

# Revista Paulista de Reumatologia

Volume 11

Número 3

Jul./set. 2012

ISSN 1809-4635

[www.reumatologiasp.com.br](http://www.reumatologiasp.com.br)



Visão parcial da cidade de Santos-SP

Uma publicação trimestral da  
Sociedade Paulista de Reumatologia

## **PALAVRA DO PRESIDENTE**

- 3 Caros amigos PAULO LOUZADA JUNIOR

## **EDITORIAL**

- 4 Valorização e reconhecimento: frutos da razão e da paixão?

FÁBIO JENNINGS, HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA, NAFICE COSTA ARAÚJO, PAULO ROBERTO STOCO ROMANELLI, RENÉ DONIZETI RIBEIRO DE OLIVEIRA, SANDRA H. WATANABE

## **ARTIGOS ORIGINAIS/REVISÕES/DESCRIÇÃO DE CASOS CLÍNICOS**

- 5 Vasculite livedoide: relato de caso e revisão da literatura

*Livedoid vasculitis: case report and literature review*

ROBERTA DE MORAES LUZ REIS, BRUNA SAVIOLI LOPEZ FERNANDEZ, RENATA NACARATO, VIVIAN PALMA ARTISSIAN, BEATRIZ NEGRETTI GUIRADO, NAFICE COSTA ARAUJO, WILIAM HABIB CHAHADE

- 10 Síndrome da pseudotromboflebite em paciente com gota

*Pseudothrombophlebitis syndrome in patient with gouty*

JOSÉ MARQUES FILHO

## **VISÃO DO EXPERT**

- 14 Infecções e tratamento: atualização no diagnóstico e no tratamento do paciente reumático imunossuprimido

EDGARD TORRES R. NETO

## **RHEUMA**

- 17 Trabalhos premiados no ERA 2012 RENÉ DONIZETI RIBEIRO DE OLIVEIRA

## **PUBLICAÇÕES**

- 21 Top 10 HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA, NAFICE COSTA ARAÚJO, PAULO ROBERTO

STOCO ROMANELLI, RENÉ DONIZETI RIBEIRO DE OLIVEIRA, SANDRA H. WATANABE

## **ARTRÓFILO**

- 27 Trabalhos apresentados no Eular 2012 HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA

## **ÉTICA**

- 36 Assistência médica hospitalar JOSÉ MARQUES FILHO

## **DEFESA PROFISSIONAL**

- 38 Remuneração médica PAULO ROBERTO STOCO ROMANELLI

## **RAIO X**

- 41 Reumatologia Pediátrica da Faculdade de Ciências Médicas do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas MARAÍSA CENTEVILLE, ROBERTO MARINI, SIMONE APPENZELLER

## **PERSPECTIVAS**

- 44 Entrevista com os candidatos à presidência da Sociedade Brasileira de Reumatologia

CÉSAR EMILE BAAKLINI, GEORGES BASILE CHRISTOPOULOS

## **IMAGEM EM REUMATOLOGIA**

- 50 Doença de Paget FERNANDA CALIL MACHADO NETTO, DENISE DE FÁTIMA FORTESKI, LENITA ADRIANA MAZZI, YANNE SANTOS MONTINO, LUIZ CARLOS LATORRE

## **EM SENDO REUMATOLOGISTA**

- 51 Be a rheumatologist SANDRA H. WATANABE

## **LADO B – ALMA LITERÁRIA**

- 52 Presente da vida BARBARA CARVALHO

- 53 NOTICIÁRIO

- 61 AGENDA

## Resultados Positivos



## Resultados Positivos



**MABTHERA®**  
rituximabe

AR SOROPOSITIVA, RESPOSTA POSITIVA<sup>1,2</sup>

**Referências Bibliográficas:** 1. Dörner T, Kinnman N, Tak PP et al. Targeting B cells in immune-mediated inflammatory disease: A comprehensive review of mechanisms of action and identification of biomarkers. *Pharmacology & Therapeutics* 125 (2010) 464-75. 2. Isaacs JD, Olech E, Tak PP et al. Autoantibody-positive rheumatoid arthritis patients have enhanced clinical response to rituximab when compared with seronegative patients. *Poste de número FRI 0256- EULAR 2009*. [http://www.abstracts2view.com/eular/view.php?nu=EULAR02L\\_FRI0256](http://www.abstracts2view.com/eular/view.php?nu=EULAR02L_FRI0256). Acessado em 10/01/2011.

**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; Leucemia Linfóide Crônica (LLC) em combinação com quimioterapia em pacientes não tratados previamente e com doença recaída / refratária ao tratamento; Artrite Reumatoide após falha ou intolerância aos anti-TNFs, em combinação com metotrexato. **Contraindicações:** MabThera® é contra-indicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida ao rituximabe e a qualquer componente do produto ou a proteínas murinas. **Precauções e advertências:** Reações infusionais principalmente pacientes com carga tumoral acima de 25.000 células malignas circulantes/mm<sup>3</sup>, 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 <1,5x10<sup>9</sup>/L e/ou contagens de plaquetas <75x10<sup>9</sup>/L. Monitorar pacientes com histórico de infecção por hepatite B quando em associação à quimioterapia citotóxica. Casos de hipogamaglobulinemia e casos de reativação de hepatite B foram relatados em artrite reumatoide. A solução preparada para infusão não deverá ser administrada como injeção intravenosa ou em infusão em bolo. Pré-medicação deverá ser sempre administrada antes de cada infusão (vide posologia). 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/dispnéia, 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/m<sup>2</sup>/semana por 4 semanas. *Em associação à quimioterapia CVP* - 375mg/m<sup>2</sup>, a cada 21 dias, por 8 ciclos, administrado no dia 1 de cada ciclo. *Terapia de manutenção:* 375mg/m<sup>2</sup> a cada 2 meses por 2 anos. **LNH B, difuso de grandes células** - 375mg/m<sup>2</sup>, 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 corticosteróide do CHOP. **Leucemia linfocítica crônica (LLC):** 375mg/m<sup>2</sup>, IV, no dia 1 do primeiro ciclo de tratamento seguido por 500mg/m<sup>2</sup>, IV, no dia 1 de cada ciclo subsequente por 6 ciclos em combinação com o esquema quimioterápico. **Artrite Reumatoide:** 1.000mg IV no dia 1 e no dia 15. Pré-medicação, consistindo de analgésico/antipirético e anti-histamínico deverá ser sempre administrada antes de cada infusão de MabThera®. Glicocorticoide também deve ser administrado para diminuir a incidência e a severidade das reações infusionais. *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, 1.729 - Jaguaré - CEP 05321-900 - São Paulo - SP - Brasil. Outubro/2011. IMI 1421-11.

serviço de informações  
☎ 0800-7720-292  
[www.roche.com.br](http://www.roche.com.br)

**Conselho Editorial**

Fábio Jennings, Hérica Cristiani Barra de Souza, Nafice Costa Araújo, Paulo Roberto Stocco Romanelli, Renê Donizeti Ribeiro de Oliveira, Sandra H. Watanabe

**Correspondência**

Rua Maestro Cardim, 354, conjuntos 53, 71 e 72, CEP 01323-000, São Paulo, SP  
Fone/fax: (11) 3284-0507, e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

**Sociedade Paulista de Reumatologia**

**DIRETORIA EXECUTIVA 2012/2013**

**Presidente**

Paulo Louzada Junior

**Vice-Presidente**

Silvio Figueira Antonio

**Diretor Científico**

Eduardo Ferreira Borba Neto

**1º Secretário**

Flávio Calil Petean

**2º Secretário**

José Alexandre Mendonça

**1º Tesoureiro**

Marcelo de Medeiros Pinheiro

**2º Tesoureiro**

Renê Donizeti Ribeiro de Oliveira

**Presidente Eleito 2014/2015**

Dawton Yukito Torigoe

**Conselho Fiscal e Consultivo**

Ari Stiel Radu Halpern, Jamil Natour, José Carlos Mansur Szajubok, Luiz Carlos Latorre, Manoel Barros Bértolo, Rina Dalva Neubarth Giorgi, William Habib Chahade

