

Revista Paulista de Reumatologia

VOL. 4 N.º 3 jul/set 2005



REABILITANDO O REUMATOLOGISTA

Síndrome dos Anticorpos Antifosfolípides (SAF): O Estigma de Um Nome

RHEUMA

Desafios da Reabilitação Profissional para o Século XXI

Frequência do Sistema Antigênico (Pro)Filagrina em Queratinóticos Orais de Pacientes com Artrite Reumatóide

PERSPECTIVAS

A Visão Atual do Jovem Reumatologista

ÉTICA

A Ética na Medicina



Sumário

Registro

Registro	3
Editorial	4
Reabilitando o Reumatologista	5-6
Rheuma	6-8
Perspectivas	9
Publicações	10-13
Ética	14
Noticiário	16-21
Agenda	21-22

Sociedade Paulista de Reumatologia

DIRETORIA EXECUTIVA 2004/2005

Presidente

Manoel Barros Bértolo

1.º Vice-Presidente

Ari Stiel Radu

2.º Vice-Presidente

José Carlos Mansur Szajubok

1.º Secretário

Rubens Bonfiglioli

2.º Secretário

Sandra Watanabe

1.º Tesoureiro

Percival Degraça Sampaio Barros

2.º Tesoureiro

Silvio Figueira Antonio

Comissão Científica

Ibsen Bellini Coimbra, Luis Eduardo Coelho Andrade, Eduardo Ferreira Borba Neto, Branca Dias Batista de Souza, José Eduardo Martinez, Sônia Maria A. Anti Loduca Lima, Maria Guadalupe Barbosa Pippa, César Emile Baaklini, Flávio Calil Petean

Comissão de Ética

José Marques Filho, Eduardo de Souza Meirelles, Ivone Minhoto Meinão

Comissão de Ensino

Rozana Mesquita Ciconelli, Sandra Regina M. Fernandes, Luiz Carlos Latorre, Rosa Maria Rodrigues Pereira

Conselho Fiscal

Adil Muhib Samara, Cristiano A. F. Zerbin, José Roberto Provenza, Rina Neubarth Giorgi, Célio Roberto Gonçalves, Jamil Natour

Comissão Estadual

Cláudia Valéria Pereira (Campinas), Joaquim Gonçalves Neto (Santos), Paulo de Tarso Nora Verdi, Benedito José de Sampaio (Sorocaba), Lúcia Angélica Buffulin (São José do Rio Preto), Fabiola Reis Oliveira (Ribeirão Preto), Oswaldo Melo da Rocha (Botucatu), Clovis Strini Magon (São Carlos), Abel Pereira de Souza Jr. (ABC), Edgard Baldi Jr (Marília), Benedito do Espírito Santos Campos (Vale do Paraíba), Maria Domitila Menezes de Napoli (Limeira), Eliana Martins Spina (Jundiaí)

Representantes da Reumatologia Pediátrica

Maria Odete Esteves Hilário, Cláudia Goldenstein Schainberg

Site

José Knoplich, Roberto Ezequiel Heymann

Endereço

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

Revista Paulista de Reumatologia

Órgão oficial da Sociedade Paulista de Reumatologia

Editores Científicos

Alexandre Wagner S. Souza, Fábio Jennings, Marcelo Pinheiro

ETCetera Editora de Livros e Revistas

Editor responsável

Kleber Kohn

Coordenação

Silvia Souza

Jornalista

Luciana C. N. Caetano (MTb 27.425)

Endereço para correspondência

Rua Baronesa de Itú, 336, 10.º andar, Higienópolis, CEP 01231-100, São Paulo, SP
Fones: (11) 3825-3504 / 3826-4945, Fax: (11) 3826-7770
e-mail: etcetera@etceteraeditora.com.br
Empresa filiada à Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC)

Palavra do Presidente

Nesta edição da *Revista Paulista de Reumatologia* estaremos demonstrando os resultados das avaliações feitas pelos participantes, durante a XVIII Jornada Paulista de Reumatologia e XI Encontro de Reumatologia Avançada. Os dados da pesquisa foram plenamente satisfatórios, visto que a maioria dos participantes aprovou a programação e, conseqüentemente, incentivou-nos a continuar realizando eventos que valorizam a pesquisa básica e clínica, com aplicabilidade no dia-a-dia do reumatologista. Foi com agradável surpresa que tivemos um número de participantes bem acima do esperado. Tivemos um público de 601 participantes, provenientes de todo o Estado de São Paulo e, também, com um número representativo de outros Estados.

Gostaria de cumprimentar a todos os pesquisadores pelo alto nível dos trabalhos encaminhados para apresentação. Os dois melhores trabalhos foram premiados, um na área básica “Análise da Expressão de CD59, MAC e Alterações Morfológicas Musculares em Dermatomiosite Juvenil” e o outro na pesquisa clínica “Síndrome de Lyme-Símile ou Complexo Infecto-Reacional do Carrapato – Síndrome de Baggio-Yoshinari”.

Gostaria ainda de agradecer a toda a Diretoria da Sociedade Paulista de Reumatologia pelo esforço e entusiasmo dedicados no último ano, repleto de reuniões para discutir a programação científica e a logística do evento.

Manoel Barros Bértolo

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia

Gestão 2004-2005

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

e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

601

Esse foi o número de participantes da última XVIII Jornada Paulista de Reumatologia/XI Encontro de Reumatologia Avançada. Este ano o evento concretizou-se como um dos maiores e mais importantes eventos científicos da Reumatologia Brasileira. O Encontro de Reumatologia Avançada foi criado na gestão do Dr. Daniel Feldman, em 1994, com o objetivo de mostrar os mais recentes avanços da pesquisa nacional, especialmente os da paulista. Hoje, é considerado um evento de excelência da ciência e pesquisa básica e clínica.

Nesta edição, o leitor poderá desfrutar o texto “Perspectivas de um Jovem Reumatologista” e compará-lo com a visão do Prof. Samara, da edição anterior. Podemos observar que tanto o professor titular de reumatologia quanto o reumatologista recém-formado estão otimistas com as perspectivas do tratamento e o melhor prognóstico dos pacientes reumáticos.

A capa desta edição remonta a um passado distante, ao papel da rainha do Egito, interpretado por Elizabeth Taylor no clássico *Cleopatra*. De modo geral, Cleópatra é lembrada como uma mulher sedutora, libertina e fatal. No entanto, há pouca verdade nisso. Cleópatra era grega, sem nenhuma ascendência egípcia. Alexandria, a antiga capital do Egito, era uma cidade grega. No reino de Cleópatra se falava grego e não egípcio. Quanto à sua devassidão, não há o menor indício de ligações amorosas de Cleópatra, a não ser com Júlio César e, três anos depois da morte de César, com Marco Antônio. E essas não foram ligações ao acaso, mas uniões públicas, aprovadas pelos sacerdotes e reconhecidas como casa-

mentos. Além disso, não foi por amor a Marco Antônio que Cleópatra se matou, mas sim, pelo desejo de escapar à degradação por outro conquistador. Por outro lado, a lenda persiste há mais de 2 mil anos, principalmente porque poetas e dramaturgos, inclusive Shakespeare, deram mais ênfase aos encantos físicos e às paixões do que à inteligência e à coragem dessa rainha. Seus feitos, porém, revelam que ela foi uma mulher brilhante, engenhosa, que passou a vida lutando para impedir que seu país fosse aniquilado pelos romanos.

Alguns historiadores relatam que Cleópatra poderia ter tido algum tipo de reumatismo, uma vez que “purificava-se” freqüentemente com uma mistura de óleos essenciais, utilizados na época para curar artrite, dores musculares e gota. Os principais óleos eram anis (*Pimpinella anisum*), basil (*Ocimum basilicum*), camomila (*Matricaria recutita*), cilantro (*Coriandrum sativum*), canela (*Cinnamomum zeylanicum*), cipreste (*Cupressus sempervirens*), eucalipto (*Eucalyptus globulus*), gengibre (*Zingiber officinalis*), juniper (*Juniperus communis*) e alecrim (*Rosemarinus officinalis*). Além disso, banhava-se em oásis próximos ao sudeste do rio Nilo, como Kharga – o maior e mais avançado centro de águas termais da época –, Siwa, Bulaq e Nasser, localizados no antigo Vale dos Reis. A balneação era o acontecimento preferido dessa rainha, pois acreditava que esses cuidados revigoravam a mente e o corpo, assim como rejuvenescia, curava doenças da alma e protegia do aparecimento de enfermidades, especialmente dos “reumatismos”.

