrite inicial com menos de 12 meses de sintomas para determinar a associação entre marcadores sorológicos e desfechos clínicos, radiográficos e terapêuticos. Quarenta pacientes foram acompanhados por três anos e tratados de forma padronizada. A positividade do fator reumatoide IgM e do anti-CCP na avaliação inicial foi um fator preditor para a ocorrência de erosões ao raio X. A média dos níveis de fator reumatoide IgA e de anti-CCP2 ao longo dos três anos foi maior entre pacientes que necessitaram de terapia biológica. Os escores do HAQ e SF-36 não foram associados a autoanticorpos ou aos desfechos avaliados.

26. DISEASE DURATION IS AN INDEPENDENT RISK FACTOR FOR OSTEOPOROSIS/FRACTURES IN MIXED CONNECTIVE TISSUE DISEASE

Moraes JCB, Neves FS, Carvalho JF, Bonfá E, Caleiro MTC, Pereira RMR. Divisão de Reumatologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

O objetivo desse estudo foi avaliar a frequência de osteoporose e fraturas por fragilidade em pacientes com doença mista do tecido conjuntivo (DMTC) e os fatores de risco relacionados. Cinquenta e três mulheres com DMTC foram incluídas, dentre as quais 12 apresentavam fratura por fragilidade ou osteoporose (grupo 1) e 41 não tinham essas complicações (grupo 2). Fraturas vertebrais foram observadas em 12 (22,6%) e não vertebrais em 6 (11,3%). O grupo 1 apresentava maior duração da doença e maior idade média em comparação ao grupo 2. Nenhuma outra variável clínica foi estatisticamente diferente entre os grupos. Esses dados sugerem que a avaliação óssea deve ser incluída no acompanhamento a longo prazo desses pacientes.

27. COMPARATIVE STUDY OF OPHTHALMOLOGICAL AND SEROLOGICAL MANIFESTATIONS, AND THE THERAPEUTIC RESPONSE OF PATIENTS WITH ISOLATED SCLERITIS AND SCLERITIS ASSOCIATED WITH SYSTEMIC DISEASES

Sousa J, Trevisani VFM, Vieira LA, Freitas D. Unifesp, São Paulo, SP

Esse estudo teve por objetivo comparar manifestações oftalmológicas, achados sorológicos e a resposta terapêutica de pacientes com esclerite isolada (EI) e esclerite associada a doença reumatológica sistêmica (DR). Trinta e dois pacientes com esclerite não infecciosa foram estudados. Catorze dos 32 pacientes tinham DR, dos quais nove apresentavam artrite reumatoide, dois lúpus, um doença de Crohn, um Behçet e um gota. Houve predominância da esclerite nodular anterior e de afilamento da esclera. O grupo DR apresentou positividade significativamente maior (64,3%) de autoanticorpos em comparação àqueles com EI (27,8%). Foi observada a prevalência de esclerite nodular unilateral em ambos os grupos, sem diferença quanto ao uso de imunossupressor e quanto à resposta terapêutica.

28. BRAZILIAN EXPERIENCE WITH ULTRASOUND TRAINING PROGRAM INVOLVING RHEUMATOID HANDS

Luz KR¹, Mendonça JA^{2,3}, Halpern ASR⁴, Guedes LKN⁴, Lomonte ABV⁵, Sampaio A⁶, Bertazzi GRL⁷, Silveira IG⁸, Rezende L⁹, Azevedo MNL¹⁰, Yazbek MA³, Furtado RNV¹, Ranza R¹¹, Mucenic T¹², Vilela VS¹³, Gutierrez M¹⁴, Laurindo IMM⁴, Grupo Brasileiro de Ultrassom em Reumatologia. ¹Unifesp, São Paulo, SP; ²Pucamp, Campinas, SP; ³Unicamp, Campinas; ⁴USP; ⁵Hospital Heliópolis, São Paulo, SP; ⁶Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE; ⁷Funfarme, São José do Rio Preto, SP; ⁸PUCRS, Porto Alegre; ⁹UFPR, Curitiba; ¹⁰UFRJ, Rio de Janeiro; ¹¹UFU, Uberlândia; ¹²UFRGS, Porto Alegre; ¹³Uerj, Rio de Janeiro, RJ; ¹⁴Università Politecnica delle Marche, Ancona, Itália

O objetivo desse estudo foi avaliar a curva de aprendizado de participantes com diferentes graus de experiência na interpretação dos principais achados do ultrassom (US) de mãos reumatoides após um curso intensivo e curto de US. Vinte e quatro reumatologistas participaram do estudo. Após o curso, foram aplicadas perguntas sobre as imagens avaliadas. Um total de 58,7% das questões foram respondidas corretamente, 80% das quais relacionadas

à detecção de proliferação sinovial, 70% ao sinal Power Doppler e 47% à tenossinovite. Já os resultados da avaliação semiquantitativa de sinovite revelou um acerto de apenas 30%. Dessa forma, há necessidade de continuar com o programa de avaliação de imagens pelo US.

29. BIOLOGIC REGISTER: EXPERIENCE WITH IMPLEMENTATION AND FIRST PRACTICAL OUTCOMES

Titton D¹, Hayata A², Carvalho H³, Silveira I⁴, Miranda J⁵, Rezende L¹, Ranza R⁶, Bertolo M⁷, Scheinberg M⁸, Louzada Jr P⁹, Skare T¹⁰, Fernandes V¹¹, Bianchi W¹², Laurindo IMM¹³, BiobadaBrasil – Registro Brasileiro de Terapias Biológicas. ¹Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR; ²Centro de Reumatologia, São Paulo, SP; ³Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF; ⁴PUCRS, Porto Alegre, RS; ⁵Artrocenter Clínica Médica, Taubaté, SP; ⁶Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG; ⁷Unicamp, Campinas, SP; ⁸AACD, São Paulo, SP; ⁹Universidade de São Paulo-RP, Ribeirão Preto, SP; ¹⁰Hospital Universitário Evangélico, Curitiba, PR; ¹¹Hospital Geral Universitário HGU, Cuiabá, MT; ¹²Santa Casa de Misericórdia, Rio de Janeiro, RJ; ¹³Sociedade Brasileira de Reumatologia, São Paulo, SP

O registro brasileiro de biológicos tem como objetivos incluir uma coorte controle de pacientes em uso de Dmards, englobar clínicas privadas e centros públicos/universitários e motivar a participação contínua de centros e médicos. Cinco centros iniciaram o BiobadaBrasil. No momento, 18 centros participam do projeto, 850 pacientes estão registrados, 603 com artrite reumatoide e 188 com espondiloartrite. Foi observado que muitos pacientes em uso de metotrexato não recebem suplementação de ácido fólico e, da mesma forma, apesar do uso de corticoide, muitos pacientes não recebem cálcio, vitamina D ou bisfosfonato. Nenhum paciente recebeu quimioprofilaxia para tuberculose com base em história de contato prévio, contrariando as recomendações vigentes.

30. BIOLOGIC REGISTER IN A DEVELOPING COUNTRY: SAFETY IS DIFFERENT FROM EUROPEAN REGISTRIES? THE BIOBADABRASIL FIRST RESULTS

Titton D¹, Hayata A², Carvalho H³, Silveira I⁴, Miranda J⁵, Rezende L¹, Bertolo M⁶, Scheinberg M⁷, Louzada Jr P⁸, Ranza R⁹, Skare T¹⁰, Fernandes V¹¹, Bianchi W¹², Laurindo IMM¹³. ¹Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR; ²Centro de Reumatologia de Osasco, Osasco, SP; ³Hospital de Base do Distrito

Federal, Brasília, DF; ⁴PUCRS, Porto Alegre, RS; ⁵Artrocenter Clínica Médica, Taubaté, SP; ⁶Unicamp, Campinas, SP; ⁷AACD, São Paulo, SP; ⁸Universidade de São Paulo-RP, Ribeirão Preto, SP; ⁹Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG; ¹⁰Hospital Universitário Evangélico, Curitiba, PR; ¹¹Hospital Geral Universitário HGU, Cuiabá, MT; ¹²Santa Casa de Misericórdia, Rio de Janeiro, RJ; ¹³Sociedade Brasileira de Reumatologia, São Paulo, SP

Os objetivos desse estudo foram avaliar a segurança e a tolerabilidade do tratamento biológico através dos dados coletados pelo registro brasileiro de terapias biológicas. Foram analisados 850 pacientes, sendo reportados 232 eventos adversos em 189 pacientes (27%). O número total de eventos adversos por 100 pacientes-ano foi 11. O evento mais frequente foi infecção (48%), sendo as mais comuns do trato urinário, vias aéreas superiores e pele/partes moles. Quinze por cento dos eventos foram classificados como sérios, com incidência de 1,2 casos por 100 pacientes-ano de acompanhamento, com risco relativo de 1,5. Três casos de tuberculose foram descritos. De um total de 649 tratamentos anti-TNF, o PPD não foi realizado em 6,8%.

31. ASSESSMENT OF SEXUAL LIFE IN WOMEN WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Pereira KD¹, Lapa AT¹, Smaniotto MA¹, Sinicato NA¹, Costallat LT¹, Sarian LO², Appenzeller S¹. ¹Reumatologia; ²Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP

Esse estudo avaliou a vida sexual de mulheres com lúpus eritematoso sistêmico (LES). Cento e vinte cinco mulheres com LES preencheram o Questionário de Experiências Pessoais Curto, e o grupo controle foi formado por 40 mulheres saudáveis. Resultados: 66 pacientes com LES (52,8%) e 11 controles (27,5%) eram casadas. Foram reportadas ausência de atividade sexual no último mês em 39 pacientes (31,2%) e 5 controles (12,5%), ausência de pensamentos sexuais em 42 (33,6%) pacientes *versus* 5 (12,5%) controles, e ausência de orgasmo em 84 (67,2%) pacientes e 9 (22,5%) controles. As pacientes com LES tiveram pior vida sexual do que os controles, sendo dor durante a relação sexual um dos problemas mais relatados.