**Departamento de Reumatologia da Associação Paulista de Medicina**

Presidente: Ivone Minhoto Meinão; 1º Secretário: Charles Helden de Moura Castro; 2º Secretário: Plínio José do Amaral; Coordenadora Científica: Deborah Colucci Cavalcante de Souza

**Comissão Científica**

Andrea B. V. Lomonte, Célio Roberto Gonçalves, Cristiano Barbosa Campanholo, Edgard Torres dos Reis Neto, Marcos Renato de Assis, Paulo Roberto Stocco Romanelli, Renata Ferreira Rosa, Renê Donizeti Ribeiro de Oliveira, Simone Appenzeller, Sônia Maria Alvarenga Antí Loduca Lima, Virgínia Fernandes Moça Trevisani

**Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional**

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

**Comissão de Educação Médica**

Cristiano Barbosa Campanholo, Fabíola Reis de Oliveira, Lucienir Maria da Silva, Rita Nely Vilar Furtado, Sérgio Couto Luna Almeida, Wagner Felipe de Souza Weidebach

**Comissão do Interior**

Cesar Emile Baaklini (Marília), Cláudia Saad Magalhães (Botucatu), Fabíola Reis de Oliveira (Ribeirão Preto), Ibsen Bellini Coimbra (Campinas), João Perchiavalli Filho (Santos), José Eduardo Martinez (Sorocaba), José Roberto Silva Miranda (Vale do Paraíba), Marianna Nechar Marques (Catanduva), Paulo de Tarso Nora Verdi (Araçatuba), Roberta de Almeida Pernambuco (Bauru), Roberto Acayaba Toledo (São José do Rio Preto), Rogério Carvalho Vieira Chachá (São Carlos)

**Representantes da Reumatologia Pediátrica**

Claudio A. Len, Clovis Artur Almeida da Silva, Maria Teresa S. L. R. Ascensão Terrieri, Paulo Roberto Stocco Romanelli, Virgínia Paes Leme Ferriani

**Site**

Daniel Brito de Araújo, Luiza Helena Coutinho Ribeiro, Marina Gonçalves Veras de Moraes, Rodrigo de Oliveira

**Endereço**

Rua Maestro Cardim, 354, conjuntos 53, 71 e 72, 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

Fones: (11) 3368-4545 / 3368-5095

www.etceteraeditora.com.br

## Caros amigos

Estamos preparando para setembro o IV Curso de Imunologia, organizado pelo Prof. Dr. Luis Eduardo Coelho Andrade, no qual toda a parte básica referente à resposta imunitária inata e adquirida será revisada e ministrada de forma integrada e interativa. Tenho certeza de que o curso será de grande proveito a todos os sócios da Sociedade Paulista de Reumatologia.



Uma boa notícia. A *Revista Brasileira de Reumatologia* foi agora indexada ao *Web of Science*, a partir do ano de 2010, permitindo que ela tenha um fator de impacto do *Journal Citation Reports (JCR)* em 2013. Assim, convidando todos os membros da Sociedade Paulista de Reumatologia a submeterem os seus trabalhos à *RBR*, com o intuito de aumentar o fator de impacto da revista, que é o portal científico da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Em relação a nossa revista, ela também tem se reformulado e aprimorado, e tenho certeza que todos vocês irão apreciar este número.

Abraços

PAULO LOUZADA JUNIOR

*Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia*

*Gestão 2012/2013*

[www.reumatologiasp.com.br](http://www.reumatologiasp.com.br)

Serviço de atendimento ao leitor: (11) 3284-0507  
e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

## Valorização e reconhecimento: frutos da razão e da paixão?



Ao folhear as páginas deste número da *RPR*, constata-se o grande progresso da reumatologia em nosso Estado: elevado nível das apresentações do XVIII Encontro de Reumatologia Avançada, número recorde de trabalhos aceitos no Eular e vários eventos nacionais e internacionais realizados ainda no primeiro semestre de 2012.

Essa evolução decorre de um longo processo, com muito esforço, tempo e suor, além de apego aos mais profundos valores éticos e científicos (a tal da razão?) de toda a comunidade reumatológica: clínicos, acadêmicos, ativistas, cientistas, jovens e veteranos. Não podemos deixar de lado, porém, a paixão que nos move. Só o amor a nossa especialidade pode explicar a dedicação e empenho ao cuidar de nossos pacientes, produzir cada vez mais e melhores evidências científicas e divulgar a reumatologia para leigos e não leigos.

Reconhecendo e principalmente valorizando nossos colegas, publicamos nas diversas seções da revista os seus trabalhos científicos; brindamos a criatividade e inovação em novas mídias; propagamos cursos e encontros realizados pelos serviços de reumatologia de São Paulo; exaltamos a boa prática médica e defendemos nossos interesses profissionais.

Respondendo a diversas solicitações, na Visão do Expert, o Dr. Edgard Torres R. Neto nos traz um resumo dos temas apresentados durante o elogiado Curso Pré-Congresso: "Infecções e tratamento: atualização no diagnóstico e no tratamento do paciente reumático imunossuprimido", realizado durante o XVIII ERA.

Destacamos na seção Perspectivas a entrevista realizada com os dois candidatos à presidência da Sociedade Brasileira de Reumatologia, os doutores César Emile Baakline e Georges Basile Christopoulos. Nesse espaço democrático, ambos os candidatos, que possuem vasta experiência e história no âmbito da reumatologia nacional, puderam detalhar suas ideias e propostas.

A paixão, às vezes abafada, mas nunca esquecida, aquece também a poesia da Dra. Bárbara Carvalho. Não podemos viver só de ossos, tendões e cartilagens. Alma e coração são órgãos vitais e precisam se alimentados.

Para finalizar, deixamos para reflexão uma frase do controverso escritor Raduan Nassar: "A razão jamais é fria e sem paixão".

Estaremos sempre aguardando suas sugestões, opiniões, críticas e colaborações.

Grande abraço,

FÁBIO JENNINGS, HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA,  
NAFICE COSTA ARAÚJO, PAULO ROBERTO STOCCO ROMANELLI,  
RENÉ DONIZETI RIBEIRO DE OLIVEIRA, SANDRA H. WATANABE

*Editores*

# Vasculite livedoide: relato de caso e revisão da literatura

## *Livedoid vasculitis: case report and literature review*

Roberta de Moraes Luz Reis<sup>(1)</sup>, Bruna Savioli Lopez Fernandez<sup>(1)</sup>, Renata Nacarato<sup>(1)</sup>, Vivian Palma Artissian<sup>(1)</sup>, Beatriz Negretti Guirado<sup>(2)</sup>, Nafice Costa Araujo<sup>(3)</sup>, Wiliam Habib Chahade<sup>(4)</sup>

1. Médica especializanda primeiranista em Reumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE-FMO).
2. Médica residente segundianista em Reumatologia do HSPE-FMO.
3. Médica preceptora do Serviço de Reumatologia do HSPE-FMO.
4. Chefe do Serviço de Reumatologia do HSPE-FMO.

Endereço para correspondência: Roberta de Moraes Luz Reis. Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira (HSPE-FMO). Rua Pedro de Toledo, 1.800, 6º andar, Vila Clementino, CEP 04039-901, São Paulo-SP  
E-mail: rocaml@ibest.com.br

### RESUMO

Vasculite livedoide é uma afecção crônica da pele caracterizada por componente vascular trombótico. Seu acometimento é observado principalmente em membros inferiores, com lesões purpúricas dolorosas e posterior aparecimento de úlceras. Acomete principalmente mulheres dos 30 aos 60 anos de idade. Por sua natureza, o tratamento a ser instituído visa ao controle de fatores trombóticos. Os pacientes devem receber terapêutica anticoagulante, antiagregante plaquetário ou imunoglobulina EV, na refratariedade.