Os Editores



CAPA: Cleópatra VII nasceu na Macedônia, em 69 a.C., filha de Ptolomeu XIII e de Cleópatra V, faraós do Egito. Tinha cinco irmãos, Berenice, Cleópatra VI, Arsínoe, Ptolomeu XIII e Ptolomeu XIV. Cresceu entre as intrigas e violências palacianas. Aos 18 anos, após a morte do pai e de acordo com a tradição egípcia, casou-se com Ptolomeu XIV, seu irmão de 12 anos, tornando-se rainha do Egito. Possuía um nariz aquilino, boca bem traçada, com lábios finamente cinzelados. Vários historiadores escreveram sobre sua “beleza arrebatadora”. Em contrapartida, existem relatos que evidenciam o inverso. Tinha uma conversa fascinante, com voz musical, sutil e encantadora. Falava nove idiomas, conhecia bem a história, a literatura e a filosofia grega. Era uma negociadora astuta, caracterizada pela excelente diplomacia e estratégia militar.

Casou-se com Júlio César e deu à luz um filho, Cesário, com o objetivo de formar um grande império, unindo Roma ao Egito. Influenciou a vida romana com novas maneiras de se cunhar moedas, melhor organização tributária, reformulação do calendário romano (base de nosso atual sistema). O assassinato de Júlio César fez Cleópatra regressar ao Egito. Depois disso, uniu-se a Marco Antônio, sucessor de Júlio César, e teve filhos gêmeos. Após o suicídio de Marco Antônio, a última rainha do Egito deixou-se picar por uma víbora que lhe fora mandada como contrabando numa cesta de figos, e morre aos 39 anos de idade. Com a vitória da guerra por Otávio, o Egito se tornou província romana.

[Acima, à esq., cabeça em pedra calcária, que durante anos se supôs ser uma escultura moderna da fabulosa Rainha do Egito, foi na realidade desenterrada de ruínas romanas 18 séculos depois de sua morte. Encontra-se atualmente no Museu Britânico.]

Síndrome dos Anticorpos Antifosfolípides (SAF): O Estigma de Um Nome

Luís Eduardo C. Andrade

Professor Adjunto – Livre Docente da disciplina de Reumatologia da Unifesp/EPM
Assessor médico em Imunopatologia do Fleury – Medicina Diagnóstica

A síndrome dos anticorpos antifosfolípides (SAF) é uma entidade clínico-patológica que tem a interessante particularidade de que no processo histórico de sua identificação e definição agregaram-se, desde o início, determinadas alterações laboratoriais, especificamente o anticoagulante lúpico e o anticorpo anticardiolipina. Esse histórico difere frontalmente de diversas outras entidades reumáticas que tiveram seu quadro clínico definido décadas ou mesmo séculos antes que se descobrissem marcadores sorológicos a elas associados. Em decorrência desse histórico peculiar, a doença leva a designação do auto-anticorpo em seu nome e os mesmos estão entre os seus critérios diagnósticos obrigatórios. Entretanto, o vínculo entre a SAF e os anticorpos antifosfolípides ultrapassa o contexto histórico e se consubstancia no fato de que os antígenos alvos dos referidos auto-anticorpos estão envolvidos em etapas do controle do processo de coagulação. De fato, há uma série de evidências de que os anticorpos antifosfolípides desempenhem papel patológico na SAF.

O paradigma conceitual atual da SAF encerra um corolário: quadros clínicos sugestivos de SAF e que não tenham a demonstração laboratorial dos anticorpos antifosfolípides não podem ser rotulados como SAF. Tal eventualidade, entretanto, não é incomum e dá origem a uma angústia na busca de se definir a etiopatologia dos quadros SAF-símbles em que não se encontram os tradicionais anticorpos antifosfolípides. Duas posições alternativas, não necessariamente excludentes, podem ser adotadas. Uma delas consiste em afastar o conceito de SAF e buscar outras entidades nosológicas e outros mecanismos etiopatológicos. A outra consiste em manter a hipótese de SAF e buscar auto-anticorpos contra outros elementos da família dos fosfolípidos ou contra proteínas associadas aos mesmos.

No âmbito da alternativa de buscar outras causas de diátese tromboembólica, tem havido um consistente desenvolvimento do conhecimento e das técnicas la-

boratoriais para identificação de distúrbios genéticos condicionantes de predisposição a alterações da coagulação. Entre esses aprimoramentos, podemos citar a pesquisa de deficiência de antitrombina III, deficiência de proteína C e de proteína S, o estudo do polimorfismo do gene do fator V (fator V Leiden), a pesquisa da mutação G20210A do gene da protrombina e a pesquisa de hiper-homocisteinemia. Afastadas essas causas, outras condições mais raras podem ser pesquisadas.

Com relação à segunda alternativa, ou seja, buscar auto-anticorpos contra outros fosfolípidos, a situação é menos bem definida e muita cautela deve ser empregada para evitarmos introduzir práticas que aumentariam o custo do sistema de saúde sem proporcionar um benefício real ao paciente.

Os tradicionais anticorpos antifosfolípides associados à SAF são os anticorpos anticardiolipinas e o anticoagulante lúpico. Como está bem demonstrado, os anticorpos anticardiolipinas relevantes à SAF reconhecem a cardiolipina em associação com a β 2-glicoproteína I (β 2-GP1). Portanto, quando se menciona o teste de anticardiolipina, está implícito que se inclui a β 2-GP1 na reação. É também amplamente conhecido que grande parte dos pacientes apresenta simultaneamente anticorpos anticardiolipinas e anticoagulante lúpico, mas que cerca de 30% dos casos de SAF apresentam apenas um desses dois testes positivo. O anticoagulante lúpico parece ter uma menor sensibilidade, mas isto é compensado por uma maior especificidade. Sua associação é mais consistente com episódios trombóticos. Reciprocamente, o teste do anticorpo anticardiolipina apresenta maior sensibilidade, mas sua especificidade é menor, especialmente para os títulos baixos. Sua associação é mais consistente com episódios oclusivos arteriais e menos com trombose venosa. Um importante problema no teste do anticorpo anticardiolipina é o baixo nível de padronização, o que acarreta uma enorme variação interlaboratorial.

Está bem demonstrada a possibilidade de que o soro de pacientes com SAF reconheça outros fosfolípidos em associação com a $\beta 2$ -GP1. Em decorrência disso, alguns pesquisadores têm estudado e algumas indústrias têm desenvolvido “kits” para detecção de anticorpos contra a fosfatidil-serina, fosfatidiletanolamina e fosfatidilinositol com o intuito de fornecer uma alternativa para identificação de pacientes com SAF com testes negativos para anticoagulante lúpico e anticardiolipina. De fato, a literatura documenta alguns casos de SAF em que o único auto-anticorpo encontrado foi contra algum desses fosfolípidos. Entretanto, também está demonstrado que os anticorpos anti-fosfolípidos apresentam extensa reatividade cruzada com diversos fosfolípidos aniônicos. Desta forma, o teste do anticorpo anticardiolipina é considerado suficiente e padrão para a pesquisa de anticorpos antifosfolípidos tendo em vista o diagnóstico de SAF.

Outros elementos intimamente associados aos fosfolípidos aniônicos também podem ser alvo de auto-anticorpos no contexto da SAF, especialmente a $\beta 2$ -GP1 e a protrombina. Alguns autores acreditam mesmo que a $\beta 2$ -GP1 seja o verdadeiro alvo dos anticorpos patogênicos na SAF e preconizam a pesquisa de anti- $\beta 2$ -GP1 (sem presença de cardiolipina) de forma rotineira. Embora esta questão não esteja inteiramente definida, é fato que grande parte de pacientes com SAF apresenta anticorpos anti- $\beta 2$ -GP1 e que uma pequena fração desses parece apresentar exclusivamente anticorpos anti- $\beta 2$ -GP1. Com relação à protrombina, os dados são ainda incipientes e menos

consistentes. Há variações metodológicas importantes entre os diversos pesquisadores e ainda não está bem estabelecido o significado dos anticorpos detectados pelos diferentes métodos.