32. VASCULAR SURGERY: THE MAIN RISK FACTOR FOR MORTALITY IN 146 TAKAYASU ARTERITIS PATIENTS FROM A SINGLE CENTER – APRESENTAÇÃO ORAL

Rosa Neto NS, Shinjo SK, Bonfá E, Levy-Neto M, Pereira RMR. Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP

Esse estudo analisou as características de uma coorte de pacientes com arterite de Takayasu (AT) acompanhados no HC-Fmusp. Os dados foram coletados por revisão de prontuário. Foram estudados 146 pacientes, 84,9% mulheres, idade média no início da doença de 21,1 anos em homens e 26,1 anos em mulheres. A média da duração da doença foi 13,3 anos. Remissão foi observada em 38,4%. Quanto ao tratamento prévio, 73,3% usaram GC (71,1% em associação a IS) e 2,1% somente IS. Metotrexato foi usado por 55,7%, azatioprina por 27,8% e micofenolato mofetil por 24,1% dos pacientes. Sessenta e um (41,8%) pacientes foram submetidos a pelo menos uma intervenção vascular, sendo que a necessidade de cirurgia foi associada ao início da doença em idade menor que 20 anos ou acima de 30 anos. Cerca de um terço de todos os procedimentos foi a angioplastia percutânea transluminal das artérias renais. Foi observada maior mortalidade nos pacientes submetidos a intervenções vasculares, com óbito em seis pacientes (4,1%) por complicações pós-operatórias.

33. TUBERCULIN SKIN TEST RESPONSE IN INFLAMMATORY ARTHRITIS: DISEASE AND TREATMENT FACTORS

Ribeiro ACM¹, Schain Saad CG¹, Moraes JCB¹, França IA², Bonfá EDO¹, Laurindo IMM¹. ¹Divisão de Reumatologia; ²Divisão de Infectologia, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP

Foram avaliados a frequência e os fatores relacionados à positividade do PPD em pacientes com indicação para terapia anti-TNF. Duzentos e doze pacientes foram estudados: 113 com artrite reumatoide (AR), 67 com espondilite anquilosante (EA) e 32 com artrite psoriásica (PsA), comparados a 111 indivíduos saudáveis. PPD \geq 5mm foi observado em 65 (58,55%) controles e em 59 (27,83%) pacientes ($p=0,0001$), sendo 24 AR (21,23%, $p=0,0001$), 6 PsA (18,75%, $p=0,0001$) e 29 EA (52,21%, $p=0,063$). Dois fatores foram negativamente associados a PPD positivo: duração da doença na AR e presença de artrite periférica na PsA. Uso de DMARDs, glicocorticóides, comorbidades e marcadores de atividade das doenças não influenciaram a positividade do PPD.

34. SURVEY REPORTS MAY NOT REFLECT ACTUAL CLINICAL PRACTICE: THE CASE OF METHOTREXATE AND FOLIC ACID

Pereira I¹, Tilton D², Hayata A³, Cruz B⁴, Xavier C⁵, Rocha F⁶, Pinheiro G⁷, Carvalho H⁸, Miranda J⁹, Rezende L², Bertolo M¹⁰, Scheinberg M¹¹, Louzada Jr P¹², Xavier R¹³, Ranza R¹⁴, Skare T¹⁵, Fernandes V¹⁶, Bianchi W¹⁷, Laurindo IMM¹⁸, Iniciativa 3E em Reumatologia e BiobadaBrasil – Registro Brasileiro de Terapias Biológicas. ¹Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC; ²Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR; ³Centro de Reumatologia, Osasco, SP; ⁴Instituto Biocor, Belo Horizonte, MG; ⁵PUCRS, Porto Alegre, RS; ⁶Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE; ⁷UERJ, Rio de Janeiro, RJ; ⁸Hospital de Base do DF, Brasília, DF; ⁹Artrocenter C.M., Taubaté, SP; ¹⁰Unicamp, Campinas, SP; ¹¹AACD, São Paulo, SP; ¹²USP-RP, Ribeirão Preto, SP; ¹³Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS; ¹⁴Universidade Federal de Uberlândia, MG; ¹⁵Hospital Universitário Evangélico, Curitiba, PR; ¹⁶Universidade Federal de Cuiabá, MT; ¹⁷Santa Casa de Misericórdia, Rio de Janeiro, RJ; ¹⁸USP-SP, São Paulo, SP

Foi feita uma comparação dos resultados de uma pesquisa quanto ao uso de metotrexato (MTX) e suplementação de ácido fólico em relação ao cuidado de rotina na artrite reumatoide. Foram utilizados os dados do questionário respondido por reumatologistas brasileiros como parte da iniciativa 3e, além dos dados do BiobadaBrasil. Dos 1.491 reumatologistas que receberam o questionário, 33% retornaram a pesquisa. A concordância com o conceito da recomendação da suplementação de ácido fólico foi alta, de 94%. Já os dados do BiobadaBrasil mostraram que 66,46% dos pacientes estavam recebendo MTX, mas apenas 32,3% recebiam ácido fólico, menos que o reportado na pesquisa.

35. A LOW-MOLECULARWEIGHT (LMW) PROTEIN COMPONENT IS RESPONSIBLE FOR THE ORALLY PROTECTIVE EFFECT OF AN ASCARIS EXTRACT IN ARTHRITIS

Rocha F¹, Leite ACRM², Dantas TM¹, Girão VC¹, Leite AKRM¹, Melo LDP¹, Cunha FQ³. ¹Medicina Interna, Universidade Federal do Ceará, CE; ²Medicina Interna, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE; ³Farmacologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP

Dados epidemiológicos sugerem a ligação de infecções por helmintos com menor frequência de doenças autoimunes. Foi previamente demonstrado que um extrato de *Ascaris suum* (AS) promove melhora na artrite experimental. O objetivo desse estudo foi caracterizar os componentes ativos do extrato de AS. Métodos: o extrato AS foi submetido a proteólise enzimática e administrado oralmente a camundongos 30 minutos antes da injeção intra-articular de zymosan. Os controles receberam solução salina ou BSA. Resultados: o extrato AS inibiu o influxo de neutrófilos e células mononucleares nas articulações e reduziu a perda de glicosaminoglicanos da cartilagem. A análise desse extrato indicou um componente proteico de baixo peso molecular como responsável por esse efeito protetor, o qual pode ter valor para o tratamento das artrites autoimunes.

36. PRESENCE OF *CANDIDA SPP.*, *STAPHYLOCOCCUS SPP.*, *PSEUDOMONAS SPP.* AND *ENTEROBACTERIACEAE* IN THE ORAL CAVITY OF PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS UNDER CONVENTIONAL AND ANTI-TNF THERAPY

Pereira DFA¹, Pinheiro MDM², Sato EI², Teodoro GR¹, Jorge AOC¹, Balducci I³, Brighenti FL⁴, Koga-Ito CY¹. ¹Biociências e Diagnóstico Bucal, Universidade Estadual Paulista, Unesp, São José dos Campos, SP; ²Reumatologia, Unifesp-Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP; ³Bioestatística; ⁴Bioestatística, Universidade Estadual Paulista, Unesp, São José dos Campos, SP

O objetivo desse estudo foi avaliar a presença de *Candida spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Pseudomonas spp.* e *Enterobacteriaceae* na cavidade oral de pacientes com espondilite anquilosante em tratamento com anti-TNF *versus* Dmards e/ ou Aines em comparação a controles saudáveis. Foram incluídos 30 pacientes em uso de anti-TNF, 30 no grupo Dmards/Aines e 30 controles saudáveis pareados para cada grupo de tratamento. A presença de *Staphylococcus spp.* foi significativamente maior para os grupos anti-TNF e Dmards/Aines que nos controles, o mesmo não observado para os outros patógenos. *Serratia marcescens* foi o patógeno mais prevalente no grupo anti-TNF, enquanto no grupo Dmards/Aines foi a *Klebsiella oxytoca*, o que pode sugerir aumento no risco de infecções oportunistas nesses grupos.

ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA

As histórias sobre investigações médicas com seres humanos estão repletas de acidentes e tragédias ocorridas com seus participantes. Até o início do século XX, não existiam regulamentações para a pesquisa clínica. A maioria delas só surgiu como consequência dos escândalos e abusos cometidos contra os sujeitos dessas investigações. O primeiro documento de caráter internacional, com normas para pesquisa em seres humanos, foi o Código de Nuremberg, de 1947, que se mantém vigente até nossos dias. Esse código foi um legado do Julgamento de Nuremberg para os chamados *crimes contra a humanidade*, cometidos por médicos nazistas que realizaram pesquisas médicas em prisioneiros dos campos de concentração durante a Segunda Guerra Mundial. Em nome da “ciência”, seres humanos foram submetidos a vários tipos de experimentos cruéis. O Código de Nuremberg está embasado em dez princípios, sendo o mais importante o conceito de “consentimento voluntário” do sujeito de pesquisa.