**Unitermos:** vasculite livedoide, púrpuras em membros inferiores, anticoagulação.

### SUMMARY

*Livedoid vasculitis is a chronic skin disorder characterized by thrombotic vascular component. It is characterized primarily by involvement of the lower limbs, with painful purpuric lesions and later appearance of ulcers. It mainly affects women between 30 to 60 years. Because its nature, the treatment to be instituted aimed at controlling thrombotic factors. Patients should receive anticoagulant therapy, antiplatelet or IV immunoglobulin in refractoriness.*

**Key words:** livedoid vasculitis, purpura on the lower limbs, anticoagulation.

### INTRODUÇÃO

A vasculite livedoide (VL) é uma afecção cutânea vascular trombótica rara<sup>(1)</sup>. Caracteriza-se por sua cronicidade. Pode permanecer por alguns anos ou perpetuar-se com surtos e remissões<sup>(2)</sup>. Foi descrita inicialmente em 1929 por Milian, que a denominou atrofia branca de Milian<sup>(3)</sup>. O autor associou a doença à sífilis – fato que hoje pode ser compreendido devido à presença de VDRL falso-positivo em alguns pacientes com VL associada a anticorpos antifosfolípides. Em 1967, Bard e Winkelman descreveram a doença como a afecção atualmente conhecida como vasculite livedoide<sup>(4)</sup>. Tal enfermidade acomete principalmente as vênulas pós-capilares com vasculite cutânea que se manifesta principalmente por púrpura palpável.

A doença recebe inúmeros sinônimos na literatura, entre os quais podemos citar: vasculite com hialinização segmentar<sup>(5)</sup>, atrofia branca, livedo reticular com ulceração sazonal<sup>(6)</sup> e *Purple (painful purpuric ulcers with reticular pattern of the lower extremities)*<sup>(7)</sup>. A variedade de sinônimos encontrados na literatura pode prejudicar a pesquisa científica sobre o assunto.

### RELATO DE CASO

RRO, 42 anos de idade, masculino, branco, casado, natural de Itapetininga-SP, tabagista, agente penitenciário. Previamente hipertenso em uso irregular de captopril. Há seis meses iniciou quadro de lesões purpúricas palpáveis, fixas, não descamativas, pruriginosas ou dolorosas em membros inferiores que evoluíram para lesões ulceradas



no início do verão. Negava febre, perda ponderal, fadiga, mialgia e/ou fraqueza muscular, artralgia e/ou artrite, úlceras de mucosas, dor testicular, alterações neurológicas, respiratórias ou gastrointestinais.

Ao exame físico o paciente encontrava-se em bom estado geral, hidratado, corado, acianótico, anictérico, afebril, eupneico, lúcido e orientado no tempo e espaço. PA: 140 x 95 mmHg. FR: 12 irpm. FC: 80 bpm. Ausculta cardíaca e respiratória sem alterações. Abdomo plano, normotenso, sem visceromegalias palpáveis, indolor à palpação superficial e/ou profunda, ruídos hidroaéreos presentes. Membros inferiores com livedo reticular exuberante até a raiz da coxa e presença de lesões ulceradas necróticas além de lesões purpúricas palpáveis. Os pulsos periféricos eram amplos e simétricos, sem edema ou sinais de TVP (**Figuras 1 e 2**).

As principais hipóteses diagnósticas foram poliarterite nodosa e vasculite livedoide. Solicitaram-se exames para investigação diagnóstica, que incluíram: hemograma completo, função hepática, função renal, eletrólitos, VHS, PCR, sorologias para hepatites B e C, anti-HIV, anti-ENA, FAN, Anti-DNA, ANCA, FR, crioglobulinas, C3 e C4, anticardiolipina, anticoagulante lúpico, deficiências de proteínas C e S, deficiência de antitrombina, mutação do gene da protrombina, fator V de Leiden, homocisteína, eletroforese de proteínas, radiografia do tórax e ECG, todos dentro da normalidade. Realizada biópsia da lesão e angiotomografia de abdome. A principal hipótese inicialmente considerada foi poliarterite nodosa. Como o paciente apresentava várias ulcerações necróticas em membros inferiores, optou-se

por iniciar tratamento com prednisona com 40 mg/dia e AAS 100 mg/dia enquanto aguardávamos os laudos do histopatológico e da angiotomografia.

A biópsia cutânea evidenciou vasos de pequeno e médio calibre na derme profunda com trombo luminal de material fibrinoide e infiltrado linfocítico ao redor. Ausência de leucocitoclasia. Angiotomografia abdominal não evidenciou aneurismas, estenoses ou qualquer outra alteração vascular.

Como os exames laboratoriais e de imagem foram normais e a biópsia cutânea, muito sugestiva de VL, consideramos vasculite livedoide a principal hipótese diagnóstica. Por ter havido melhora das lesões após o tratamento instituído, o paciente recebeu alta hospitalar e está em acompanhamento ambulatorial com redução gradual da dose de corticoide. Manteve-se o uso de AAS 100 mg/dia e colchicina 1 mg/dia.

Considerando-se a raridade dessa doença, realizou-se revisão da literatura abordando os principais aspectos e achados dessa patologia.

## REVISÃO DA LITERATURA

A prevalência mundial estimada da VL é de um caso para cada 100 mil habitantes/ano<sup>(8)</sup>. A proporção entre os sexos é de quatro mulheres para cada homem acometido<sup>(9)</sup>. Existe um pico de incidência dos 30 aos 60 anos de idade, porém, indivíduos de qualquer faixa etária podem ser acometidos<sup>(10)</sup>. Segundo relatos da literatura, não há variação conforme etnia e/ou localização geográfica<sup>(8-10)</sup>.



**Figura 1** – Livedo reticular exuberante em membros inferiores.



**Figura 2** – Lesões ulceradas necróticas e purpúricas em membros inferiores.

A patogênese não está totalmente esclarecida, porém, o conceito antigo de que a VL seja uma vasculite verdadeira já não é aceito por muitos. A teoria mais aceita atualmente é a vasoclusiva<sup>(11)</sup>. Conforme M. Calmont et al.<sup>(12)</sup>, há aumento dos níveis de fibrinopeptídeo A. Há presença de plaquetas reativas, anticorpos anti-P seletina e linfócitos ativados, reforçando a natureza trombótica da doença<sup>(13)</sup>. Existe participação de níveis elevados de homocisteína sérica<sup>(14)</sup>. Além disso, um recente estudo tailandês evidenciou que indivíduos com genótipo CC e alelo MTHFR C677T são mais propensos ao desenvolvimento da doença<sup>(15)</sup>.

Segundo Lefebvre et al.<sup>(16)</sup>, podemos definir a VL como afecção trombótica que afeta vasos dérmicos superficiais e profundos, caracterizada por hialinização da parede vascular, proliferação endotelial, depósitos de fibrina e formação de trombos intramurais. A descrição histológica clássica da doença evidencia deposição fibrinoide na parede do vaso, associada a trombo intraluminal e infiltrado inflamatório misto. Inicialmente, há predomínio de neutrófilos e, posteriormente, o infiltrado é caracteristicamente linfocítico<sup>(16)</sup>. Além disso, o infiltrado inflamatório é escasso ou ausente, assim como a leucocitoclasia.

Na imuno-histoquímica há deposição de imunocomplexos de IgG, IgM e C3 na parede vascular correspondente à hialinização vista na coloração HE<sup>(17)</sup>. Esses achados são típicos de doença antiga ou ainda quando associada a doenças autoimunes<sup>(18)</sup>.

A VL é descrita como idiopática ou associada a entidades bastante distintas entre si, porém assemelhando-se por estarem associadas a um aumento no risco de trombose, seja por disfunção endotelial, por alteração do fluxo sanguíneo ou por hipercoagulabilidade<sup>(19)</sup> (**Tabela 1**).