Um outro aspecto a ser considerado refere-se ao isótipo dos auto-anticorpos. Estes podem ser IgG, IgM e IgA. O isótipo mais freqüente e mais relevante do ponto de vista clínico é o IgG. Alguns pacientes apresentam apenas auto-anticorpos da classe IgM e o significado clínico deste achado é menos relevante do que os anticorpos IgG, especialmente quando em baixos níveis. Anticorpos da classe IgA não são infreqüentes, mas são raros os pacientes que apresentam anticorpos antifosfolípidos exclusivamente da classe IgA.

Em conclusão, o diagnóstico laboratorial da SAF repousa fundamentalmente na demonstração da presença do anticoagulante lúpico e de anticorpos anticardiolipinas de classe IgG ou IgM. Deve-se lembrar que esses auto-anticorpos devem ter níveis médios ou altos e ser persistentes por pelo menos seis semanas. Vale também ressaltar que durante ou logo após um episódio tromboembólico pode haver consumo dos auto-anticorpos e, portanto, a sua dosagem nessas circunstâncias pode estar prejudicada. Nos casos SAF-símile com repetidos testes negativos para anticoagulante lúpico e anticardiolipina, devem ser consideradas outras causas de trombofilia e a possibilidade de anticorpos anti- $\beta 2$ -GP1. Em casos excepcionais, poderá haver exclusivamente a presença de anticorpos anticardiolipinas da classe IgA.

Desafios da Reabilitação Profissional para o Século XXI – Estudo dos Fatores Prognósticos de Segurados Incapacitados para o Trabalho, com Doenças Crônicas da Coluna Vertebral, Encaminhados pela Perícia Médica do INSS, por Acidente do Trabalho ou Doença Comum, para o Programa de Reabilitação Profissional, no Período de 1993 a 1997, em Campinas (SP)

Nazira Mahayri

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva com área de concentração em Epidemiologia
Orientador: Djalma de Carvalho Moreira Filho

Introdução

No início do século XX, as características dos trabalhadores foram determinadas em função da revolução industrial e, no final do século XX, pela revolução do conhecimento, com novas exigências pessoais e profissionais, caracterizadas por menos produtividade, treinamento, informação e mais competitividade, conhecimento e educação. Assim, o perfil do trabalhador do século XXI pôde ser enunciado, segundo a Unesco, como: criativo, comunicativo, responsável, flexível, informado, com elevado nível de conhecimento tecnológico, empreendedor e socializado. É nesse cenário que se insere a reabilitação profissional (RP) como desafio para o século XXI. No entanto, cabe lembrar que a RP é um processo multidisciplinar que envolve diversas áreas do conhecimento – sociologia, psicologia, medicina, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional e saúde pública. No Brasil, é um benefício reconhecido pela Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. A RP tem por objetivo promover o retorno ao mercado de trabalho dos segurados que, em decorrência de doença e/ou acidente de qualquer natureza ou causa, encontram-se impossibilitados parcial ou totalmente de desenvolver suas atividades profissionais.

Objetivo

Avaliar fatores prognósticos do programa de RP de segurados acidentados do trabalho ou com doença comum (sem nexos causais ocupacionais ou relação com o trabalho) com doenças crônicas da coluna vertebral, quando comparados com outros segurados acidentados do trabalho ou não, bem como, as suas repercussões para os resultados do processo de RP, no período de 1993 a 1997, em Campinas, SP, Brasil.

Métodos

Realizou-se um estudo descritivo com cinco coortes de segurados, utilizando dados secundários extraídos do registro de 1.306 segurados com residência fixa em Campinas, encaminhados pela perícia médica do INSS para o Centro de Reabilitação Profissional de Campinas, SP (CRP-Campinas-SP), em decorrência de acidente do trabalho ou doença comum associados ao tipo de desfecho. Avaliaram-se os fatores prognósticos desses segurados em programa de RP, por meio de carac-

terísticas sócio-demográficas, diagnóstico, vínculo empregatício, ocupação e tipo de atividade econômica. Assim, foram alocadas cinco coortes consecutivas de segurados (1993: 731 casos; 1994: 873 casos; 1995: 989 casos; 1996: 742 casos; e 1997: 995 casos) com incapacidade para o trabalho a partir da data da reunião de avaliação inicial. As coortes de segurados aptos ao programa de RP foram acompanhadas por meio de dados dos registros dos técnicos do CRP-Campinas-SP (seguimento passivo) durante cinco anos. Os pacientes foram agrupados em três categorias principais, de acordo com o CID-10 – grupo I (*dorsopatias, espondilopatias e síndrome pós-laminectomia* [M40-M54 e M96.1]); grupo II (*transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão* [M70]) e grupo III (*lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas* [S00-T98]). O teste de associação de Pearson, as curvas de Kaplan-Meier e o modelo de regressão proporcional de Cox foram usados na análise estatística e o programa SAS system.

Resultados

Comparando-se os três grupos diagnósticos encontraram-se diferenças significativas entre as curvas de sobrevivência dos grupos M40-M54 e M96.1 e o grupo S00-T98. O sexo e a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) foram significativos para o modelo de tempo de permanência no programa de RP. As variáveis acidente ou não de trabalho, estar ou não empregado, avaliação inicial para programa de RP, escolaridade e idade não foram significativas. No grupo M70, as variáveis acidente ou não de trabalho, avaliação inicial para programa de RP, sexo, escolaridade, idade, CNAE e ano foram significativas ($p < 0,05$). No entanto, no grupo S00-T98 nenhuma das variáveis foi significativa. Os homens do grupo M70 apresentaram significância estatística somente quanto à variável acidente ou não de trabalho. Para as mulheres desse mesmo grupo, porém, as variáveis acidente ou não de trabalho, avaliação inicial e ano de ingresso para o programa de RP, idade e CNAE foram estatisticamente significativas.

Conclusões

A variável sexo foi o principal fator prognóstico para o tempo de permanência em programa de RP. Assim, no atual contexto social e econômico, as mulheres com

doenças crônicas da coluna vertebral apresentaram maior dificuldade de reinserção no mercado de trabalho. Além disso, este estudo propiciou informações im-

portantes para a implementação de programas de prevenção secundária, avaliação do serviço de RP de Campinas, bem como futuros estudos epidemiológicos.

Frequência do Sistema Antigênico (Pro)Filagrina em Queratinócitos Orais de Pacientes com Artrite Reumatóide

Renata Trigueirinho Alarcon

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde
Orientador: Luís Eduardo C. Andrade

Introdução

O sistema de auto-anticorpos direcionados a epítomos citrulinados é bastante evidente na artrite reumatóide (AR), mas raramente é observado em outras doenças. Esses auto-anticorpos são, provavelmente, produzidos no tecido sinovial reumatóide, uma vez que o título do anticorpo anti-peptídeo citrulinado é 7,5 vezes maior na sinóvia do que no soro. A citrulinização é um processo regular da célula, mediado pela enzima peptidilarginina deiminase (PAD) na presença de cálcio, no qual um resíduo de arginina é transformado em citrulina. Um dos dois haplótipos principais de PAD4 mostrou-se aumentado em pacientes reumatóides japoneses, quando comparados a controles. No entanto, esse achado não foi encontrado em pacientes ingleses. A presença de um excesso de epítomos citrulinados na fibrina densa da sinóvia de pacientes com AR, mas não em pacientes com artrose, pode sugerir uma citrulinização aumentada na sinóvia reumatóide.

Objetivo

Testar, por meio do estudo da imunoexpressão de epítomos citrulinados em queratinócitos orais humanos, a hipótese de que a citrulinização esteja aumentada em pacientes reumatóides, bem como a possível associação entre a imunoexpressão de (pro)filagrina, anti-fator perinuclear e parâmetros clínicos da doença.