No final dos anos 1950, milhares de crianças na Europa, Canadá e América Latina nasceram com malformações sérias (ausência de braços e pernas), “síndrome de dismelia”, e, após investigações, foram relacionadas ao uso da talidomida que mulheres grávidas tomaram para tratamento de hiperemese gravídica. A talidomida não havia sido submetida a testes para descartar a teratogenicidade. Após essa tragédia, a Associação Médica Mundial aprovou, na assembleia realizada em Helsinki, em 1964, um conjunto de princípios éticos conhecido como “A Declaração de Helsinki”, que estabeleceu padrões de proteção para os participantes de pesquisa e introduziu o conceito de Comitê Ético Científico, o qual seria um avaliador independente para velar pela segurança do participante da pesquisa e pelos princípios éticos da investigação clínica.

Em 1977, o FDA publicou o Código de Regulações Federais. Esse código estabelece normas de cumprimento obrigatório em todas as investigações com drogas, produtos biológicos ou dispositivos médicos. Essa legislação veio incorporar o conceito de “Boas Práticas Clínicas”, dando ênfase à qualidade dos dados obtidos nas investigações como um requisito adicional aos princípios éticos.

Em 1978 foram publicados os “Princípios Éticos e Guias para Proteção de Sujeitos Humanos em Investigação”, conhecidos como “O Informe Belmont”, um dos mais importantes documentos sobre ética em investigação humana.

Esse instrumento estabelece os três princípios fundamentais na execução de ensaios clínicos: autonomia, justiça e beneficência.

Durante a década de 1980, realizou-se a “Conferência Internacional de Harmonização” dos requerimentos técnicos para o registro de produtos farmacêuticos em seres humanos, pois os dos EUA, União Europeia e Japão, apesar de terem vários elementos em comum para a condução de uma investigação clínica, não eram de aplicação internacional. Em 1996 foi então criado um documento denominado “Guia para Boas Práticas Clínicas” (GCP), o qual estabeleceu normas de qualidade ética e científica, sendo o ponto de referência que deve ser aplicado em todas as investigações clínicas. Em 1992, um comitê nomeado pelo Conselho para Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS) divulgou um documento que foi aprovado por mais de 150 participantes de diferentes partes do mundo, conhecido como “Guias Éticas Internacionais para Investigação Biomédica”, em que participam sujeitos humanos ou documentos de Cioms, as quais foram atualizadas em 2002 e são especialmente desenhadas para países em desenvolvimento.

No Brasil, em 1988, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) elaborou normas de pesquisa em saúde – a Resolução nº 01/88, do CNS. Esse documento cita aspectos éticos das pesquisas em seres humanos, pesquisas de novos recursos profiláticos, diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação, em menores de idade, bem como pesquisas com questões e aspectos de biossegurança e de vigilância sanitária. Em 1996 foi criada, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Resolução nº 196/96 e, posteriormente, suas resoluções complementares:

- Resolução nº 251/97, que normatiza as pesquisas com novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos;
- Resolução nº 292/99, referente à pesquisa com cooperação estrangeira;
- Resolução nº 303/00, relativa às pesquisas conduzidas na área de reprodução humana;
- Resolução nº 304/00, referente às pesquisas com povos indígenas;
- Resolução nº 340/04, que diz respeito à área de genética humana.

Com a Resolução nº 196/96, foi criada a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa, independente e vinculada ao Conselho Nacional de Saúde. Foram criados, também, Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) em todo o País com o objetivo de examinar as questões éticas em pesquisas com seres humanos. Por meio dessa resolução, a pesquisa no Brasil tomou novos rumos, pois estabeleceu exigências que visam a proteger cada vez mais e efetivamente os voluntários da pesquisa, chamados atualmente de "sujeitos da pesquisa".

O profissional médico interessado em pesquisas em seres humanos deve estar familiarizado com os já citados documentos nacionais e internacionais, bem como com as referidas resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Para a área de pesquisa, vale destacar alguns artigos do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/2009):

É vedado ao médico:

Art. 100 – Deixar de obter aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente.

Art. 101 – Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

(...)

Art. 103 – Realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente.

Art. 104 – Deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa médica, satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais.

Art. 105 – Realizar pesquisa médica em sujeitos que sejam direta ou indiretamente dependentes ou subordinados ao pesquisador.

Art. 106 – Manter vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas, envolvendo seres humanos, que usem placebo em seus experimentos, quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença pesquisada.

(...)

Art. 109 – Deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas, bem como deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial.

Finalmente, se o médico opta por fazer pesquisa, além de cumprir seu papel tradicional de exercer a arte de curar, deve estar ciente que essa opção só aumenta sua responsabilidade. O risco é inerente à experimentação. Então a questão ética é determinar quando o médico tem o direito de propor ao paciente abdicar de um tratamento ortodoxo e se expor em um ensaio clínico. Parece claro que essa atitude só é defensável se o tratamento em teste for promissor, a equipe tiver competência técnica e o paciente verdadeiramente concordar. A pesquisa médica é absolutamente necessária e a ciência médica evoluiu muito nos últimos cem anos, graças ao entendimento de que ela é fundamental.

WAGNER IKEHARA

*Médico assistente do Serviço de Reumatologia
do Hospital Heliópolis, SP
Pesquisador do Cepic
(Centro Paulista de Investigação Clínica, SP)*

SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (FAMERP)



Vista aérea do *campus* da Famerp e do Hospital de Base.

A Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto foi fundada em 1968 e estadualizada em 1994 pela Lei estadual nº 8.899/94, que a transformou em uma Autarquia de Regime Especial vinculada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Econômico do Estado de São Paulo.

O Hospital de Ensino é o Hospital de Base da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, e conta com aproximadamente 900 leitos e toda a estrutura ambulatorial para atender a uma cidade de 450 mil habitantes e a uma região de aproximadamente 2 milhões de pessoas. Em breve deverá ser inaugurado o Hospital da Criança em funcionamento conjunto com a AACD. Temos um programa de pós-graduação em Ciências da Saúde voltado para a área médica e correlatas.

O Serviço de Reumatologia teve início no final dos anos 1980 com um único integrante, o Dr. Roberto Acayaba de Toledo, com residentes de clínica médica. Em 1992 teve início o primeiro estágio em reumatologia, com a Dra. Glaucete Rejane L. Bertazzi, que, em abril de 1993, juntamente com a Dra. Rita de Cássia Menin, recém-chegada da residência médica em reumatolo-

gia da Unifesp-EPM, foi contratada para compor o Serviço de Reumatologia. Posteriormente, foram contratados a Dra. Elisete Funes e o Dr. Ricardo Acayaba de Toledo, ambos ex-residentes do serviço.

Oficialmente, a residência médica iniciou-se em 1994 com a primeira residente, Dra. Gláucia Targas, e hoje já formamos 23 residentes e especializandos. No momento, contamos com duas vagas de residência para o primeiro ano, duas vagas para o segundo ano e duas vagas para especializandos. Durante o segundo ano da residência, todos fazem estágio durante um mês na disciplina de Reumatologia da Unifesp, no setor de Reabilitação do Prof. Dr. Jamil Natour.

Contamos com seis a dez leitos de enfermaria, serviço de emergência e ambulatorios diários em dois períodos, com média de 25 pacientes por período, distribuídos por grupos de patologias. Temos uma fisioterapeuta e uma terapeuta ocupacional. Fazemos reunião geral do serviço todas as quartas-feiras no período da manhã, das 8 às 12h, onde são dados os cursos teóricos baseados nos temas para obtenção do título de especialista, além de discussão dos casos clínicos da enfermaria e ambulatório e aulas de atualização.

Todos os residentes têm de participar de trabalhos científicos orientados pelos docentes. Recentemente, conseguimos um aparelho de ultrassom exclusivo da reumatologia, localizado numa sala do ambulatório em pleno funcionamento, sob a responsabilidade da Dra. Glauce. Os residentes realizam cursos teóricos e práticos com os pacientes do ambulatório, sob a supervisão da Dra. Glauce e da Dra. Maria Fernanda (ultrassonografista exclusiva da reumatologia).

Estamos em vias de inaugurar o CDMAC (Centro de Dispensação de Medicamentos de Alto Custo), para o qual estão sendo contratados sete profissionais, dois deles reumatologistas. Participamos do projeto da Sociedade Brasileira de Reumatologia – BiobadaBrasil.

O serviço vem crescendo progressivamente e nos colocamos à disposição dos interessados em reumatologia para incrementar nosso desafio de fazer uma reumatologia de excelência.



Membros participantes do Serviço de Reumatologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

PÓS-DOCTORADO NO EXTERIOR



Dra. Danieli Castro Oliveira de Andrade

Capixaba, formada pela Universidade Federal do Espírito Santo, tenho a satisfação de contar um pouco da minha história acadêmica, que culminou com a oportunidade de fazer um pós-doutorado na Universidade de Cornell, Hospital for Special Surgery, em Nova Iorque.

Acredito que a dedicação em cada passo da minha formação foi o grande diferencial para vencer as etapas necessárias para estar aqui. Desde minha estada na Universidade de São Paulo, por seis anos, onde completei a residência em Reumatologia e posteriormente o doutorado, tive uma grande vontade de me dedicar à pesquisa sobre doenças reumáticas a fim de melhor entender e estreitar a grande distância que existe entre a ciência básica e a clínica.

Com os atuais avanços no campo da medicina, o melhor entendimento de imunologia, genética e biologia molecular permite ao médico clínico uma abordagem terapêutica mais consciente e abrangente. A decisão do centro partiu de uma oportunidade e uma conversa com a mentora, Dra. Eloisa Bonfá, que sugeriu o Hospital for Special Surgery como um centro de excelência em pesquisa em reumatologia. Um dos principais focos do hos-

pital consiste em pesquisa translacional e clínica. O Mary Kirkland Center for Lupus Care tem a doença lúpus eritematoso sistêmico como foco principal de pesquisa, sendo os projetos direcionados para o melhor entendimento da susceptibilidade à doença, alterações na função imune, mecanismos efetores de doença, epidemiologia, fatores clínicos e tratamento.