Há uma tendência na literatura a associar a VL às síndromes de hipercoagulabilidade congênitas e adquiridas. Das diversas trombofilias descritas, destacam-se: síndrome do anticorpo antifosfolípide, mutação do fator V de Leiden, mutação do gene da protrombina, deficiência da antitrombina, deficiência da proteína C, anticoagulante lúpico, hiper-homocisteinemia e criofibrinogenemia.

A prevalência estimada de mutação no gene protrombina é de 0,7% a 2,6% em pessoas saudáveis em comparação com 4% a 8% em pacientes que tiveram um primeiro episódio de trombose venosa profunda. Na variação do gene da protrombina G20210A, a mutação está localizada na região 3 não traduzida do gene da protrombi-

na, resultando numa alteração de guanina para adenina na posição 20.210 nucleotídeo. Esta mutação é associada aos níveis plasmáticos elevados de protrombina. Vários relatórios recentes têm associado a VL à mutação no gene protrombina<sup>(20-23)</sup>.

A deficiência de proteína C tem uma prevalência estimada menor que 3%. A proteína C é uma vitamina glicoproteína K-dependente com ações anticoagulante e fibrinolítica. A deficiência de proteína C com a proteína C funcional em níveis menores que 65% está associada com maior risco de eventos trombóticos. Há relatos de que a VL possa estar associada à deficiência de proteína C com uma melhora clínica após o tratamento antiplaquetário (dipiridamol e aspirina)<sup>(24-25)</sup>.

O inibidor do ativador de plasminogênio (PAI)-1 é uma glicoproteína que inibe o sistema fibrinolítico. A falha da ativação do plasminogênio é causada pelo aumento nos níveis de PAI-1 e é encontrada em alguns pacientes com eventos trombóticos venosos. O gene para o PAI-1 tem vários *loci* polimórficos. O alelo 4G é responsável pela maior síntese de PAI-1. O primeiro caso de VL associado ao aumento da atividade no soro da PAI-1 homozigoto, para o polimorfismo PAI-1 promotor, foi recentemente descrito<sup>(26-27)</sup>.

No LES, as vasculites de vasos de médio calibre podem se apresentar com livedo reticular ou isquemias cutâneas (ulcerações). A VL é geralmente associada a anticorpos antifosfolípidos e é muito rara no LES; nesses casos, pode afetar não só os membros inferiores, como

**Tabela 1** – Classificação de vasculopatia livedoide.

Primária – idiopática
Secundária
▪ Arteriosclerose
▪ Doença do tecido conjuntivo – LES
▪ Artrite reumatoide
▪ Diabetes
▪ Disproteinemia
▪ Crioglobulinemia
▪ Macroglobulinemias
▪ Hipertensão
▪ Dermite de estase

também locais atípicos como cotovelos ou dedos. Estudos sugerem que a VL pode representar uma característica prodrômica de lúpus no sistema nervoso central<sup>(28)</sup>. O papel dos processos imunológicos ou inflamatórios na patogênese da VL ainda está indefinido. A presença de reações imunológicas na parede do vaso e os complexos imunes circulantes favorecem uma hipótese imunológica.

Mimouni et al.<sup>(29)</sup> relataram 29 casos de VL, dos quais seis também apresentavam poliarterite nodosa cutânea (PAN). No exame histológico de biópsias profundas, a necrose de vasos médios que afetam a derme reticular e a gordura subcutânea foi observada, enquanto as biópsias superficiais apresentavam características típicas de VL. Quatro dos seis pacientes apresentaram evidências de mononeurite múltipla. Tratamentos imunossuppressores eram eficazes no tratamento das características cutâneas e neurológicas.

Na artrite reumatoide (AR), características cutâneas são comuns e podem se apresentar no início da doença. Chen et al.<sup>(30)</sup> estudaram 11 pacientes com vasculite cutânea associada a AR. A VL foi encontrada em apenas um paciente. Este doente foi positivo para o fator reumatoide (1:160) e FAN (1:1280), e tinha hipocomplementemia com complexos imunes circulantes.

Caracteristicamente, encontramos lesões purpúricas dolorosas em membros inferiores que frequentemente ulceram. As úlceras são crônicas e recorrentes com exacerbações no verão e no inverno. Podem evoluir com cicatrizes atróficas, brancas e irregulares, com telangiectasias e hiperpigmentação livedoide de hemossiderina perilesional.

Quando a suspeita clínica é levantada para VL, é de suma importância que a anamnese seja minuciosa em busca de dados que associem o quadro a um estado de hipercoagulabilidade ou a doenças do tecido conectivo.

Considerando-se a possível patogênese da VL, é fundamental que as ações sejam direcionadas para controle de eventos trombóticos. Diante do pressuposto, o uso de

meias elásticas é medida comportamental aceitável, assim como a cessação do tabagismo.

Em relação a medidas farmacológicas, existem diversas drogas relatadas na literatura. Considera-se aceitável o uso de ácido acetilsalicílico, assim como o de outros antiagregantes plaquetários (como o dipiridamol e a ticlopidina)<sup>(31)</sup>. O uso de pentoxifilina também é aceito na literatura<sup>(31-34)</sup>.

O cumarínico oral é uma droga bastante utilizada em casos de VL. O uso de outros anticoagulantes também é indicado pela literatura. Hairson et al.<sup>(35)</sup> relataram dois casos associados à trombofilia e indicaram como terapêutica o uso de heparina de baixo peso molecular (enoxaparina) na dose de 1mg/kg 12/12 horas. A mesma terapêutica foi indicada posteriormente em estudo de Gotlib et al.<sup>(36)</sup>, sugerindo que o uso de enoxaparina em VL associada à trombofilias e, em casos de resistência ao tratamento com varfarina sódica, pode ser útil.

Segundo estudo de Deng et al.<sup>(37)</sup>, o uso de ativador do plasminogênio tecidual (tPA) pode ser indicado em pacientes com altos níveis séricos do plasminogênio tecidual (PAI-1). Em casos refratários a outros métodos terapêuticos supracitados, Ravat et al.<sup>(38)</sup> encontraram sucesso terapêutico com imunoglobulina EV em dose de 400 mg/kg por cinco dias. Nesses casos, é fundamental que o médico especialista considere os riscos e benefícios da terapêutica empregada.

Por fim, encontramos relato de caso no qual uma paciente apresentava quadro algico intenso associado às lesões. Ela foi tratada com carbamazepina na dose de 200 mg duas vezes ao dia, associada a terapia antitrombótica, com resposta eficaz no controle da dor e das lesões<sup>(39)</sup>.

Concluindo, embora a VL seja uma patologia rara, o reumatologista deve pensar nessa possibilidade diagnóstica ante um quadro de púrpura palpável preferencialmente em MMII, com avaliação clínica, laboratorial e histopatológica no sentido de evitar erros diagnósticos e tratamentos deletérios.

## REFERÊNCIAS

1. Milian G. Les atrophies cutanees syphilitiques. Bull Fr Soc Dermatol Syphilol. 1929;36:865-71.
2. Bard JW, Winkelmann RK. Livedo vasculitis: segmental hyalinising vasculitis of the dermis. Arch Dermatol. 1967; 96:489-99.
3. Stevanovic DV. Atrophie blanche: a sign of dermal blood occlusion. Arch Dermatol. 1974;109:858-62.
4. Papi M, Didonda B, De Pitta O, et al. PURPLE (atrophie blanche): clinical, histological and immunological study of twelve patients. J Eur Acad Dermatol Venereol. 1997;9:129-33.
5. Fritsch P, Zelger B. Livedo-vasculitis. Hautarzt. 1995;46: 215-24.
6. Maessen-Visch MB, Koedam MI, Hamulyah K, et al. Atrophie blanche: a review. Int J Dermatol. 1999;38:161-72.