Métodos

Foram selecionados 78 pacientes com diagnóstico de AR, provenientes do Hospital São Paulo, São Paulo

(SP), Brasil, 62 pacientes com outras doenças auto-imunes que não AR (ODRAI) e 51 indivíduos sem doenças auto-imunes (NAI). Foi coletado sangue para pesquisa de APF e queratinócitos da mucosa oral para pesquisa do sistema antigênico (pro)filagrina, por meio da imunofluorescência indireta (IFI). Os soros foram considerados APF-positivos quando possuíam pelo menos cinco células com grânulos cerato-hialinos com fluorescência característica.

Resultados

A imunoexpressão de (pro)filagrina em queratinócitos orais, de acordo com análise qualitativa, foi detectada em 35,9% dos pacientes do grupo AR, 37,3% do NAI e em 24,2% do grupo ODRAI; esta diferença, entretanto, não foi significativa ($p=0,236$). Por outro lado, a frequência de queratinócitos com o sistema antigênico (pro)filagrina foi significativamente menor no grupo AR quando comparado aos ODRAI e NAI ($p=0,012$). A frequência de APF não diferiu em pacientes com AR positivos (53,8%) ou negativos (63,5%) para a imunoexpressão de (pro)filagrina em queratinócitos orais ($p=0,474$).

Conclusões

Observamos reduzida frequência de queratinócitos orais com sistema antigênico (pro)filagrina em pacientes com AR quando comparados com indivíduos sem doenças auto-imunes. Não encontramos relação entre sistema antigênico (pro)filagrina e a presença do anticorpo APF ou seu título, como também com os parâmetros clínicos da doença.

A Visão Atual do Jovem Reumatologista

As doenças reumáticas, embora bastante antigas, tiveram seu estudo oficialmente reconhecido há menos de oito décadas. E, há pouco mais de 50 anos, após a descoberta dos antiinflamatórios, conseguimos dar certo alívio às dores crônicas de nossos pacientes.

Como se trata de uma especialidade relativamente jovem, a reumatologia acaba sendo vítima do desconhecimento. Na última década, diversas campanhas de valorização da reumatologia têm sido feitas, por meio das sociedades médicas e grupos de apoio a pacientes reumáticos. É essencial a divulgação da reumatologia entre os médicos de outras especialidades, bem como entre a população em geral, que, muitas vezes, desconhece nosso campo de atuação.

Nesse contexto de desconhecimento do reumatologista, caracterizado pela grande variedade de doenças de diagnóstico e tratamento não totalmente definidos, é que o jovem reumatologista chega atualmente ao mercado de trabalho. Assim, a multiplicidade de ações que podemos fazer é ilimitada, desde o infinito mundo da investigação clínica e diagnóstica à pesquisa básica aplicada.

Nossa especialidade é essencialmente clínica, entretanto, a melhor acurácia dos métodos de diagnóstico pode trazer diversos benefícios ao reumatologista e ao paciente. O auxílio com métodos de imagem e procedimentos osteoarticulares invasivos permite o melhor diagnóstico das enfermidades reumáticas e ainda é pouco explorado e utilizado pela maioria dos reumatologistas. Da mesma forma que o cardiologista especializa-se em vários métodos diagnósticos, o reumatologista pode, sim, empreender nesse caminho.

Focando as ações nas queixas principais de nossos pacientes, observamos que a maioria delas é, por definição, crônica – da lombalgia mecânica comum à fibromialgia. A atuação do reumatologista pode, então, iniciar no consultório, promovendo melhoria da qualidade de vida, analgesia efetiva e reabilitação a curto e longo prazos. Além disso, pode difundir para a área hospitalar, na qual o

campo de trabalho ainda é pouco explorado. Equipes multidisciplinares, trabalhando em conjunto com a nossa especialidade, podem trazer muito conforto, estabilização do quadro e, até mesmo, a cura de várias enfermidades.

O nosso comprometimento com o paciente reumatológico não se limita a um diagnóstico acurado, com alívio da dor e melhora das condições físicas, mas se amplia para o correto conhecimento fisiopatológico de nossas doenças. Nesse assunto tão abrangente, temos duas grandes atuações para o jovem reumatologista: a pesquisa clínica aplicada e a básica. Elas podem ou não ser complementares. A pesquisa aplicada tem como principal objetivo o tratamento, o senso comum de melhora do paciente. Ela pode não trazer mais conhecimentos sobre a doença, pode ter sido fruto de pesquisas básicas ou até mesmo, *per se*, trazer um conhecimento novo da patogênese da doença em questão. A pesquisa básica tem como foco a fisiopatologia, o total conhecimento de causalidade da doença, proporcionando assim, um tratamento mais eficaz e adequada prevenção de doenças.

Nossas atividades reumatológicas não param nisso. Nossa missão em início de carreira é divulgar para a comunidade médica e para a sociedade em geral, o real papel e gama de ações do médico reumatologista, a fim de que todos sejam beneficiados – a comunidade, que será corretamente encaminhada; os pacientes, com diagnóstico e tratamento mais precoce; e nós mesmos, pela otimização e valorização de nossas habilidades profissionais.

De meu ponto de vista, há um grande futuro para nós, jovens reumatologistas! Amplo é ainda o caminho do jovem reumatologista e cientista! Ao trabalho, pois energia nunca é escassa aos jovens!

Romy Beatriz Christmann de Souza
Pós-graduanda em Reumatologia da FMUSP
Especialista em Reumatologia pela FMUSP

Top 10

O problema do potencial aterotrombótico de antiinflamatórios não hormonais

The problem of the atherothrombotic potential of nonsteroidal anti-inflammatory drugs

Bolten WW, Klaus Miehke-Klinik Wiesbaden. *Ann Rheum Dis* 2005 (on line)

O processo vascular inflamatório é de extrema relevância para a patogênese da aterosclerose. No cenário reumatológico, a inibição da inflamação é o objetivo final do uso dos antiinflamatórios tradicionais ou dos inibidores seletivos da ciclooxigenase-2 (COX-2). Essas drogas têm efeitos diferentes sobre a inibição da prostaciclina (PGI₂) e síntese de tromboxano (TXA₂) na parede dos vasos e nas plaquetas. A perda dessa homeostase pode aumentar o potencial aterogênico em pacientes tratados por longos períodos. Em estudos clínicos, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral ocorreram mais frequentemente durante o tratamento com rofecoxibe, celecoxibe, valdecoxibe, naproxeno e AAS do que quando comparados ao grupo placebo. Lumiracoxibe, naproxeno e ibuprofeno não mostraram qualquer diferença na incidência de eventos adversos cardiovasculares em outros ensaios clínicos. Assim, para outros AINHs e inibidores seletivos COX-2, não existem dados conclusivos consistentes e já publicados com relação ao risco cardiovascular. Até o momento, um potencial aterogênico aumentado tem sido assumido para todos os AINHs e inibidores seletivos COX-2.

Efetividade das recomendações para prevenir a reativação de tuberculose latente em pacientes tratados com anti-TNF

Effectiveness of recommendations to prevent reactivation of latent tuberculosis infection in patients treated with tumor necrosis factor antagonists

Carmona L, Gomez-Reino JJ, Rodriguez-Valverde V, Montero D, Pascual-Gomez E, Mola EM, Carreno L, Figueroa M. *Arthritis Rheum* 2005; 52(6): 1766-72

Os autores investigaram o impacto das recomendações oficiais de como conduzir a tuberculose latente e ativa em pacientes tratados com terapia biológica. Dados sobre a taxa de tuberculose ativa e sobre o rastreamento e tratamento de tuberculose latente foram extraídos do BIOBADASER (*Spanish Society of Rheumatology Database on Biologic Products*), um registro de pacientes com doenças reumáticas tratados com terapia biológica. A taxa de tuberculose ativa entre os pacientes BIOBADASER foi comparada com o banco de dados geral da população espanhola. Os pacientes BIOBADASER com artrite reumatóide foram comparados com uma coorte de pacientes reumatóides do EMECAR (*Morbidity and Clinical Expression of Rheumatoid Arthritis*) que não receberam agentes anti-TNF e foram seguidos por cinco anos. Infecção ativa por tuberculose foi observada em 34 pacientes, dos quais 32 tinham iniciado terapia biológica previamente às recomendações oficiais de tuberculose latente e dois iniciaram o tratamento após essas recomendações. Todos os casos ocorreram durante o tratamento com infliximabe. Antes das recomendações, a taxa de tuberculose ativa em pacientes BIOBADASER foi quase 21 vezes maior do que na população espanhola geral. Após as recomendações, 324 pacientes com PPD maior do que 5mm e/ ou achados radiológicos sugestivos de tuberculose foram tratados com isoniazida por nove meses. Com isso, observou-se queda de mais de 80% na taxa de tuberculose ativa em pacientes BIOBADASER ($p=0,008$). Não houve reações adversas, hospitalizações ou mortes relacionadas ao tratamento com isoniazida.