Dentre alguns renomados reumatologistas com importante atuação internacional, encontram-se: Dr. Michael Lockshin, Dra. Mary K. Crow, atual responsável pela divisão de Reumatologia, Dra. Jane Salmon e Dr. Steven Paget.

Dado o meu interesse por lúpus e síndrome antifosfolípide, resolvi me candidatar a uma vaga como *pos-doc* no laboratório da Dra. Jane Salmon.

Os principais interesses do seu laboratório estão relacionados a identificar determinantes fenotípicos do LES, e, por conseguinte, alvos para a terapêutica, mecanismos efetores de resposta imune e de injúria ao tecido por autoanticorpos e imunocomplexos, através de receptores para IgG (FCgR) e ativação de produtos de complemento. Esses mecanismos estão sendo atualmente estudados em três projetos temáticos:

- O Papel da Ativação do Complemento em Trombose e Perda Gestacional Induzida por Complemento.
- Doença Cardiovascular Acelerada no Lúpus e Artrite Reumatoide: Prevalência e Mecanismos Responsáveis.
- O Papel dos Receptores de Imunoglobulina G em Doenças Auto-Imunes.

Boa parte dos estudos em andamento no laboratório focam no melhor entendimento das perdas gestacionais imunomediadas em lúpus e síndrome antifosfolípide; esse é o motivo pelo qual o meu principal projeto está relacionado ao estudo da citocina interferon alfa como potencial biomarcador na evolução gestacional em pacientes com lúpus e síndrome antifosfolípide. A Dra. Jane Salmon é a investigadora principal de um estudo prospectivo custeado pelo National Institutes of Health (NIH), intitulado "Promisse", que reúne amostras de pacientes grávidas com lúpus e síndrome antifosfolípide de 11 renomados centros americanos, como HSS, Johns Hopkins, New York University Hospital, dentre outros, totalizando mais de 500 pacientes em estudo até então. O principal objetivo dessa coorte é definir possíveis biomarcadores que sejam capazes de diferenciar lúpus em atividade de doenças específicas da gravidez, como pré-eclâmpsia. Para isso, ela conta com uma equipe multidisciplinar que envolve imunologistas, obstetras, reumatologistas e nefrologistas.

Além disso, tenho trabalhado em conjunto com a cientista senior imunologista do Memorial Sloan Kettering e colaboradora no laboratório da Dra. Salmon em outro projeto que busca melhor entender a patogenia do lúpus em um modelo de camundongos geneticamente modificados, conhecidos como humanizados, que busca retratar com maior proximidade a resposta imune do humano no modelo animal.

No meio de tanto trabalho, com visitas frequentes ao laboratório nos fins de semanas e feriados, aproveito para fazer um pouco amigos nessa cidade multiétnica, com tantas culturas dividindo o mesmo ambiente.

A experiência de se fazer um pós-doutorado no exterior é muito engrandecedora, não só pelos ganhos profissionais, mas pelo ganho pessoal. O desafio de saber se estabelecer em um ambiente totalmente novo e heterogêneo traz um importante aprendizado para nossas vidas.

Desde o início da minha atuação como reumatologista em São Paulo, tive a oportunidade de conviver com diferentes grupos, quando trabalhei durante três anos e meio com o grupo do Heliópolis, sob a coordenação do Dr. Cristiano Zerbini, no Centro Paulista de Investigação Clínica, e no Instituto de Assistência ao Servidor Público Estadual de São Paulo, sob a coordenação do Dr. William Chahade. A oportunidade de enxergar a ótica dos reumatologistas em cada uma dessas diferentes realidades melhorou muito a minha compreensão da especialidade como um todo. Há diversas maneiras de se construir a nossa carreira médica, o mais importante é não perdermos o foco e sermos o melhor médico dependendo da realidade em que estamos inseridos. Compartilho minha experiência com a esperança de que juntos possamos aproximar a reumatologia clínica da ciência básica, melhorando dessa forma o tratamento dos nossos pacientes.

Reservo agradecimentos a todos que colaboraram com a minha formação até essa etapa e, em especial, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por apoiar os meus interesses pela pesquisa.

DRA. DANIELI CASTRO OLIVEIRA DE ANDRADE

A *Revista Paulista de Reumatologia* inaugura neste número uma nova seção, denominada "Imagem em Reumatologia". O objetivo é mostrar imagens interessantes do dia a dia de nossa especialidade, acompanhadas de uma breve descrição do caso clínico e da condição que está sendo apresentada. Colabore! Envie sua imagem!

HERPES ZOSTER NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Bárbara N. de Carvalho⁽¹⁾, Hérica Cristiani B. Souza⁽¹⁾, Andrea B. V. Lomonte⁽²⁾

1. Residente do Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis, SP
2. Assistente do Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis, SP

Paciente do sexo feminino, 37 anos de idade, portadora de lúpus eritematoso sistêmico desde 2006, com FAN 1/1.280 pontilhado homogêneo, anti-DNA 1/80, nefrite, fotosensibilidade e eritema malar. Realizou pulsoterapia com ciclofosfamida 1 g/mês por sete meses devido à nefrite, e atualmente está em tratamento de manutenção com azatioprina 100 mg/dia. Também está em uso de prednisona 40 mg/dia, difosfato de cloroquina 250 mg/dia, fenobarbital, nifedipina e captopril. Evoluiu há uma semana com lesões eritematosas e vesículas em dorso e abdome, com dor local, sendo diagnosticado herpes zoster. Foi internada na enfermaria de reumatologia do Hospital Heliópolis para

melhor controle do quadro clínico devido à grande extensão das lesões, sendo prescrito aciclovir 10 mg/kg (660 mg) 8/8 h, amitriptilina 25 mg 12/12 h e tramal 100 mg 8/8 h. Recebeu alta hospitalar após cinco dias de tratamento endovenoso, com melhora do quadro clínico e orientação para continuar o uso oral do aciclovir por mais cinco dias.

Herpes zoster é uma infecção viral que pode ocorrer no LES como complicação da terapia com corticoide e imunossupressores. Apresenta geralmente distribuição típica nos dermatômos e bom prognóstico. A incidência anual descrita é de 6,4 pacientes-ano. A descontinuação da terapia imunossupressora, em geral, é desnecessária^(1,2).



REFERÊNCIAS

1. Borba EF, Ribeiro AC, Martin P, Costa LP, Guedes LK, Bonfá E. Incidence, risk factors, and outcome of herpes zoster in systemic lupus erythematosus. *J Clin Rheumatol*. 2010 Apr. 1; 16(3):119-22.
2. Manzi S, Kuller LH, Kutzer J, Pazin GJ, Sinacore J, Medsger TA Jr, et al. Herpes zoster in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 1995 Jul. 1; 22(7):1254-8.

O único receptor solúvel do TNF totalmente humano.¹⁻³

Perfil de segurança estabelecido ao longo de 17 anos de experiência clínica acumulada.⁴

Menores taxas de infecções sérias e tuberculose, comparadas aos anticorpos monoclonais.^{5,8}