7. Maessen-Visch MB. Atrophie blanche. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000;90:1-2.
8. Milstone LM, Braverman IM, Lucky P, et al. Classification and therapy of atrophie blanche. *Arch Dermatol.* 1983; 119:963-9.
9. Shornick JK, Nicholes PD, Bergstresser PR, et al. Idiopathic atrophie blanche. *J Am Acad Dermatol.* 1983;8:792-8.
10. Elisaf M, Nikou-Stefanaki S, Drosos AA, et al. Atrophie blanche, clinical diagnosis and treatment. *Ann Med Interne (Paris).* 1991;142:415-8.
11. Yang LY, Chan HL, Chen SY, et al. Atrophie blanche. A clinical-pathological study of 27 patients. *Changgeng Yi Xue Za Zhi.* 1991;14:237-45.
12. McCalmont CS, McCalmont TH, Jorizzo JL, et al. Livedo vasculitis: vasculitis or thrombotic vasculopathy? *Clin Exp Dermatol.* 1992;17:4-8.
13. Khenifer-2009 Livedoid vasculopathy: thrombotic or inflammatory disease.
14. Browning CE, Callen JP. Warfarin therapy for livedoid vasculopathy associated with cryofibrinogenemia and hyperhomocysteinemia. *Arch Dermatol.* 2006;142:75-8. CrossRef, Web of Science Times Cited:12.
15. Meiss F, Marsch WC, Fischer M. livedoid vasculopathy. The role of hyperhomocysteinemia and its simple therapeutic consequences. *Eur J Dermatol.* 2006;16:159-62.
16. Lefebvre P, Motte S, Wautrecht JC, et al. Livedo vasculitis: report of case. *J Mal Vasc.* 1996;21(1):50-3.
17. Irani hakime NA, Stephan F, Kreidy R, et al. Livedoid vasculopathy associated with combined prothrombin G20210A and factor V(leiden) heterozygosity and MTHFR C77T homozygosity. *J Tromb thrombolysis.* 2008;26:31-4.
18. Cacuroccia B, Tonanzi T, Menagual G, et al. Livedoid vasculopathy and skin ulcers in patients with inherited thrombophilia. *Eur J Dermatol.* 2002;12:360-3.
19. Amato A, Chiarini C, Berti S, et al. Idiopathic Atrophie Blanche. *Skinmed.* 2006; 5(3):151-4.
20. Anavekar NS, Kelly R. Heterozygous prothrombin gene mutation associated with livedoid vasculopathy. *Australas J Dermatol.* 2007;48:120-3.
21. Davis MD, Wysokinski WE. Ulcerations caused by livedoid vasculopathy associated with a prothrombotic state: Response to warfarin. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58:512-5.
22. Gotlib J, Kohler S, Reicherter P, et al. Heterozygous prothrombin G20210A gene mutation in a patient with livedoid vasculitis. *Arch Dermatol.* 2003;139:1081-3.
23. Hairston BR, Davis MD, Pittelkow MR, et al. Livedoid vasculopathy: further evidence for procoagulant pathogenesis. *Arch Dermatol.* 2006;142:1413-8.
24. Boyvat A, Kundakci N, Babikir MO, et al. Livedoid vasculopathy associated with heterozygous protein C deficiency. *Br J Dermatol.* 2000;143:840-2.
25. Baccard M, Vignon-Pennamen MD, Janier M, et al. Livedo vasculitis with protein C system deficiency. *Arch Dermatol.* 1992;128:1410-1.
26. Dawson S, Hamsten A, Wiman B, et al. Genetic variation at the plasminogen activator inhibitor-1 locus is associated with altered levels of plasma plasminogen activator inhibitor-1 activity. *Arterioscler Thromb.* 1991;11:183-90.
27. Deng A, Gocke CD, Hess J, et al. Livedoid vasculopathy associated with plasminogen activator inhibitor-1 promoter homozygosity (4G/4G) treated successfully with tissue plasminogen activator. *Arch Dermatol.* 2006;142:1466-9.
28. Yasue T. Livedoid vasculitis and central nervous system involvement in systemic lupus erythematosus. *Arch Dermatol.* 1986;122:66-70.
29. Mimouni D, Ng PP, Rencic A, et al. Cutaneous polyarteritis nodosa in patients presenting with atrophie blanche. *Br J Dermatol.* 2003;148:789-94.
30. Chen KR, Toyohara A, Suzuki A, et al. Clinical and histopathological spectrum of cutaneous vasculitis in rheumatoid arthritis. *Br J Dermatol.* 2002;147:905-13.
31. Kern AB. Atrophie blanche: report of two patients treated with aspirin and dipyridamole. *J Am Acad Dermatol.* 1982;6: 1048-53.
32. Sauer GC. Pentoxifylline (Trental) therapy for the vasculitis of atrophie blanche. *Arch Dermatol.* 1986;122:380-1.
33. Sams WM. Livedo vasculitis: therapy with pentoxifylline. *Arch Dermatol.* 1998;124:684-7.
34. Drucker CR, Duncan WC. Antiplatelet therapy in atrophie blanche and livedo vasculitis. *J Am Acad Dermatol.* 1982; 7:359-63.
35. Hairston BR, Davis MDP, Gibson LE, et al. Treatment of livedoid vasculopathy with low-molecular-weight heparin. *Arch Dermatol.* 2003;139:987-90.
36. Gotlib J, Kohler S, Reicherter P, et al. Heterozygous prothrombin G20210A gene mutation in a patient with livedoid vasculitis. *Arch Dermatol.* 2003;139:1081-3.
37. Deng A, Gocke CD, Hess J, et al. Livedoid vasculopathy associated with plasminogen activator inhibitor-1 promoter homozygosity (4G/4G) treated successfully with tissue plasminogen activator. *Arch Dermatol.* 2006;142:1466-9.
38. Ravat FE, Evans AV, Russell-Jones R. Response of livedoid vasculitis to intravenous immunoglobulin. *British Journal of Dermatology.* 2002;147:166-9.
39. Danyele LA, Leandro TF. Vasculopatia livedoide. *Temas de Reumatologia Clínica.* 2009;99:103.

# Síndrome da pseudotromboflebite em paciente com gota

## *Pseudothrombophlebitis syndrome in patient with gouty*

José Marques Filho

Médico especialista em Reumatologia e Clínica Médica.

Doutorando em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo-SP.

Departamento de Clínica Médica da Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba-SP

Endereço para correspondência: José Marques Filho. Clínica de Reumatologia e Fisioterapia.

Rua Silva Jardim, 343, Centro, CEP 16010-340, Araçatuba-SP

E-mail: filho.jm@bol.com.br

### RESUMO

O aumento clinicamente significativo da bursa gastrocnêmio-semimembranosa é conhecido como cisto de Baker. A ruptura desse cisto resulta em edema e empastamento doloroso da panturrilha, clinicamente indistinguível da trombose venosa profunda. Por essa razão, a ruptura do cisto de Baker é referida na literatura como pseudotromboflebite. O autor descreve um caso de síndrome da pseudotromboflebite em paciente com quadro de artrite gotosa. Discute aspectos relativos ao diagnóstico e destaca a fundamental importância da ultrassonografia. Conclui que essa síndrome deve ser lembrada em pacientes com quadro clínico sugestivo de trombose venosa profunda de membros inferiores e artropatia de joelhos.