Alterações dos marcadores ósseos e da cartilagem após terapia intra-articular com corticosteróides, com ou sem repouso subsequente, em pacientes com artrite reumatóide

Changes of cartilage and bone markers after intra-articular glucocorticoid therapy with and without postinjection rest in rheumatoid arthritis patients

Weitoft T, Larsson A, Saxne T, Ronnblom L. *Ann Rheum Dis* 2005 (on line)

É sabido que a imobilização articular melhora o efeito terapêutico das infiltrações intra-articulares do joelho com corticosteróides, visto que parece retardar a absorção dos esteróides. Os autores investigaram as alterações do metabolismo ósseo (osteocalcina e deoxipiridinolina) e da cartilagem (COMP) após o tratamento intra-articular de sinovite de joelho com corticosteróides em 20 pacientes com artrite reumatóide. Os pacientes foram randomizados para permanecer restritos ao leito por 24 horas ou retomar as atividades normais após o procedimento. Marcadores séricos e urinários foram medidos durante duas semanas. Após a infiltração, houve redução dos níveis de COMP em ambos os grupos, principalmente nos pacientes que ficaram em repouso ($p < 0,001$). No entanto, a osteocalcina diminuiu significativamente, enquanto a deoxipiridinolina não mudou nos dois grupos. Assim, os autores sugerem que o repouso pode ter um efeito protetor da cartilagem após a infiltração intra-articular do joelho.

Efeitos do tratamento com a teriparatida (rhPTH [1-34]) na geometria estrutural do fêmur proximal em mulheres idosas osteoporóticas

Effects of teriparatide (rhPTH [1-34]) treatment on structural geometry of the proximal femur in elderly osteoporotic women

Uusi-Rasi K, Semanick LM, Zanchetta JR, Bogado CE, Eriksen EF, Sato M, Beck TJ. *Bone* 2005; 36(6): 948-58

Os autores avaliaram os efeitos da teriparatida (rhPTH 1-34) sobre a estrutura do quadril em 558 mulheres na pós-menopausa, que foram randomicamente alocadas para receber placebo (N=189), teriparatida 20µg (N=186) ou 40µg (N=183), dia-

riamente, por 20 meses. A estrutura do quadril foi analisada pelo programa "Hip Structure Analysis (HSA)". Não houve diferença significativa da idade ou dados antropométricos entre os grupos. A teriparatida aumentou a densidade óssea e melhorou a resistência óssea e propriedades geométricas do fêmur proximal em ambos os grupos tratados. A média de diferença na área transversal do osso no grupo que recebeu 20µg e 40µg foi de 3,5% e 6,3%, respectivamente. A droga também aumentou a resistência à torção em 4% a 7%, de acordo com a dose utilizada. A instabilidade cortical foi significativamente menor (5% a 9%) no grupo droga do que no grupo placebo. Dessa forma, o tratamento com a teriparatida melhora a espessura cortical, a resistência à torção e a estabilidade femoral.

Efeito do alendronato sobre a incidência de fraturas osteoporóticas sintomáticas de acordo com a idade

Effect of alendronate on the age-specific incidence of symptomatic osteoporotic fractures

Hochberg MC, Thompson DE, Black DM, Quandt SA, Cauley J, Geusens P, Ross PD, Baran D; for the FIT Research Group. *J Bone Miner Res* 2005; 20(6): 971-6

Os autores avaliaram os dados de 3.658 mulheres na pós-menopausa (55 a 80 anos de idade) com osteoporose que foram recrutadas para o "Fracture Intervention Trial". As pacientes foram tratadas com placebo ou alendronato 5mg/dia por dois anos, seguidos por 10mg/dia por mais 12 a 36 meses. Observaram redução do risco relativo de fratura vertebral sintomática, femoral e de punho em todas as faixas etárias, sem evidência de declínio nos mais idosos. O alendronato reduziu o risco de fratura de quadril em 53% (RR=0,47; IC 95% 0,27-0,81; $p < 0,01$). Na coluna vertebral e no punho reduziu a taxa de fraturas em 45% (RR=0,55; IC 95%=0,37-0,83; $p < 0,01$) e 31% (RR=0,69; IC 95% 0,50-0,98; $p = 0,038$), respectivamente. Além disso, o alendronato diminuiu 40% o risco de múltiplas fraturas (RR=0,60; IC 95%=0,47-0,77;

$p < 0,01$). Como a redução do risco relativo de fratura permaneceu constante, a redução do risco absoluto com alendronato aumentou com a idade, em razão do incremento do risco de fratura relacionada à idade no grupo placebo. A diminuição do risco absoluto para os eventos combinados de fraturas (quadril, vértebra e punho) no grupo alendronato foi de 65 (pacientes com idade entre 55 a 65 anos), 80 (pacientes com idade entre 65 e 70 anos), 111 (pacientes com idade entre 70 e 75 anos) e 161 (pacientes com idade superior a 75 anos) mulheres com fraturas/10.000 pessoas-ano. Assim, o alendronato é eficiente em reduzir o risco de fratura sintomática em todos os grupos etários.

A toxicidade cardiovascular de inibidores seletivos e não seletivos da ciclooxigenase: comparação, diferenças e confusão com a aspirina

The cardiovascular toxicity of selective and nonselective cyclooxygenase inhibitors: comparisons, contrasts, and aspirin confounding

Konstantinopoulos PA, Lehmann DF. J Clin Pharmacol 2005; 45(7): 742-50

A suspensão prematura dos ensaios clínicos ADAPT (*Alzheimer Disease Anti-inflammatory Prevention*) e APC (*Adenoma Prevention with Celecoxib*) ocasionou intensa revisão do perfil de segurança cardiovascular dos anti-inflamatórios tradicionais e dos inibidores seletivos da COX-2. Os autores revisam a situação atual dos AINHS e dos COX-2. Discutem os prováveis mecanismos envolvidos, bem como a farmacodinâmica dos efeitos da aspirina sobre as plaquetas e a interferência dos derivados do ácido propiônico (ibuprofeno e naproxeno). Apontam que a aspirina pode ter confundido a conclusão equivocada da relação do naproxeno com os desfechos cardiovasculares no ensaio clínico ADAPT. E concluem com as recomendações sobre o uso dos COX-2 e o tempo apropriado para o uso da co-administração da aspirina com os AINHS tradicionais.

Risco de infarto do miocárdio em pacientes usando inibidores da Cox2 ou antiinflamatórios não hormonais convencionais: análise caso-controle com base populacional

Risk of myocardial infarction in patients taking cyclooxygenase-2 inhibitors or conventional non-steroidal anti-inflammatory drugs: population based nested case-control analysis

Hippisley-Cox J, Coupland C. BMJ 2005; 330(7504): 1366

Os autores determinaram o risco comparativo de infarto do miocárdio (IAM) em pacientes usando inibidores seletivos da Cox2 e outros AINHS tradicionais em unidades básicas de saúde, no período de 2000 a 2004. O risco foi determinado em pacientes com e sem doença arterial coronariana prévia e que usavam ou não aspirina, por meio de um estudo caso-controle. Trezentos e sessenta e sete médicos generalistas enviaram os dados de 9.218 pacientes com diagnóstico de IAM para o banco de dados UK QRESEARCH, bem como os dados de 86.349 indivíduos controles, pareados para sexo e idade. A análise foi ajustada para tabagismo, comorbidades e uso de estatinas, estrogênios, aspirina e antidepressivos. Um significativo aumento significativo do risco de IAM foi associado ao uso atual de rofecoxibe (OR=1,32, IC 95% 1,09-1,61); diclofenaco (OR=1,55, IC 95% 1,39-1,72) e ibuprofeno (OR=1,24, IC 95% 1,11-1,39). O uso atual de naproxeno e celecoxibe apresentou apenas tendência de associação ao maior risco de IAM. Não foi observada nenhuma significativa interação entre o uso de AINHS e aspirina com IAM.