Menos imunogênico que os anticorpos monoclonais.⁶

Mecanismo de ação diferenciado.¹



Enbrel® Etanercepte - APRESENTAÇÃO COMERCIAL: Cartucho com 4 estojos, cada um com 1 frasco-ampola com 25 mg ou 50 mg de pó lífilo injetável, 1 seringa com 1 mL de água, 1 agulha, 1 adaptador e 2 lenços umedecidos com álcool. **INDICAÇÕES:** Adultos: artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriásica e psoríase crônica em placas. Pediátrico: artrite reumatoide juvenil (ARJ) poliarticular (4-17 anos). **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade ao etanercepte ou a qualquer componente da fórmula do produto. Pacientes com infecção localizada ou generalizada, crônica ou ativa, ou em risco de desenvolvê-la. **PRECAUÇÕES:** Foram relatadas reações alérgicas associadas ao Enbrel® (etanercepte). Caso ocorra, descontinuar imediatamente a medicação. **ADVERTÊNCIAS:** Imunossupressão: as terapias anti-TNF podem comprometer a defesa do hospedeiro contra infecções e doenças malignas. No período pós-comercialização, há relatos de doenças malignas em diversos órgãos, mas ainda não se sabe ao certo qual o impacto do tratamento com etanercepte sobre o desenvolvimento e a progressão das malignidades e infecções ativas e/ou crônicas. Reações hematológicas: casos incomuns de trombocitopenia, raros de pancitopenia e muito raros de anemia aplásica, alguns evoluindo para óbito. Cautela em pacientes com história pregressa de discrasia sanguínea. Procurar aconselhamento médico imediato caso desenvolva sinais e sintomas sugestivos de discrasias sanguíneas ou infecções durante o tratamento. Se as discrasias forem confirmadas, etanercepte deve ser descontinuado. Enbrel® (etanercepte) pode estar associado à formação de anticorpos auto-ímunes. Não administrar concomitantemente vacinas com microrganismos vivos. Atualizar cartão vacinal de acordo com normas locais antes do início da terapia. Eventos neurológicos: ocorreram relatos raros de distúrbios desmielinizantes, porém não se sabe ao certo qual a relação causal com etanercepte. Recomenda-se avaliação da relação risco/benefício ao prescrever este medicamento a pacientes com doença desmielinizante ou com risco aumentado de desenvolvê-la. Distúrbios cardíacos: há relatos pós-comercialização de piora da insuficiência cardíaca congestiva (ICC), com e sem a identificação dos fatores precipitantes. Embora não conclusivos, dados de um estudo clínico sugerem possível tendência à piora da ICC com etanercepte. Cautela no uso em pacientes que sofrem de ICC. Infecções: pacientes devem ser avaliados para infecções antes, durante e depois do tratamento com Enbrel® (etanercepte). Tuberculose (TB): antes do início da terapia com Enbrel® (etanercepte), o paciente deve ser avaliado para infecção ativa ou latente. A profilaxia de TB infecção latente deve ser iniciada antes da terapia com Enbrel® (etanercepte) seguindo as diretrizes locais. Havendo TB ativa, o Enbrel® (etanercepte) não deve ser iniciado. Não se sabe se a terapia com Enbrel® (etanercepte) aumenta esse risco. Reativação da Hepatite B: relatada reativação do vírus da hepatite B (HBV) em portadores crônicos usando terapia anti-TNF. Cautela no uso do etanercepte em portadores do HBV. Monitorar sinais e sintomas de infecção ativa pelo HBV. Hepatite C: relatos de piora embora sem estabelecer relação causal com o etanercepte. Gravidez: não usar durante a gravidez ou em risco de engravidar. Lactação: o médico deve optar entre descontinuar a amamentação ou descontinuar Enbrel® (etanercepte) durante o período de amamentação. Pediátrico: não usar em menores de 4 anos. Idosos: não se recomenda ajuste posológico específico. Dirigir veículos e operar máquinas: não há estudos sobre este tipo de efeito. **REAÇÕES ADVERSAS:** Adultos: Reação no local da injeção com eritema, prurido, dor ou inchaço. Infecção do trato respiratório superior, infecções por bactérias, micobactérias, vírus e fungos. Doenças malignas. Eventos comuns: reações alérgicas, autoanticorpos, febre, prurido. Incomuns: urticária, trombocitopenia. Raros: reação anafilática, convulsões, evento desmielinizante, neurite óptica, mielite transversa, vasculite cutânea, lúpus cutâneo, lúpus discoide, síndrome do tipo lúpus, anemia, leucopenia, neutropenia, pancitopenia, elevação enzimas hepáticas, hepatite autoimune. Muito raros: anemia aplásica. Presença de anticorpo antinuclear, anti-DNA e anticardiolipina. Pediatria: eventos semelhantes aos observados em adultos. Reações no local da injeção (eritema e/ou prurido, dor ou inchaço) e infecções. Não há interações de Enbrel® (etanercepte) com glicocorticóides, salicilatos, antiinflamatórios não-esteróides (AINEs), analgésicos ou metotrexato. Evitar o uso associado de Enbrel® (etanercepte) com anakinra e sulfassalazina. Não há interações farmacocinéticas com digoxina e varfarina. **POSOLOGIA** Uso em adultos (com 18 anos ou mais): Artrite Reumatoide, Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica: 50 mg por semana (uma injeção subcutânea de 50 mg ou duas de 25 mg no mesmo dia, em locais separados ou com 3 ou 4 dias de intervalo). Psoríase em Placas: 50 mg por semana (duas injeções únicas de 25 mg no mesmo dia ou com 3 a 4 dias de intervalo). Respostas maiores podem ser obtidas com tratamento inicial por até 12 semanas com 50 mg duas vezes por semana. Uso em menores com ARJ poliarticular (> 4 e < 18 anos): 0,8 mg/kg por semana (máximo 50 mg por semana). A dose permitida em um único local de aplicação é de 25 mg. Para pacientes com mais de 31 kg, usar uma injeção subcutânea de 50 mg ou duas de 25 mg no mesmo dia, em locais separados ou com 3 a 4 dias de intervalo. A cada nova aplicação, usar local diferente a, pelo menos, 3 cm do local anterior. NÃO aplicar a injeção em áreas com pele sensível, hematoma, avermelhada ou endurecida. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Registro MS - 1.2110.0206 - Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação: Wyeth Indústria Farmacêutica Ltda. - Rua Dr. Renato Paes de Barros, 1017 - 10º andar - Itaim Bibi, São Paulo - CEP 04530-001. Para informações completas, consultar a bula do produto. ENB0309CDS14SUM. **A persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado.**

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: não utilizar o produto em associação ao anakinra.¹

CONTRAINDICAÇÃO: Enbrel® é contraindicado em pacientes com septicemia ou em risco de desenvolver uma septicemia.¹

Referências Bibliográficas: 1. Bula do produto Enbrel 2. Bula do produto adalimumab 3. Bula do produto infliximab 4. Yamauchi P. et al. The treatment of psoriasis and psoriatic arthritis with etanercept: practical considerations on monotherapy, combination therapy, and safety. *Dermatol Clin* 22 (2004) 449-459. 5. Carmona L, et al. Survival of TNF antagonist in spondyloarthritis is better than in rheumatoid arthritis. Data from the Spanish registry BIOBADASER. *Arthritis Res Ther* 2006;8:R72. 6. De Vries MK, et al. Immunogenicity does not influence treatment with etanercept in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2009 Apr;68(4):531-5. 7. Kekow J, Moots RJ, Emery P, et al. Patient-reported outcomes improve with etanercept plus methotrexate in active early rheumatoid arthritis and the improvement is strongly associated with remission: the COMET trial. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 222-225. 8. Dixon WG, Hyrich KL, Watson KD, Lunt M, Galloway J et al. Drug-specific risk of tuberculosis in patients with rheumatoid arthritis treated with anti-TNF therapy: Results from the British Society for Rheumatology Biologics Register (BSRBR). *Ann Rheum Dis*. 2010 69(3):522-8

Material destinado à Classe Médica

3203.ENB.FP.10 Julho/2010



S@C
08000-160625
sacwy@wyeth.com

Wyeth Indústria Farmacêutica Ltda.
Rua Dr. Renato Paes de Barros, 1017 - 10º andar
Itaim Bibi - CEP 04530-001 - São Paulo - SP
www.wyeth.com.br

Wyeth
Wyeth uma empresa do grupo Pfizer.

XVI ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA

A Sociedade Paulista de Reumatologia realizou, entre 20 e 22 de maio de 2010, no Maksoud Plaza Hotel, em São Paulo, o XVI Encontro de Reumatologia Avançada. O evento contou com 560 inscitos. Na programação, destacaram-se a presença dos convidados internacionais, Dr. David Isenberg e Dra. Maria Leandro, a realização dos cursos pré-evento (Curso de Ultrassom para Reumatologistas e Curso de Densitometria Óssea para Clínicos) e as miniconferências. A diretoria da SPR, Gestão 2010/2011, homenageou o Dr. David Isenberg e a Dra. Maria Leandro com o título de Membro Honorário da Sociedade Paulista de Reumatologia. A comissão organizadora acredita ter alcançado os dois grandes objetivos do evento: apresentar ao participante o que há de melhor na produção científica no Estado de São Paulo e a promoção e a atualização de conhecimentos clínicos recentemente incorporados na prática reumatológica.



I EVENTO EM COMEMORAÇÃO AO DIA INTERNACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE LÚPUS

A Associação Brasileira Superando o Lúpus (www.superandolupus.com.br) realizou, no dia 15 de maio de 2010, na sede do Sindicato dos Engenheiros no Estado de São Paulo (Seesp), o I Evento em Comemoração ao Dia Internacional de Atenção ao Portador de Lúpus. Com as temáticas: Bem-Estar, Alimentação e Exercícios Físicos, através de palestras e atividades práticas, o evento contou com 85 participantes. Ao término do evento, a Associação Brasileira Superando o Lúpus homenageou os profissionais: Dra. Branca Dias Batista de Souza (reumatologista), Dra. Cássia Maria Passarelli Lupoli Barbosa (reumatologista), Dr. Clóvis Artur Silva (reumatologista), Dr. Cristiano Barbosa Campanholo (reumatologista), Dr. Edgard Torres dos Reis Neto (reumatologista), Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto (reumatologista), Dra. Eloísa Bonfá (reumatologista), Dra. Emília Inoue Sato (reumatologista), Dra. Gianna Mastroianni Kirsztajn (nefrologista), Dr. Jozélio Freire de Carvalho (reumatologista), Dra. Karin Klack (nutricionista), Dr. Luiz Carlos Latorre (reumatologista), Dr. Mauri Monteiro Rodrigues (pneumologista), Dra. Silvana B. Sacchetti (reumatologista), Dra. Virgínia Fernandes Moça Trevisani (reumatologista), Marcelo Ismael Abrahão (fisioterapeuta), Nazeli Cabral da Silva e Magaly Ferreira Delgado (terapeuta), que, com sua dedicação e competência, mostraram-se "Amigos do Portador de Lúpus".



I EVENTO EM COMEMORAÇÃO AO DIA INTERNACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE LÚPUS: participantes.



XVI ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA: (1) da esquerda para a direita, abertura do XVI ERA pelo Dr. Luiz Carlos Latorre, presidente da SPR, e Dr. Cristiano A. F. Zerbini, diretor científico da SPR no biênio 2010/2011; (2) Dr. Luiz Carlos Latorre entregando placa de membro honorário da SPR ao Dr. David A. Isenberg; (3) Dr. Cristiano A. F. Zerbini entregando placa de membro honorário da SPR à Dra. Maria J. Leandro; (4) Dra. Rita Nely Vilar Furtado e Dra. Karine Rodrigues da Luz realizam infiltração articular guiada por ultrassom durante o curso pré-evento: "Ultrassom para Reumatologistas"; (5) Dr. Sérgio Ragi Eis em palestra no curso pré-evento: "Densitometria Óssea para Clínicos"; (6) Visão geral da plateia.