**Unitermos:** artrite gotosa, trombose venosa, cisto de Baker.

### SUMMARY

*Clinically significant and palpable enlargement of gastrocnemius-semimembranous bursa is known as Baker's cyst. The rupture of cyst result in a swollen and painful leg that is clinically indistinguishable from acute deep vein thrombosis. For this reason rupture cyst are sometimes called pseudothrombophlebitis. The author present a case of pseudothrombophlebitis syndrome observed in a patient with gouty and discusses some aspects related to this diagnosis and treatment. He calls the attention to the role of ultrasonography in the diagnosis of this condition mainly in those patients presenting with clinical signs of thrombophlebitis of the inferior member and knee arthropathy.*

**Key words:** arthritis, gouty, thrombophlebitis, popliteal cyst.

### INTRODUÇÃO

Adams<sup>(1)</sup>, em 1840, e posteriormente Baker<sup>(2)</sup> descreveram com detalhes o cisto da região poplíteia, localizado entre o tendão do músculo semimembranoso e a cabeça medial do músculo gastrocnêmio, devido ao aumento da pressão intra-articular.

Bernd et al.<sup>(3)</sup> publicaram em 1976 os primeiros casos dessa síndrome no Brasil, utilizando o termo pseudotromboflebite pela primeira vez, antecipando-se à Katz<sup>(4)</sup>, autor que o consagrou na literatura internacional. Foucher é citado nesse artigo como o primeiro autor a descrever, em 1856, a síndrome causada pela ruptura do cisto, enfatizando sua semelhança com a tromboflebite de membro inferior.

A causa dessa síndrome é a ruptura do cisto de Baker, localizado na região da fossa poplíteia, levando a um quadro doloroso agudo devido à infiltração do líquido sinovial nos planos musculares da panturrilha, com variável processo inflamatório local.

Clinicamente manifesta-se com dor de variável intensidade na região posterior da perna, impotência funcional do membro afetado, edema de panturrilha e, eventualmente, do tornozelo. O sinal de Homans frequentemente é positivo, exigindo do clínico o conhecimento dessa síndrome para que a coloque como diagnóstico diferencial diante de um quadro sugestivo de trombose venosa profunda.

A ruptura do cisto de Baker possivelmente seja mais frequente do que pode ser observado na literatura. Em

nosso meio, são raras as publicações referentes à síndrome da pseudotromboflebite<sup>(5)</sup>.

Este relato visa a divulgar essa síndrome, principalmente entre médicos não especialistas.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 49 anos de idade. Relatava história de crises monoarticulares episódicas, principalmente em membros inferiores, com diversos episódios que melhoravam rapidamente com o uso de anti-inflamatórios.

Negava ser portador de qualquer outra doença e não fazia uso de medicação de rotina.

Apresentava, como antecedentes, o hábito do tabagismo há muitos anos e referia beber cerveja todos os dias.

Procurou atendimento médico em virtude de apresentar crises repetidas de artrite em joelhos, com várias punções articulares com saída de líquido amarelo claro, sem investigação diagnóstica.

Após um episódio de artrite intensa do joelho esquerdo, apresentou crise de dor e edema na panturrilha esquerda; enviado ao cirurgião vascular, foi proposta a hipótese diagnóstica de trombose venosa profunda e solicitada ultrassonografia com Doppler.

O resultado foi a ausência de trombose venosa, mas detectou-se a presença de cisto de Baker na região poplíteia do joelho esquerdo.

Apresentou piora progressiva e importante do quadro de dor na panturrilha, com empastamento local e dor severa impossibilitando a marcha.

Referia edema importante no tornozelo esquerdo, porém, sem dor.

Ao comparecer para avaliação reumatológica, apresentava boa melhora da dor na panturrilha esquerda, apenas com leve empastamento, mas com edema periaricular no tornozelo esquerdo, depressível e leve artrite em resolução no joelho esquerdo.

Informou que fez uso de anti-inflamatório desde o início da crise de artrite no joelho esquerdo, com boa resposta.

Foi proposta a hipótese diagnóstica de síndrome da pseudotromboflebite e solicitados exames laboratoriais e nova ultrassonografia da região poplíteia esquerda.

Os exames estavam todos dentro da normalidade, apresentando apenas ácido úrico de 8,7 mg %.

A ultrassonografia demonstrou ausência do cisto de Baker, confirmando a hipótese de ruptura do cisto.

Evoluiu para melhora total do quadro, apenas com repouso e uso de anti-inflamatórios não hormonais.

## DISCUSSÃO

A bursa poplíteia mais bem identificada anatomicamente é a gastrocnêmio-semimembranosa, encontrada em até 32% de pessoas com artropatia de joelhos<sup>(6)</sup>.

Em aproximadamente metade dos casos, o cisto tem comunicação com a cavidade articular. O líquido sinovial apresenta fluxo no sentido da articulação para a bursa, devido ao mecanismo valvular.

A pressão intraarticular do joelho, que em repouso varia de 6 a 33 mmHg, aumenta até dez vezes com uma simples contração muscular, podendo atingir até 1.000 mmHg no exercício em um joelho com derrame volumoso.

Os cistos formam-se na fossa poplíteia posteromedial porque a cápsula sinovial não tem suporte anatômico nessa região<sup>(7)</sup>.

Mais de 50% dos cistos não são detectados no exame clínico, mesmo que cuidadoso, e a maior parte dos cistos é assintomática.

A ruptura do cisto decorre de mecanismos que aumentam sua pressão, geralmente por derrames sinoviais crônicos e através de compressão mecânica, por movimentos bruscos do joelho afetado.

O líquido sinovial proveniente do cisto roto infiltra os planos gordurosos e musculares da panturrilha, levando a uma reação inflamatória aguda na região.

A doença reumatoide, a osteoartrite e as lesões de meniscos são as doenças que mais frequentemente cursam com cisto de Baker<sup>(6)</sup>, porém, há relatos de ocorrência em várias artropatias metabólicas<sup>(7)</sup>, infecciosas<sup>(6)</sup> e inflamatórias, como a síndrome de Reiter<sup>(5)</sup> e a doença de Behçet<sup>(7)</sup>.

A doença reumatoide, por suas características anatômicas, é a que mais frequentemente se associa à síndrome da pseudotromboflebite, manifestando-se, em geral, com intenso processo inflamatório, contrastando, por exemplo, com a osteoartrite, que leva a um quadro clínico de menor intensidade.

A bilateralidade da síndrome, bem como a concomitância de cisto roto e trombose venosa profunda, são eventos raros, porém descritos na literatura<sup>(6)</sup>, causando enormes dificuldades para o diagnóstico e a decisão terapêutica.

A síndrome compartimental, verdadeira emergência médica, pode ocorrer, embora raramente, quando se utiliza heparina em caso de ruptura de cisto, tratando-se de verdadeira iatrogenia.

O diagnóstico da síndrome da pseudotromboflebite é inicialmente clínico, devendo ser confirmado por exames de imagens.

Antes do advento dos exames de imagens hoje utilizados, a pneumoartrografia foi, durante anos, o único método para confirmar a síndrome<sup>(3,5)</sup>.

Atualmente, todos os exames de imagens podem ser utilizados.

A radiografia simples da articulação pode demonstrar alterações osteoarticulares que ajudam na avaliação do quadro.

A ultrassonografia, a tomografia computadorizada e a ressonância são os métodos mais utilizados.

A ultrassonografia é hoje o método de escolha, devido a sua praticidade, baixo custo, boa resolatividade e por ser método não invasivo.

Trabalhos demonstram que a ultrassonografia, adequadamente realizada, tem 100% de concordância com

a ressonância magnética, sendo excelente método para fazer o diagnóstico diferencial com a trombose venosa profunda<sup>(6,8)</sup>.

A visualização de espaço hipoeoico atrás dos músculos da panturrilha, facilmente detectado por ultrassonografia, é fortemente compatível com ruptura de cisto de Baker<sup>(8)</sup>.

No presente caso, a ausência do cisto de Baker no segundo exame de ultrassonografia demonstrou claramente a ocorrência de ruptura do cisto, evoluindo com quadro clássico de síndrome da pseudotromboflebite.

O tratamento preconizado é o repouso do membro afetado e uso de anti-inflamatórios não hormonais.

A cirurgia é terapia de exceção para cisto de Baker, íntegro ou roto. A própria ruptura já é um mecanismo de tratamento, embora com risco de recidiva do cisto<sup>(5)</sup>.