Efeito do etanercepte sobre anticorpos anti-peptídeos cíclicos citrulinados e fator reumatóide em pacientes com artrite reumatóide

The effect of etanercept on anti-cyclic citrullinated peptide antibodies and rheumatoid factor in patients with rheumatoid arthritis

Chen HA, Lin KC, Chen CH, Liao HT, Wang HP, Chang HN, Tsai CY, Chou CT. *Ann Rheum Dis* 2005 (on line)

Os autores avaliaram as alterações dos anticorpos anti-peptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP, por ELISA) e fator reumatóide (FR, por nefelometria) após o tratamento com etanercepte (25mg, duas vezes por semana, por três meses) em 90 pacientes com artrite reumatóide. O tratamento com DMARDs foi permitido durante o estudo. No início do estudo, 45 dos 52 pacientes que receberam etanercepte (86,5%) e 32 dos 38 pacientes controle (84,2%) eram positivos para anti-CCP. O FR foi positivo em 78,9% e 84,2% dos pacientes com e sem tratamento com etanercepte, respectivamente. O nível sérico do anti-CCP e FR diminuíram, significativamente, após o terceiro mês de tratamento com etanercepte ($p=0,007$). A média individual de redução para cada paciente foi de 31,3% para anti-CCP e 36% para FR. A variação no anti-CCP foi relacionada positivamente ao índice de atividade da doença, edema e dor articular, FR e PCR. Assim, etanercepte combinado aos tradicionais DMARDs ocasionou maior redução dos anti-CCP e FR do que DMARDs usados isoladamente.

Bloqueio do fator de necrose tumoral no tratamento da espondiloartropatia juvenil

Anti-tumor necrosis factor alpha blockade in the treatment of juvenile spondylarthropathy

Tse SM, Burgos-Vargas R, Laxer RM. *Arthritis Rheum* 2005; 52(7): 2103-8

Os autores investigaram o impacto dos anti-TNFs sobre a espondiloartropatia juvenil (EAJ) refratária aos tradicionais AINHs, DMARDs e corticosteróides. Avaliaram dez pacientes com EAJ, com média de idade de $15 \pm 0,7$ anos e duração de doença de $4,4 \pm 0,8$ anos. Todos eram HLA-B27 positivos e foram acompanhados por 12 meses após o início do tratamento (infliximabe em oito e etanercepte em dois pacientes). No primeiro momento, todos os pacientes tinham artrite e entesites ativas refratárias aos AINHs ($n=10$), me-

totrexato ($n=6$), sulfasalazina ($n=8$), corticosteróides (oral em seis; endovenoso em três; e intra-articular em seis) e bisfosfonatos ($n=2$). Após o início da terapia biológica, houve melhora da artrite e entesite em todos os pacientes (critérios de remissão do TEC – *tender entheses count* e AJC – *active joint count*) durante os 12 meses de seguimento. Os marcadores de inflamação e os escores do C-HAQ (*Childhood Health Assessment Questionnaire*) normalizaram e houve uma redução do uso e da dose de AINH ($n=10$), metotrexato ($n=5$), sulfasalazina ($n=6$), corticosteróides ($n=4$) e bisfosfonatos ($n=1$).

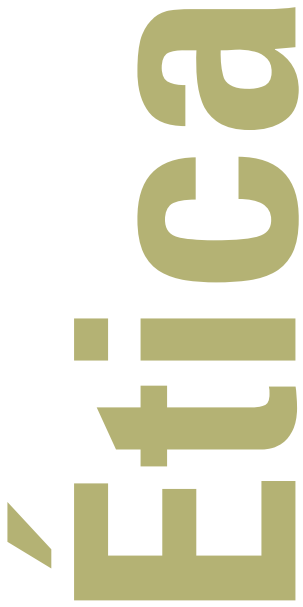
Fatores preditores ao diagnóstico da subsequente ocorrência de convulsões no lúpus eritematoso sistêmico

Factors at diagnosis predict subsequent occurrence of seizures in systemic lupus erythematosus

Mikdashi J, Krumholz A, Handwerger B. *Neurology* 2005; 64(12): 2102-7

Os autores determinaram os fatores de risco associados com convulsão em 195 pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, por meio de estudo prospectivo (1992 a 2004). As manifestações neuropsiquiátricas (NP) foram definidas de acordo com os critérios e nomenclaturas propostos pelo ACR. As convulsões foram definidas de acordo com a Classificação Internacional de Síndromes Epilépticas. Observaram que 28 dos 195 (14%) pacientes com LES tinham convulsões (21 crises generalizadas e 7 parciais). Epilepsia e convulsões recorrentes ocorreram em 12 dos 28 pacientes (43%). Verificaram que convulsões isoladas são comuns em lúpicos e epilepsia é menos frequente, apesar de relevante. Os principais fatores de risco ao diagnóstico associados foram elevado índice de atividade da doença (SLEDAI); manifestações neuropsiquiátricas prévias, principalmente psicose; moderados ou altos níveis de anticorpos anticardiolipinas e anti-Sm; sexo masculino e maior índice de dano tecidual (SLIC).

A Ética na Medicina



Qualquer comunidade, por menor que seja, tem como característica o relacionamento entre os indivíduos que a compõem, constituindo-se dessa maneira a pedra fundamental que influencia a formação de uma sociedade.

O bom convívio entre as pessoas dos mais diversos grupos sociais deve ser pautado pela ética, que avalia a conduta humana individual ou coletiva do ponto de vista do bem e do mal, e suas consequências aos outros componentes da sociedade.

O conceito de ética no exercício profissional também é muito importante, especialmente na medicina, cujas características proporcionam ao médico a detenção de conhecimento e o domínio de técnicas diagnósticas e terapêuticas, levando ao poder de cura, mas também ao risco de causar graves lesões aos pacientes. Faz-se necessário, então, a existência de um código de Ética minucioso, com regras rígidas que garantam aos pacientes a sua proteção.

Desta forma, o Código de Ética Médica discorre sobre a responsabilidade e os cuidados que o médico deve ter no exercício profissional com os pacientes, proporcionando-lhes proteção. Essa necessidade foi percebida de longa data e os primeiros conceitos de ética foram propostos por Hipócrates no século V a.C.

Em nosso país, os conselhos de medicina têm tido atuação muito firme em defesa desses princípios éticos, orientando os médicos quanto à necessidade de observar com rigor as regras estabelecidas e desenvolvendo uma luta incessante pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde, proporcionando, assim, melhores condições de trabalho para o médico e proteção ao paciente.

Entretanto, não é apenas com relação ao paciente que o médico tem de observar a ética, mas também na relação com os colegas e, especialmente, com indústrias farmacêuticas e de produtos médicos. Esta é uma conexão no mínimo perigosa, cujos limites entre o que

é ético e não ético são nebulosos, por isso deve ser o mais transparente possível para a sociedade. Preocupado com esta questão, o Conselho Federal de Medicina editou a resolução 1.595/2000, na qual, após várias considerações, determina:

Art. 1º Proibir a vinculação da prescrição médica ao recebimento de vantagens materiais oferecidas por agentes econômicos interessados na produção ou comercialização de produtos farmacêuticos ou equipamentos de uso na área médica.

Art. 2º Determinar que os médicos, ao proferir palestras ou escrever artigos divulgando ou promovendo produtos farmacêuticos ou equipamentos para uso na medicina, declarem os agentes financeiros que patrocinam suas pesquisas e/ou apresentações, cabendo-lhes ainda indicar a metodologia empregada em suas pesquisas – quando for o caso – ou referir a literatura e bibliografia que serviram de base à apresentação, quando essa tiver por natureza a transmissão de conhecimento proveniente de fontes alheias.