Fórum de Debates

Na primeira quarta-feira de cada mês, às 20 horas, você tem encontro marcado com o Fórum de Debates em Reumatologia. Logo após os debates, você poderá degustar um ótimo jantar no restaurante do hotel.

Veja, a seguir, os temas debatidos nos últimos encontros:

SEGUNDO FÓRUM DE DEBATES (5 DE MAIO DE 2010)

Tema: "LES e manifestações do sistema nervoso central".

Coordenação: Dr. Dawton Y. Torigoe (disciplina de Reumatologia da Santa Casa, SP)

Apresentação: Dra. Karine de Brito Figueiredo (residente da Santa Casa, SP)

Debatedores: Dr. Antonio Rocha (radiologista da Santa Casa, SP) e Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto (reumatologista da Fmusp)

TERCEIRO FÓRUM DE DEBATES (9 DE JUNHO DE 2010)

Tema: "Vasculites Anca associadas e sistema nervoso central".

Coordenação: Dra. Zoraida Sachetto (disciplina de Reumatologia da Unicamp)

Apresentação: Dr. Anderson Napp Rocha (residente da Unicamp)

Debatedor: Dr. Marcondes França (neurologista da Unicamp)

QUARTO FÓRUM DE DEBATES (4 DE AGOSTO DE 2010)

Tema: "Doença óssea de difícil controle".

Coordenação: Dra. Vera Lúcia Szejnfeld (disciplina de Reumatologia da Unifesp)

Apresentação: Dr. Frederico Augusto Gurgel Pinheiro (residente da Unifesp)

Debatedores: Dra. Rosa Maria Rodrigues Pereira (reumatologista da Fmusp) e Dra. Vanda Jorgetti (nefrologista da Fmusp)

FÓRUMS DE DEBATES EM REUMATOLOGIA 2010:

Anote em sua agenda e não perca:

1º de setembro • 6 de outubro • 17 de novembro

ONDE E QUANDO

Fórum de Debates. Associação Médica Brasileira, Auditório Nobre Prof. Dr. Adib Jatene, R. São Carlos do Pinhal, 324 – Bela Vista – São Paulo – SP (próximo ao Hotel Maksoud Plaza). Estacionamento e confraternização: Hotel Feller, R. São Carlos do Pinhal, 200 – Bela Vista – São Paulo – SP (esquina com a Alameda Joaquim Eugênio de Lima). Na primeira quarta-feira de cada mês, às 20 horas.



SEGUNDO FÓRUM DE DEBATES: (1) da esquerda para a direita, Dra. Karine de Brito Figueiredo, Dr. Antonio Rocha, Dr. Dawton Y. Torigoe e Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto; **(2) TERCEIRO FÓRUM DE DEBATES:** da esquerda para a direita, Dr. Luiz Carlos Latorre, Dr. Marcondes França, Dr. Anderson Napp Rocha, Dra. Zoraida Sachetto e Dr. Ibsen Bellini Coimbra; **(3) QUARTO FÓRUM DE DEBATES:** da esquerda para a direita, Dra. Rosa Maria Rodrigues Pereira, Dr. Frederico Augusto Gurgel Pinheiro, Dra. Vera Lúcia Szejnfeld e Dra. Vanda Jorgetti; **(4)** visão geral da plateia.

E no Encontro de Reumatologia Avançada...

NOTA

Todas as edições da *Revista Paulista de Reumatologia* já estão disponíveis na íntegra em nosso site www.reumatologiasp.com.br.



FÓRUM DE DEBATES SPR/APM 2010: “EXISTEM FORMAS DE INCREMENTAR A REMUNERAÇÃO DOS REUMATOLOGISTAS”

Em 29 de junho de 2010 foi realizado mais um Fórum de Debates do Departamento de Reumatologia da Associação Paulista de Medicina (APM), idealizado pela Sociedade Paulista de Reumatologia (SPR), na sede central da APM. Dessa vez o tema escolhido foi: “Existem Formas de Incrementar a Remuneração dos Reumatologistas?”, coordenado pelo Dr. Paulo Roberto S. Romanelli (coordenador científico do Depto. de Reumatologia da APM/SPR), tendo como ilustres convidados o Dr. José Antonio de Lima (médico nefrologista e superintendente corporativo do Hospital Samaritano), o Dr. Sílvio Figueira Antonio (médico reumatologista e assistente do Serviço de Reumatologia do HSPEFMO) e da Dra. Ana Maria Malik (médica, professora da Eaesp-FGV e coordenadora do GVsaúde-FGV).

Após a abertura do evento pelo Dr. Luiz Carlos Latorre (presidente da SPR/2010-2011), o Dr. Lima iniciou sua exposição, baseada no *Ponto de Vista do Administrador Hospitalar*. Mostrou o cenário atual da cadeia produtiva, envolvendo desde as agências reguladoras (ANS e Anvisa), passando pelas diversas fontes pagadoras, as indústrias de insumos, os prestadores de serviços, chegando aos usuários, aos órgãos de defesa dos consumidores e ao Poder Judiciário. Em seguida, fez um breve histórico das fases da evolução da atividade médica: “fase romântica”, em que o conhecimento e experiências pessoais eram voltados ao paciente; a “fase tecnológica”, apoiada na tecnologia e com atenção à doença; e, finalmente, a “fase de resultados e sustentabilidade”, alicerçada nos recursos e tecnologia aplicados adequadamente, aliados à humanização. Enfatizou que o corpo clínico de um hospital deve ser parceiro da instituição, não só para a resolução dos casos, mas também participando dos custos e nas negociações com as fontes pagadoras, ou seja, esse binômio passou a ser, cada vez mais, o fator-chave do “negócio” hospitalar; a desintegração desse binômio trará desvantagens para ambos e deixará o médico fragilizado num mercado competitivo. No seu entender, o reumatologista pode se beneficiar dentro do ambiente hospitalar quando se integra com equipes multiprofissionais (ortopedia, fisioterapia, neurologia, medicina esportiva, reabilitação física, etc.), e quando participa dos programas sociais promovidos pelas instituições (atividades para idosos,

atividades físicas preventivas, etc.), tendo portanto uma visão mais holística e humanizada voltada ao doente, e não à doença, agregando valores ao paciente e ao sistema, participando de ações promotoras da saúde e, com isto, elevando seus ganhos.

Em seguida, o Dr. Sílvio Figueira iniciou sua apresentação, que focou o assunto sob o *Ponto de Vista do Médico Reumatologista*. Citou a formação e competências dos reumatologistas, as possibilidades de atuação profissional e suas habilidades em realizar alguns procedimentos, como punções e infiltrações articulares, biópsias sinoviais, atuação em densitometria, capilaroscopia, ultrassonografia, medicina física e reabilitação, etc. Citou também a necessidade dos reumatologistas em participar de trabalhos em equipes multiprofissionais, elaboração de protocolos clínicos conjuntos, divulgação da reumatologia nas mídias e junto à população, que desconhece a especialidade e suas atribuições. Informou-nos sobre os dados parciais da recente pesquisa sobre o perfil dos reumatologistas, distribuída no último ERA, mas, infelizmente, respondida por pouquíssimos colegas, demonstrando que, na média, possuem 21 anos de formação, com 18 anos de atuação em reumatologia, dois empregos, renda de 10 mil reais por mês; 45% realizam infiltrações articulares e 60% atendem a algum tipo de operadora de saúde suplementar, que remuneram parcialmente em R\$ 29,00/consulta. Constata-se, portanto, a subvalorização do reumatologista e, a seu ver, é necessário que se realizem mais procedimentos em consultórios e ambulatorios, sendo esses, assim como as consultas da especialidade, com valores atualizados e condizentes com a formação profissional exigida. Salientou também que os órgãos governamentais, privados e entidades de classe (AMB-CFM-MS-SUS-ANSS-ABRAMG, etc.) deveriam juntar esforços para estipular valores dignos para a remuneração profissional, em todos os seus âmbitos, além de colaborarem, de fato, para a instituição de uma política nacional de saúde adequada.

A Dra. Malik iniciou sua apresentação, sob o *Ponto de Vista da Economista em Saúde*, diferenciando e esclarecendo sobre o que são produtos e serviços, caracterizando a atuação dos reumatologistas como prestadores de serviços de consumo especializado, com alto nível de

contato com os clientes/pacientes, cujos serviços são intangíveis, variáveis e difíceis de se atribuir preços. O que diferencia os serviços são o tipo de conhecimento especializado e de atendimento dado, a criatividade e a inovação neles contidas, seus recursos e competências disponíveis. Nestas últimas é que se assentam os valores de um serviço, ou seja, ele é tão mais valorado quanto mais dificilmente copiável, destrutível, depreciável e alcançável, em termos de vantagens que possam propiciar. Aqui, as perguntas que couberam foram: Qual o valor da reumatologia? O reumatologista presta serviços “com valor”? Qual(is) o(s) seu(s) resultado(s)? Quem valoriza a especialidade? O que diferencia a especialidade? O reumatologista disputa mercado (ou seja, oferece alguma vantagem para o paciente, para as operadoras, etc.)? A especialidade pode ser agrupada com outras, de forma não depreciável? Essas questões devem ser respondidas pela própria comunidade dos médicos e sociedades de reumatologia, baseadas nas atividades desenvolvidas pela especialidade, seus conhecimentos, ideias, capacidades científicas, gerenciais, de inovação, de expansão, confiança interna, reputação de seus bens e serviços e na percepção de qualidade, durabilidade e confiabilidade dos serviços prestados. Como melhorar a remuneração dos reumatologistas não é tarefa fácil, nem há uma “fórmula mágica” para solucionar o problema, temos, sim, que ter em mente que a questão depende de um processo político, que requer acesso a quem decide, saber sobre o que decide e como argumentar e fundamentar nossa causa em nosso benefício.