A síndrome da pseudotromboflebite não é um quadro comum e é possivelmente pouco diagnosticada.

Assim, o seu conhecimento pelos clínicos tende a aumentar a frequência desse diagnóstico, que deve sempre ser cogitado em paciente com clínica compatível com trombose venosa profunda e artropatia de joelho.

## REFERÊNCIAS

1. Adams R. Arthritis, chronic rheumatic of the knee joint. *Dublin J Sci.* 1840;17:530-23.
2. Baker WM. On the formation of synovial cysts in the leg in connection with disease of knee joint. *St Bartholomeu's Hosp Rep.* 1877;13:254-47.
3. Bernd R, Failla V, Goldemberg J, Josef H, Chahade WH, Atra E. Síndrome da pseudotromboflebite. *Rev Bras Reumatol.* 1976;14:209-16.
4. Katz RS, Zizic TM, Arnold WP, Stevens MB. The pseudo-thrombophlebitis syndrome. *Medicine.* 1977;56:151-64.
5. Marques Filho J. Síndrome da pseudotromboflebite na síndrome de Reiter. *Rev Ass Med Bras.* 1995;4:252-54.
6. Handy JR. Popliteal cysts in the adults: a review. *Semin Arthritis Rheum.* 2001;31:108-18.
7. Labropoulos N, Shifrim DA, Paximos O. New insights into the development of popliteal cysts. *Br J Surg.* 2004;91:1313-8.
8. Ward EE, Jacobson JA, Fessel DP, Hayes CW, Van Holsbeeck M. Sonographic detection of Baker cysts: comparison with MR imaging. *AJR.* 2001;176:276-80.





## ACTONEL® PROPORCIONA:

 Alta eficácia na redução de fraturas em **todos os sítios ósseos**<sup>1-6</sup>

 Início de ação anti-fratura **2X mais rápido** que os outros bisfosfonatos<sup>1-6</sup>

 Posologia **mensal cômoda**<sup>1</sup>

**Contraindicação:** ACTONEL® 150 mg está contra-indicado 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. **Cuidados e Advertências:** alimentos e bebidas (exceto água) e drogas contendo cátions polivalentes, como cálcio, magnésio, ferro e alumínio, podem interferir na absorção do ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês e não devem ser administrados concomitantemente. Em mulheres muito idosas (> 80 anos), a evidência de manutenção da eficácia de bisfosfonatos, incluindo risedronato sódico, é limitada. Os bisfosfonatos foram relacionados a esofagites, gastrites, úlceras de esôfago e úlceras duodenais. Os prescritores devem enfatizar aos pacientes a importância da atenção às instruções de dosagens e alertar para qualquer sinal ou sintoma de possível reação no esôfago, ou seja: Pacientes que apresentem antecedentes de alteração no esôfago que retardam o trânsito ou o esvaziamento do esôfago (ex. estenose ou acalasia); Pacientes com problemas de esôfago, em atividade ou tratados recentemente, ou mesmo outros problemas gastrointestinais superiores; Pacientes que são incapazes de permanecerem em posição ereta (sentados ou em pé) por pelo menos 30 minutos após a ingestão do comprimido. A hipocalcemia deve ser tratada antes do início do tratamento com ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês. Outros distúrbios ósseos e do metabolismo mineral devem ser tratados quando iniciado o tratamento com ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês. Osteonecrose de mandíbula, geralmente associada com extração dentária e/ou infecção local foi relatada em pacientes com câncer em regimes de tratamento incluindo, principalmente, administração intravenosa de bisfosfonatos. Osteonecrose de mandíbula também foi relatada em pacientes com osteoporose recebendo bisfosfonatos orais. Este medicamento contém lactose. **Gravidez e Lactação:** O risco potencial para humanos é desconhecido. **ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês** só deve ser utilizado durante a gravidez, se o risco benefício justificar o potencial risco para a mãe e o feto. A decisão de descontinuar a amamentação ou o produto, deve considerar a importância do medicamento para mãe. **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 medicações 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. O risedronato sódico não é metabolizado sistemicamente, não interfere com as enzimas do citocromo P450 e apresenta baixa ligação proteica. **Posologia:** A dose recomendada nos adultos é de 1 comprimido de ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês, por via oral, uma vez ao mês, administrado, no mínimo 30 minutos antes da 1ª refeição, medicação ou bebida (exceto água) do dia. Os pacientes devem se manter na posição vertical e não devem se deitar por 30 minutos após a sua ingestão. 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. Caso o paciente opte por tomar o medicamento em outro horário, a tomada deve ser feita no mínimo 2 horas antes ou após a ingestão de qualquer alimento ou líquido, exceto água. 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: 11/05/2011. **Para maiores informações antes de sua prescrição, favor leia a bula completa do produto.**

**SE PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** 1. Bula Actonel -150mg. 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. 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. 5. 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. 6. 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.



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





## INFECÇÕES E TRATAMENTO: atualização no diagnóstico e no tratamento do paciente reumático imunossuprimido

Durante o XVIII Encontro de Reumatologia Avançada, promovido pela Sociedade Paulista de Reumatologia, realizou-se o curso pré-congresso *Infecções e tratamento: atualização no diagnóstico e no tratamento do paciente reumático imunossuprimido*. O curso foi presidido pelo Dr. Edgard Torres dos Reis Neto, da Universidade Federal de São Paulo, e ministrado por médicos infectologistas da mesma universidade. Foram abordados temas de interesse no manejo das doenças infecciosas dos pacientes com doenças reumáticas, incluindo imunização, indicações de profilaxia com drogas antimicrobianas, quadro pulmonar agudo, infecções fúngicas, infecções virais, manejo da neutropenia e infecções relacionadas à assistência à saúde com enfoque no hospital-dia e em enfermaria. A seguir, os destaques das aulas.

### IMUNIZAÇÃO EM PACIENTES IMUNOSSUPRIMIDOS

*Profa. Dra. Maria Isabel de Moraes Pinto*

Sabe-se atualmente que pacientes com doenças reumáticas autoimunes têm maior risco de desenvolverem infecções quando comparados à população em geral, seja pela própria doença ou pelo tratamento imunossupressor. Por outro lado, não há evidências de aumento importante de exacerbação de doenças autoimunes por vacinas nesses indivíduos. Dessa forma, a vacinação, na imensa maioria das vezes, supera o risco de desenvolvimento de doença autoimune pós-vacinação ou de reativação de uma doença autoimune.

Alguns cuidados são necessários ao vacinar pacientes com doenças reumáticas:

1. As vacinas devem ser administradas preferencialmente com doença fora de atividade e sem uso de terapia imunossupressora ou em baixas doses.
2. Usar vacinas INATIVADAS.
3. Vacinas vias atenuadas, a princípio, não devem ser administradas.
4. Respeitar, se possível, intervalo de 30 dias (melhor se de 90 dias) após a descontinuação de drogas imunossupressoras.
5. Sempre que possível, vacinar antes do início da introdução de medicação anti-TNF.
6. Após a introdução de medicação anti-TNF: vacinas vivas são CONTRAINDICADAS; vacinas inativadas são MENOS IMUNOGÊNICAS.

Mais estudos são necessários para se avaliar a resposta à vacinação em pacientes com doença autoimune de base em uso de diferentes esquemas medicamentosos.

### INDICAÇÕES DE PROFILAXIA COM DROGAS ANTIMICROBIANAS EM PACIENTES IMUNOSSUPRIMIDOS

*Dr. Otelo Rigato Júnior*

Com o avanço terapêutico e o desenvolvimento de novas drogas na reumatologia, principalmente no que concerne a drogas imunobiológicas, devemos ficar cada vez mais atentos ao risco de infecções. Como a maioria dos trabalhos com uso de biológicos tem um pequeno tempo de seguimento e não tem como objetivo primário o risco de infecções, são necessários mais estudos para se ter certeza do real risco de infecções com uso destes agentes.