Parágrafo único. Os editores médicos de periódicos, os responsáveis pelos eventos científicos em cujos artigos, mensagens e matérias promocionais forem apresentadas são co-responsáveis pelo cumprimento das formalidades prescritas no *caput* deste artigo.

A nosso ver esta resolução também deve ser observada pelas várias entidades representativas dos médicos em seu relacionamento com a sociedade.

É necessário que o médico observe rigorosamente os padrões éticos de conduta, declarando a existência de conflitos de interesse ao elaborar trabalhos científicos e ao ministrar palestras, nas quais o tema verse sobre algum medicamento ou produto farmacêutico específico. E, por fim, as entidades médicas também devem ter o cuidado ao vincular seu nome a medicamentos, pesando os prós e contras, mas não é desejável que isto ocorra.

Ivone Minhoto Meinão

XVIII Jornada Paulista de Reumatologia

XI Encontro de Reumatologia Avançada 2005

A XVIII JPR/XI ERA foi um enorme sucesso em São Paulo. Contou com a participação de mais de 600 inscritos, um recorde desse evento. Reumatologistas de todos os Estados do país compareceram, especialmente mineiros, fluminenses e cearenses. E não podemos esquecer a maciça participação do interior paulista: quase 200 reumatologistas prestigiaram o evento, mais uma evidência da força e do carisma de nosso presidente, Manoel Barros Bértolo. Campinas promete!

A palestra sobre o atual mercado de trabalho médico foi bastante concorrida, assim como a de fibromialgia e de transplante autólogo no tratamento das doenças auto-imunes.

No contexto geral, o evento foi considerado muito bom por 59,3% dos participantes e bom por 38,7%. A sessão de pôsteres foi considerada muito boa por 24,3% e boa por 54,1% dos presentes. A frequência de mais de 70% de presença em todas as palestras foi outro ponto alto do evento.

O programa científico foi relatado como bom por 35,5% e muito bom por 63,2%. O conteúdo das apresentações e o nível dos apresentadores foi referido como bom por 51% e 34,2%, e muito bom por 46,5% e

64% dos participantes, respectivamente. A organização foi boa para 26,5% e muito boa para 72,9% dos congressistas. A exposição comercial foi considerada adequada por quase 80% dos presentes.

A maior parte dos participantes ficou sabendo do evento por meio dos veículos de nossa própria sociedade – *RPR* (11%); e-mail (20%) e site (10%) –, bem como por cartazes e folhetos de divulgação (16,8% e 30,3%, respectivamente).

Os convidados internacionais enaltecem nosso grande evento. O dr. Jorge Román-Blas (EUA) versou sobre as perspectivas para a abordagem da osteoartrite; a dra. Heloisa Helena Braga Sawaya (EUA) nos presenteou com a palestra sobre os eventos moleculares da esclerose sistêmica; o dr. Ferdinand C. Breedveld (Holanda) discorreu sobre a artrite reumatóide de início precoce; já o dr. Artur J. de Brum-Fernandes (Canadá) abordou o papel das prostaglandinas

no metabolismo ósseo e a baixa probabilidade de existir a COX3.

Os dados estatísticos do evento estão enumerados abaixo:

1. Inscrição por categoria:

Sócios: 173 (28,8%); palestrantes: 104 (17,3%); não sócios: 133 (22,2%); residentes e pós-graduandos: 145 (24,1%); estudantes (graduação e participantes de ligas acadêmicas de reumatologia): 46 (7,6%).

2. Balanço financeiro:

Receitas = R\$ 344.997,00

Despesas = R\$ 197.914,90

Lucro = R\$ 147.082,10

3. Apoio e patrocínio:

Abbott, Aché, Apsen, Aventis, Bristol, Center Fórmula, Cristalia, Drogaderma, JN Rumos, Marjan, Merck Sharp & Dohme; Novartis, Pfizer, Raclede, Roche, SAR, Schering-Plough, TRB Pharma, Wyeth, Zambon, Zodiac.

A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) foi a grande premiada do XI ERA. O trabalho científico vencedor do prêmio SPR, na Área Clínica, foi “Síndrome de Lyme-símile ou complexo infecto-reacional do carrapato – Síndrome de Baggio-Yoshinari”, de autoria de Gauditano G, Bonoldi VLN, Costa IP, Battesti DMB, Barros PJJ, Fonseca AH, Higuchi ML, Yoshinari NH. O estudo envolveu diversos centros – Reumatologia do HCFMUSP e UFMS; Parasitologia do Instituto Butantã e da UFRRJ; Patologia do INCOR. Na Área Básica, o trabalho vencedor foi “Análise da expressão de CD59, MAC e alterações morfológicas musculares em dermatomiosite juvenil”, de autoria de Pileggi Gonçalves F, Sallum AME, Costa K, Kiss MH, Silva CAA, Marie SKN, Ferriani VPL. Esse trabalho também contou com a participação conjunta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto e de São Paulo (Instituto da Criança – Departamento de Pediatria, Neurologia e Reumatologia Pediátrica).

Resumo dos trabalhos premiados

ÁREA CLÍNICA

A doença de Lyme (DL) tem sido pesquisada no Brasil há aproximadamente 15 anos e neste momento do estudo, propomos descrever a existência de uma síndrome original de cunho infeccioso e reacional transmitida por carrapatos e causada por microorganismo(s), que pode(m) conviver de forma simbiótica ou patogênica com o hospedeiro. **Pacientes e métodos:** pacientes enviados ao LIM-17 HCFMUSP com suspeita de DL. Sorologias (ELISA e Western-blotting) para *Borrelia burgdorferi*. Análise do sangue pela microscopia de campo escuro. Pesquisa do esfregaço sangüíneo corado pelo Giemsa e Fontana. Cultura de sangue, liquor, material de biópsias e carrapatos semeados em meio BSK. PCR para identificar *B. burgdorferi sensu lato* ou gênero *Borrelia*. Microscopia eletrônica do sangue. **Resultados:** identificou-se pacientes com manifestações clínicas compatíveis com DL, incluindo presença de eritema migratório, complicações sistêmicas articulares, neurológicas e cardíacas. Observou-se grande tendência a recidivas dos sintomas, principalmente nos casos diagnosticados tardiamente. Análise epidemiológica revelou participação de carrapatos, em especial do gênero *Amblyomma*. A sorologia para *B. burgdorferi* foi positiva nos pacientes, com tendência a negatar-se pós tratamento. PCR para identificar gênero *Borrelia* foi negativo. Microscopia de campo escuro demonstrou presença de inúmeros microorganismos semelhantes às espiroquetas, porém incultiváveis, mesmo quando enviados a laboratórios de referência. A microscopia eletrônica mostrou associação de inúmeros microorganismos com características de *Mycoplasmas*, *Chlamídias* e espiroquetas. **Conclusão:** propomos a existência de uma nova síndrome clínica que exhibe aspectos clínicos compatíveis aos de infecções e de enfermidades reacionais, que desenvolve manifestações clínicas semelhantes às encontradas na DL, transmitidas por carrapatos e causada por microorganismos "latentes" constituídos de micoplasmas, *chlamídias* e espiroquetas. A doxiciclina é relativamente eficaz, porém novas drogas como levofloxacina poderiam ser úteis. Apoio Financeiro: FAPESP; Centro de Estudos em Reumatologia.