Após debates com a plateia, chegamos às seguintes conclusões – que devem ser levadas a termo tanto pela SPR, conjuntamente com a SBR, APM, AMB, CRM, CFM e órgãos governamentais, quanto pelos reumatologistas, individualmente:

- divulgar, nas mais diversas formas e canais de comunicação, a enorme desproporção estabelecida entre a responsabilidade do reumatologista ante o paciente, a formação acadêmica necessária para o exercício profissional e a realidade do mercado de trabalho, que remunera aviltantemente o especialista, tanto pelos serviços públicos e privados, quanto pelas operadoras de saúde suplementar. Insistir na conscientização da categoria sobre a necessidade da união, em prol de remuneração e condições de trabalho dignas e condizentes com o investimento profissional diuturnamente realizado.
- exigir dos órgãos governamentais a implantação de um plano de cargos, carreiras, salários e evolução funcional decentes, após discussão com a categoria e consensualmente aceito, bem como programas de educação continuada e reciclagem de conhecimentos periódicos, com participação conjunta das sociedades de especialidades.
- ampliar e divulgar as áreas de atuação da reumatologia, promovendo e estabelecendo vínculos e interfaces com outras especialidades e profissionais afins, em instituições hospitalares, de ensino, clínicas, em estudos e protocolos colaborativos, valorizando a identidade e especificidade do reumatologista.
- ampliar, da forma mais maciça possível, a divulgação de nossa especialidade, investindo nas áreas de propaganda e *marketing*, através dos vários tipos de mídias existentes, dos contatos com as associações de pacientes e pelo fortalecimento da relação médico-paciente, esclarecendo qual a formação necessária para se tornar um médico reumatologista, quais são os pacientes e as várias afecções tratadas pela reumatologia, como estes especialistas podem auxiliar na prevenção e tratamento de doenças, enfim, explicando o diferencial da especialidade e as vantagens obtidas em consultá-los.

PAULO ROBERTO S. ROMANELLI



FÓRUM DE DEBATES SPR/APM 2010: (1) da esquerda para a direita, Dr. Silvio Figueira Antonio, Dra. Ana Maria Malik, Dr. José Antonio de Lima, Dr. Paulo Roberto Stocco Romanelli e Dr. Luiz Carlos Latorre.

NOTA DE FALECIMENTO



É com grande pesar que comunicamos o falecimento do colega Fernando Cyrillo Seragini. Nascido na cidade de Barretos, SP, em 23 de julho de 1960, cursou Medicina na Faculdade de Medicina de Catanduva, SP, formando-se em 1986. Iniciou a formação em Reumatologia com a Dra. Gesabel Clemente Marques, em Catanduva, terminando em São Paulo no Hospital do Servidor Público Estadual – Serviço de Reumatologia do Dr. Wiliam Chahade. Atualmente exercia a reumatologia e a densitometria óssea. Faleceu em 23 de maio de 2010 por insuficiência cardíaca.

Deixamos um poema de Fernando Pessoa em sua homenagem. Ele tinha um jeito peculiar de ver a morte, da mesma forma ímpar que Fernando tinha de ver a vida:

QUANDO ELA PASSA

*"Quando eu sento à janela
P'los vidros que a neve embaça
Vejo a doce imagem dela
Quando passa... passa... passa..."*

*Lançou-me a mágoa seu véu:
Menos um ser neste mundo
E mais um anjo no céu.*

*Quando eu me sento à janela
P'los vidros que a neve embaça
Julgo ver a imagem dela
Que já não passa... não passa..."*

Saudades dos amigos... muitos amigos da Reumato.

Dra. Cássia Bossi

Agenda

2010

12 DE OUTUBRO
DIA MUNDIAL DA ARTRITE

NACIONAIS

II Curso de Imunologia

Data: 11 de setembro

Local: São Paulo, SP

Contato: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

XXVIII Congresso Brasileiro de Reumatologia

Data: 18 a 22 de setembro

Local: Porto Alegre, RS

Contato: www.reumato2010.com.br

Ação Reumato – 5ª edição – 2010

Data: 17 de outubro

Local: São Paulo, SP

Contato: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

Curso de Infiltrações em Reumatologia – Ano II – Edição 2010

Data: 22 e 23 de outubro

Local: Disciplina de Reumatologia – Unifesp

Contato: www.cursoinfiltracao.com.br

2º Encontro do Interior de Reumatologia

Data: 3 e 4 de dezembro

Local: Indaiatuba, SP

Contato: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

INTERNACIONAIS

17th Pediatric Rheumatology European Society Congress

Data: 9 a 12 de setembro

Local: Valência, Espanha

Contato: www.pres.org.uk

2010 World Congress on Osteoarthritis Research Society International (Oarsi)

Data: 23 a 26 de setembro

Local: Bruxelas, Bélgica

Contato: www.oarsi.org

American Society for Bone and Mineral Research 2010 – Annual Meeting

Data: 5 a 19 de outubro

Local: Toronto, Canadá

Contato: www.asbmr.org

2010 International Conference on Osteoporosis and Bone Research

Data: 28 a 31 de outubro

Local: Shenzhen, China

Contato: www.ibmsonline.org

2010 ACR/ARHP Annual Scientific Meeting

Data: 6 a 11 de novembro

Local: Atlanta, EUA

Contato: www.rheumatology.org

2011

NACIONAIS

V Curso de Revisão para Reumatologistas

Data: 12 e 13 de fevereiro

Local: São Paulo, SP

Contato: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

XVII Encontro de Reumatologia Avançada

Data: 19 a 21 de maio

Local: São Paulo, SP

Contato: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

INTERNACIONAIS

11th European Congress on Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis

Data: 23 a 26 de março

Local: Valência, Espanha

Contato: www.iofbonehealth.org

3rd Joint Meeting of the International Bone and Mineral Society and the European Calcified Tissue Society

Data: 7 a 11 de maio

Local: Atenas, Grécia

Contato: www.ibmsonline.org

Eular 2011

Data: 25 a 28 de maio

Local: Londres, Inglaterra

Contato: www.eular.org

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1. Serão publicados artigos originais, revisões, descrição de casos clínicos e atualização em reumatologia, conforme a ortografia oficial da língua portuguesa.
2. O trabalho deverá conter, necessariamente:
 - a) título (em português e inglês);
 - b) nome completo dos autores;
 - c) citação do local (endereço completo) de realização do trabalho;
 - d) formação acadêmica/titulação dos autores;
 - e) unitermos (em português e inglês);
 - f) resumo do trabalho (em português e inglês), até o limite de 250 palavras. Deverá conter, quando se tratar de artigo original: objetivo, métodos, resultados e conclusão;
 - g) introdução;
 - h) material ou casuística e métodos ou descrição de caso;
 - i) resultados;
 - j) discussão e/ou comentários (quando for o caso);
 - k) conclusões;
 - l) ilustrações anexas devem seguir regulamentação apropriada (conforme o item 6, a seguir).
 - m) referências (conforme o item 7, a seguir);
3. Os trabalhos serão avaliados pelo Conselho Editorial. Pequenas alterações poderão ser realizadas, com a finalidade de padronizar os artigos, sem importar mudanças substanciais em relação ao texto original.
4. Os trabalhos devem ser encaminhados por e-mail para: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br. O processador de texto utilizado deve ser compatível com Windows (Word, Excel etc.).
5. Caberá ao Conselho Editorial analisar textos demasiadamente longos, de modo a suprimir – sem excluir trechos essenciais à compreensão – termos, frases e parágrafos dispensáveis ao entendimento do estudo. A medida também se aplica a tabelas e ilustrações. Em trabalhos prospectivos, envolvendo seres humanos, é necessária aprovação prévia por um Comitê de Ética, devendo o trabalho seguir as recomendações da Declaração de Helsinki. Os pacientes devem ter concordado previamente com sua participação no estudo.
6. Ilustrações: constituem figuras e gráficos, referidos em algarismos arábicos (exemplo: Figura 1, Gráfico 3). Se forem escaneadas, deverão ser enviadas em formato TIF ou JPG e ter, no mínimo, 270 DPI de resolução. Quando possível, deverão ser enviadas em formato original. Somente serão reproduzidas ilustrações que permitirem visualização adequada. Não devem ser inseridas no texto, mas sim encaminhadas em arquivos anexos, com as respectivas legendas (no texto, deve-se apenas indicar o local de entrada da ilustração). Tabelas e quadros devem ser relacionados em algarismos arábicos, com o respectivo título, dispensam sua descrição no texto e têm a finalidade de resumir o artigo. Unidades utilizadas para exprimir resultados (m, g, g/100, ml etc.) devem figurar no alto de cada coluna. Caberá ao Conselho Editorial analisar o excesso de ilustrações (figuras, quadros, gráficos, tabelas etc.) e suprimir as redundantes.
7. As referências devem seguir a ordem de aparecimento no texto. Utilizar estilo e formato conforme a Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos no *Index Medicus* (de acordo com o estilo Vancouver – Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos).
 - a) Artigo de revista – sobrenome por extenso e inicial dos prenomes de todos os autores (havendo sete ou mais, apenas os três primeiros, seguidos da expressão et al.). Título do artigo. Nome abreviado da revista, ano; volume: página inicial-página final.
 - b) Para citação de outras fontes de referência, consultar os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Médicos. New Engl J Med 1997; 336(4):309-15.
8. O nome de medicamentos citados no texto (nome de fantasia, oficial, patenteado, químico e siglas de pesquisa) deve obedecer à regulamentação correspondente da Organização Mundial da Saúde.
9. De acordo com a Resolução nº 1.595 do Conselho Federal de Medicina, os autores devem declarar os agentes financeiros que patrocinam suas pesquisas, como agências financiadoras, laboratórios farmacêuticos etc.
10. Trabalhos que não se enquadrem nestas normas ou que não se ajustem às necessidades editoriais da revista poderão ser reencaminhados aos autores para que procedam às necessárias adaptações, indicadas em carta pessoal dos editores.

ALTERNATIVA TERAPÊUTICA DE PRIMEIRA ESCOLHA.

ORENCIA® (abatacepte). O PRIMEIRO AGENTE SELETIVO QUE MODULA A ATIVAÇÃO DA CÉLULA-T NA AR.^{2,3,4,5,6}

EFICÁCIA SUSTENTADA¹

- MECANISMO DE AÇÃO ÚNICO E DIRIGIDO.^{2,3,4,5,6}
- EFICÁCIA COMPROVADA DURANTE 5 ANOS SEM AUMENTO DE DOSE.¹

 **ORENCIA®**
abatacepte

Eficácia Sustentada¹



Bristol-Myers Squibb

Interação medicamentosa: Orencea® (abatacepte) não deve ser utilizado com outros medicamentos biológicos para Artrite Reumatoide como adalimumabe, etanercepte, infliximabe e anakinra. **Contraindicação:** Orencea® (abatacepte) não deve ser administrado em pacientes com hipersensibilidade conhecida a abatacepte ou quaisquer dos seus componentes.

Referências bibliográficas: 1. Westhovens R, Kremer JM, Moreland LW et al. Safety and efficacy of the selective costimulation modulator abatacept in patients with rheumatoid arthritis receiving background methotrexate: a 5-year extended phase IIB study. *J Rheumatol*. 2009 Apr; 36(4):736-42. 2. Bluestone JA, St. Clair EW and Turka LA. CTLA-4: Bridging the Basic Commentary Immunology with Clinical Application. *Immunity* 2006; 24, 233-238. 3. Ruderman EM and Pope RM. Drug insight: abatacept for the treatment of rheumatoid arthritis. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2006; 2(12):654-60. 4. Walunas TL, Lenschow DJ, Bakker CY et al. CTLA-4 can function as a negative regulator of T cell activation. *Immunity* 1994;1(5):405-13. 5. Linsley PS, Brady W, Umes M et al. CTLA-4 is a second receptor for the B cell activation antigen B7. *J Exp Med*. 1991;174(3):561-9. 6. Greene JL, Leytze GM, Emswiler J et al. Covalent dimerization of CD28/CTLA-4 and oligomerization of CD80/CD86 regulate T cell costimulatory interactions. *J Biol Chem*. 1996;271(43):26762-71.

ORENCIA® (abatacepte) - PÓ LIÓFILO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL - BRISTOL-MYERS SQUIBB - ORENCIA® - Uso intravenoso, uso adulto. - INDICAÇÕES: ORENCIA® é um medicamento usado para tratar adultos com artrite reumatóide (AR) moderada a grave que tiveram uma resposta inadequada a uma ou mais drogas anti-reumáticas modificadoras de doença (DMARDs), como metotrexato ou antagonistas de TNF. **- CONTRAINDICAÇÕES:** Pacientes com hipersensibilidade conhecida a abatacepte ou quaisquer dos seus componentes. **- PRECAUÇÕES:** **Gravidez - Categoria C:** ORENCIA® deve ser usado durante a gravidez somente se claramente necessário. Não há estudos adequados e bem-controlados em mulheres grávidas. **Lactação:** O abatacepte demonstrou estar presente no leite do rato. Não se sabe se o abatacepte é excretado no leite humano ou absorvido sistemicamente após a ingestão. **Hipersensibilidade:** Medidas apropriadas de suporte médico para o tratamento de reações de hipersensibilidade devem estar disponíveis para uso no caso de uma reação. **Infeções:** A administração de ORENCIA® deve ser descontinuada se um paciente desenvolver uma infecção séria. Uma taxa mais elevada de infecções sérias foi observada em pacientes tratados de forma concomitante com antagonistas do TNF e ORENCIA®. Pacientes com resultados positivos na seleção para tuberculose devem ser tratados com a prática médica padrão antes da terapia com ORENCIA®. **Imunizações:** Vacinas com vírus vivos não devem ser administradas concomitantemente com ORENCIA® ou em 3 meses de sua descontinuação. **Uso em Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC):** O uso de ORENCIA® em pacientes com artrite reumatóide e DPOC deve ser feito com cuidado e esses pacientes devem ser monitorados em relação à piora de sua condição respiratória. **Imunossupressão:** Existe a possibilidade de drogas que inibem a ativação da célula T, incluindo ORENCIA®, afetarem as defesas do hospedeiro contra infecções e malignidades uma vez que as células T mediam respostas imunocelulares. **- ADVERTÊNCIAS:** A terapia concomitante com ORENCIA® e um antagonista do TNF não é recomendada. Ao fazer a transição da terapia com antagonista do TNF para a terapia com ORENCIA®, os pacientes devem ser monitorados para sinais de infecção. **- REAÇÕES ADVERSAS:** **Geral:** As reações adversas mais sérias foram infecções sérias e malignidade. Os eventos adversos mais comuns ($\geq 10\%$ dos pacientes) foram dor de cabeça, infecção do trato respiratório superior, nasofaringite e náusea. **Infeções:** Os eventos adversos que mais frequentemente resultaram em intervenção clínica (interrupção ou descontinuação de ORENCIA®) foram devido à infecção. As infecções mais comumente relatadas (5-13% pacientes) foram infecção do trato respiratório superior, nasofaringite, sinusite, infecção do trato urinário, gripe e bronquite. As infecções relatadas com mais frequência que resultaram na interrupção da dose foram infecção do trato respiratório superior (1,0%), bronquite (0,7%) e herpes zóster (0,7%). As infecções mais frequentes que resultaram em descontinuação foram pneumonia (0,2%), infecção localizada (0,2%) e bronquite (0,1%). **Malignidades:** As taxas de incidências por 100 pacientes-anos foram de 0,74 para câncer de pele não-melanomatoso, 0,59 para malignidades sólidas e 0,12 para malignidades hematológicas. O câncer de órgão sólido mais reportado foi câncer de pulmão (0,16 por 100 pacientes-anos) e a malignância hematológica mais comum foi linfoma (0,07 por 100 pacientes-anos). **Reações Relacionadas à Infusão e Reações de Hipersensibilidade:** Os eventos relatados com mais frequência foram tontura, dor de cabeça e hipertensão. **Pacientes com DPOC:** Os pacientes com DPOC tratados com ORENCIA® desenvolveram eventos adversos de forma mais frequente do que aqueles tratados com placebo. Ocorreram distúrbios respiratórios mais frequentemente em pacientes tratados com ORENCIA® em comparação aos pacientes tratados com placebo incluindo exacerbação da DPOC, tosse, roncocal e dispnéia. **- INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Estudos sobre interação medicamentosa não foram realizados com ORENCIA®. A administração concomitante de um antagonista do TNF com ORENCIA® está associada a um risco elevado de infecções sérias e nenhuma eficácia adicional significativa sobre o uso de antagonistas do TNF isoladamente. Interação com testes laboratoriais: O sistema de monitoração de glicose baseada na GDH-PQQ pode reagir com a maltose presente no ORENCIA®, resultando em leituras falsas de elevação de glicose sanguínea no dia da infusão. **- POSOLOGIA:** ORENCIA® deve ser administrado como infusão intravenosa de 30 minutos nas seguintes doses: 500mg (2 frasco-ampolas) para pacientes com peso corporal < 60 kg, 750 mg (3 frasco-ampolas) para pacientes com peso corporal entre 60 -100 kg e 1g (4 frasco-ampolas) para pacientes com peso corporal > 100 kg. **- SUPERDOSE:** Doses de até 50 mg/kg foram administradas sem efeito tóxico aparente. No caso de superdose, recomenda-se que o paciente seja monitorado em relação a qualquer sinal ou sintoma de reações adversas e que o tratamento sintomático apropriado seja instituído. **- VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - USO RESTRITO A HOSPITAIS - Reg. MS 1.0180.0390 - Serviço de atendimento ao consumidor: 0800 727 61 60 - Endereço BMS: Rua Carlos Gomes, - 924 CEP 04743-903 - Santo Amaro - São Paulo, SP - A persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado.**



Comece 2010 com livre acesso ao conhecimento.

Rima é a mais avançada base de dados de caráter científico com informações atualizadas e navegação simples. A **Abbott** disponibiliza com exclusividade o acesso a esta ferramenta para os reumatologistas.



Estas são algumas das ferramentas que farão a diferença no seu dia a dia:



Relatório para investigadores

SUA FERRAMENTA DE BUSCA INTELIGENTE

Pesquisa rápida, atualizada e automática, com resultados atualizados semanalmente e enviados para seu e-mail pessoal.

Core Journals

ACESSO A REVISTAS DO MUNDO TODO

Coleção atualizada de mais de 2.187 revistas médicas internacionais, ordenadas por especialidade.

Minha Biblioteca

SUA PASTA PESSOAL DE ARTIGOS

Um sistema de organização pessoal que permite armazenamento online dos artigos escolhidos na Sala do Conhecimento.



Acesse: www.rima.org