ÁREA BÁSICA

A deposição do complexo de ataque à membrana (MAC) do sistema complemento sobre os capilares intramusculares ocorre precocemente na dermatomiosite juvenil (DMJ) e deve ter um papel na fisiopatologia da doença. Avaliamos a expressão de CD59 (proteína de membrana reguladora da atividade do MAC) em capilares intramusculares e fibras musculares de pacientes com DMJ e estudamos suas relações com a expressão de MAC e características morfológicas. **Material e métodos:** análise imunoistoquímica com anticorpo monoclonal anti-CD59 (YTH53.1) e anti-MAC (aE11) em 35 biópsias de pacientes com DMJ e oito controles normais, com avaliação semi-quantitativa das estruturas marcadas. Estudo das correlações entre expressão de CD59, deposição de MAC, características histológicas e grau de depleção capilar presentes em cada caso. **Resultados:** observou-se importante diminuição na expressão de CD59 em capilares intramusculares em 84,4% dos casos de DMJ e em fibras musculares em 31,4%. A diminuição da expressão de CD59 em capilares apresentou correlação significativa com características morfológicas típicas da fase aguda da doença, como: perda miofibrilar ($p=0,0001$), fibras em regeneração ($p=0,0001$), fibras necróticas ($p<0,0001$), infiltrado inflamatório perivascular ($p<0,0001$), infiltrado inflamatório endomysial ($p<0,0001$), atrofia perifascicular ($p=0,01$), e grau de depleção capilar ($p=0,02$). A diminuição da expressão de CD59 em fibras também mostrou correlação significativa com o grau de depleção capilar ($p=0,009$), infiltrado inflamatório perivascular ($p=0,009$), presença de perda miofibrilar ($p=0,01$) e de fibras em regeneração ($p=0,004$). Analisando-se os casos com diminuição na expressão de CD59 em capilares, observou-se correlação inversa com a expressão de MAC em capilares ($p=0,005$). Observou-se, também, correlação significativa entre a expressão de CD59 em capilares e em fibras, em cada caso ($p=0,003$). **Conclusão:** a diminuição da expressão de CD59 deve ter um papel na fisiopatologia da fase aguda da DMJ.

1



2



3



4



5



6



7



8



9



10



11



12



13



XVIII JORNADA PAULISTA DE REUMATOLOGIA, XI ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA

Evento realizado no Maksoud Plaza Hotel, São Paulo (SP)

entre os dias 19 e 21 de maio de 2005

(1) Dr. Jorge Román-Blas, Estados Unidos; (2) Dra. Heloísa Helena Braga Sawaya, Estados Unidos; (3) a partir da eq., Dra. Iêda M.M. Laurindo, Dr. Cristiano Zerbini e Dr. Adil Muhib Samara; (4) Coquetel; (5) a partir da eq., Viviane, da empresa Eventus, e Dr. Flávio Petean; (6) Dr. Ricardo Xavier e Dr. Manoel Barros Bértolo; (7) a partir da eq., Dr. Wiliam Habib Chahade, Dr. Manoel Barros Bértolo e Dr. Fernando Cavalcanti;

(8) a partir da eq., Dr. José Luiz Gomes do Amaral, Dra. Ivone Meinão e Dr. Fernando de Souza Cavancanti; (9) Dr. Manoel Barros Bértolo e Dr. Flerts Nebó; (10) Dr. Ferdinand C. Breedveld, Holanda; (11) Visão geral do auditório; (12) Dr. Jamil Natour; (13) a partir da eq., Dr. Abel Pereira de Souza Jr., Dra. Eliana Spina, Dr. João Carlos Edel Lestingi, Dr. Manoel Bértolo e Dr. Rubens Bonfiglioli.

14



16



18



19



15



17



(14) a partir da eq., Dra. l da Laurindo, Dr. Manoel B rtolo e Dr. Ferdinand C. Breedveld; (15) Entrega do Pr mio Pesquisa Clínica; (16) Entrega do Pr mio Pesquisa Básica; (17) Dr. Artur J. de Brum-Fernandes, Canadá; (18) Dr. Ari Radu e Dr. Manoel B rtolo; (19) Visão geral do auditório

AMB

A AMB, o CFM e o Ministério da Saúde promoveram o debate e a publicação de novas diretrizes em diversas doenças, inclusive na área da Reumatologia (SBR). As diretrizes constantes do terceiro volume do Projeto Diretrizes da AMB e CFM, referentes à nossa especialidade, são: Espondiloartropatias – espondilite anquilosante, artrite psoriásica e outras artropatias; artrite reumatóide – diagnóstico e tratamento; Fibromialgia; Lúpus eritematoso sistêmico – tratamento do acometimento cutâneo/articular e do acometimento sistêmico; Osteoartrite – tratamento.

2005**NACIONAIS****Jornada de Reumatologia de Botucatu**

Data: 15 de setembro de 2005

Local: Botucatu – SP

Contato: (11) 3284-0507 c/ Márcia, SPR

Jornada de Reumatologia de São Carlos

Data: 1 de outubro de 2005

Local: São Carlos – SP

Contato: (11) 3284-0507 c/ Márcia, SPR

XV Jornada de Reumatologia do Cone Sul

Data: 20 a 22 de outubro de 2005

Local: Gramado – RS

Contato: www.vjs.com.br

E-mail: vjs@vjs.com.br

I Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Osteoporose

Data: 24 a 26 de novembro de 2005

Local: São Paulo – SP

Contato: paradigma@paradigmaeventos.com.br

E-mail: vjs@vjs.com.br

Encontro Rio-São Paulo de Reumatologia

Data: 1 a 4 de dezembro de 2005

Local: Búzios – RJ

Contato: (11) 3284-0507 c/ Márcia, SPR

SITE SPR

O site da SPR 2004/2005 tem duas novidades: a seção “Encontre seu Reumatologista” e a separação entre o conteúdo informal (leigos) e o científico. Dessa forma, os sócios quites devem se **RECADASTRAR**. O importante é que os reumatologistas paulistas terão os seus nomes e endereços divulgados no site de leigos.

Visite o site www.reumatologiasp.com.br

Agenda

INTERNACIONAIS**27th Annual Meeting of the American Society for Bone and Mineral Research (ASBMR)**

Data: 23 a 27 de setembro de 2005

Local: Nashville, Tennessee, EUA

Contato: www.asbmr.org

ACR 2005: 69th Annual Scientific Meeting of the American College of Rheumatology

Data: 13 a 17 de novembro de 2005

Local: San Diego – CA, EUA

Tel.: 404-633-3777 – Fax: 404-633-1870

Contato: www.acr.org

E-mail: acr@rheumatology.org

2006**NACIONAIS****VI Congresso Brasileiro de Reumatologia Pediátrica**

Data: 17 a 20 de maio de 2006

Local: Belo Horizonte – MG

Contato: sbre@terra.com.br

Congresso Brasileiro de Reumatologia

Data: 6 a 9 de setembro de 2006

Local: Campinas – SP

Contato: (11) 3284-0507

c/ Márcia, SPR



Fórum de Debates

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

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

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

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

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



Terceiro Fórum de Debates. A partir da esq., drs. Manoel Barros Bértolo, José Roberto Provenza, Eduardo Coelho Andrade, Percival Degraça Sampaio-Barros



Quarto Fórum de Debates. A partir da esq., drs. Sônia M.A. Anti, Abel Pereira de Souza Jr., José Carlos Mansur Szajubok, Lívia Uehara, Fernanda M. Alves da Silva, Luiz Carlos Latorre, Manoel Barros Bértolo

Terceiro Fórum (4 de maio de 2005)

O Terceiro Fórum de Debates do ano versou sobre o tema “Hipertensão pulmonar e esclerose sistêmica”.

Coordenação: prof. dr. José Roberto Provenza (Serviço de Reumatologia da PUC de Campinas).

Debatedores: dra. Fabiana Beraldo Ferreira (PUC-Campinas), prof. dr. Luís Eduardo C. Andrade (Unifesp/EPM) e dr. Percival Sampaio-Barros (Unicamp).

Quarto Fórum (10 de agosto de 2005)

O Quarto Fórum de Debates do ano versou sobre o tema “LES com manifestações hematológicas”.

Coordenação: prof. dr. Abel Pereira de Souza Jr. (Serviço de Reumatologia da Faculdade de Medicina do ABC).

Debatedores: dra. Sônia M.A.A. Lima (HSPE/FMO), dr. José Carlos M. Szajubok (HSPE/FMO), dra. Lívia Uehara (hematologista da Faculdade de Medicina do ABC e do Instituto Fleury) e dr. Luís C. Latorre (Hospital Heliópolis).

Próximos eventos (1.ª quarta-feira do mês)

14 de setembro • 5 de outubro • 9 de novembro



Visão geral do auditório, AMB, São Paulo (SP)



Visão geral do auditório, AMB, São Paulo (SP)