Uma vez que se conhece o maior risco de algumas infecções específicas em pacientes imunossuprimidos, algumas recomendações ou medidas de profilaxia podem ser feitas, tais como:

1. Listeriose: pode ser parcialmente prevenida com orientação alimentar, uma vez que é transmitida por carne e derivados de leite não tratados adequadamente.
2. Estrongiloidíase disseminada: uso de ivermectina.
3. Risco de reativação da hepatite B com uso do anti-TNF: conhecimento de sorologia prévia e uso de antiviral quando indicado.
4. Herpes-zóster: em casos recorrentes, pode ser realizada profilaxia com valaciclovir 500 mg uma vez ao dia ou aciclovir 400 mg duas vezes ao dia;
5. Infecções fúngicas: recomenda-se identificar os pacientes com maior risco para essas infecções, como averiguar o risco ocupacional (pássaros), residência ou viagem para áreas endêmicas.

## QUADRO PULMONAR AGUDO NO PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO

*Dra. Luci Corrêa*

Em um paciente imunossuprimido com quadro pulmonar agudo, muitas vezes é difícil estabelecer o diagnóstico diferencial entre etiologia infecciosa, toxicidade medicamentosa pulmonar e atividade pulmonar da doença reumática de base.

Na abordagem deste paciente, a Dra. Luci Corrêa sugere solicitar sempre hemoculturas; antígeno urinário *Legionella pneumophila*; e exame de escarro, incluindo pesquisa de BAAR, *Strongyloides stercoralis*, pesquisa direta e cultura para fungos e *Pneumocystis jirovecii*, e cultura para *Legionella*. Antigenemia para citomegalovírus deve ser solicitada em paciente com imunossupressão intensa, radiografia de tórax com infiltrado pulmonar intersticial difuso e insuficiência respiratória aguda. A pesquisa de antígeno para criptococos deve ser solicitada no sangue e no escarro e em casos com elevada suspeita clínica de infecção fúngica.

A tomografia de tórax é necessária na maioria dos casos, inclusive para definir lesões pulmonares parenquimatosas ou extraparenquimatosas e para a programação de realização de broncoscopia (com lavadobroncoalveolar e biópsia transbrônquica) ou biópsia a céu aberto, frequentemente necessárias, e devem ser consideradas precocemente.

Pela gravidade do paciente, na maioria das vezes a introdução de terapia empírica antes do resultado dos exames iniciais é necessária e deve ser iniciada o mais breve possível. Entretanto, é de extrema importância que se conheça a epidemiologia do paciente e que os exames iniciais sejam coletados, uma vez que podem ser úteis tanto na mudança como na manutenção da estratégia terapêutica inicial. Além disso, infecções simultâneas, associação com outros processos não infecciosos (doença de base ou toxicidade pelo tratamento) ou infecção sequencial (infecção bacteriana após quadro respiratório viral) podem ocorrer. A redução da imunossupressão pode ser tão importante quanto a terapia antimicrobiana para o desfecho da infecção.

## INFECÇÕES FÚNGICAS EM IMUNOSSUPRIMIDOS

*Dr. Daniel Wagner de Castro Lima Santos*

Após o início do uso das drogas imunobiológicas, especialmente os anti-TNFs, além das infecções bacterianas, as infecções fúngicas, incluindo pneumocistose, histo-

plasmose, aspergilose e criptococose tornaram-se mais frequentes com maior morbimortalidade nos pacientes com doenças reumáticas. Até 12% dos pacientes com granulomatose de Wegener desenvolvem infecção por *Pneumocystis jirovecii* em algum momento da doença. Na dermatomiosite/polimiosite este percentual chega a 6% dos pacientes, enquanto no lúpus eritematoso sistêmico e na artrite reumatoide compreendem 5% e 2%, respectivamente. Nos pacientes com doenças reumáticas, diferentemente dos pacientes com infecção pelo vírus HIV, esta infecção habitualmente tem curso mais agudo e maior morbimortalidade, com mortalidade de 62,5% na granulomatose de Wegener, 57% nas miopatias inflamatórias, 30,8% na artrite reumatoide e 10% a 20% no HIV. Durante a aula, o Dr. Daniel Wagner ressaltou ainda que não existe consenso para o uso da profilaxia na pneumocistose com sulfametoxazol + trimetoprim nos pacientes com doenças reumáticas, entretanto, ela deve ser indicada para pacientes com história prévia de pneumocistose, granulomatose de Wegener ou com linfopenia persistente ( $CD4 < 200$  células/mm<sup>3</sup>).

## INFECÇÕES VIRAIS NO PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO

*Prof. Dr. Celso F. H. Granato*

Poucos dados estão disponíveis com relação às infecções virais em pacientes com doenças reumáticas imunossuprimidos. As infecções virais podem se apresentar simulando uma doença reumática, como, por exemplo, o lúpus eritematoso sistêmico; podem ser responsáveis pelo desencadeamento da doença, funcionando como um *trigger* para o desenvolvimento de uma doença reumática autoimune; e podem ainda levar à atividade de doença em paciente já diagnosticado com doença reumática autoimune.

Durante a aula, o Dr. Celso Granato cita um trabalho em que, em casos com apresentação clínica compatível com lúpus eritematoso sistêmico, os pacientes podem apresentar leucopenia, plaquetopenia, FAN positivo, lesões cutâneas, artralgia ou artrite. O seguimento desses pacientes mostrou que 32% tiveram o desaparecimento dos sintomas de 1 a 6 meses. Os vírus mais comumente encontrados foram eritrovírus B19, citomegalovírus e Epstein Barr vírus. Em 63 pacientes com diagnóstico prévio de lúpus eritematoso sistêmico, os principais sintomas apresentados foram febre, rash cutâneo e linfadenopatia. Nos exames laboratoriais, anemia, plaquetopenia

e pancitopenia foram os achados mais frequentes. Os principais fatores para óbito foram insuficiência renal, síndrome antifosfolípide, uso de ciclofosfamida, apresentação multissistêmica, pancitopenia e retardo no uso de antivirais.

## MANEJO DA NEUTROPENIA FORA DO CONTEXTO DA QUIMIOTERAPIA

*Dra. Paola Capellano*

Neutropenia é definida como contagem de neutrófilos abaixo de  $1.500 \text{ células/mm}^3$ . Dentre as causas, podemos citar uso de drogas citotóxicas, por distúrbios de produção, como nas leucemias e mielodisplasias, etiologia congênita ou autoimune. Muitos dados em relação à neutropenia são oriundos de pacientes com doença oncológica e quimioterapia. A neutropenia pode ser assim classificada: *leve*, a menor de  $1.500 \text{ células/mm}^3$ ; *moderada*, a menor de  $1.000 \text{ células/mm}^3$ ; *grave*, a menor de  $500 \text{ células/mm}^3$ . O risco infeccioso aumenta nos casos de neutropenia grave.

Nas doenças reumáticas autoimunes, a fim de que se possa estabelecer o tratamento específico, é importante o diagnóstico diferencial da causa da neutropenia, principalmente entre atividade de doença de base, neutropenia secundária a droga ou neutropenia secundária a doença infecciosa. Caso seja secundária a doença de base, o tratamento da doença deve ser instituído.

Nos casos de neutropenia febril, culturas e busca ativa por foco infeccioso devem ser sempre realizadas. Caso seja identificada e documentada a infecção, o tratamento deve ser dirigido. Com relação à antibioticoterapia empírica, deve-se estar atento à cobertura para *Pseudomonas*, sendo recomendado, por este motivo, o uso de cefepime,

piperacilina+tazobactam, meropenem ou imipenem. Com relação à modificação da antibioticoterapia empírica, vancomicina é indicada em casos de sepse grave ou choque séptico, infecção clinicamente documentada (pele, pneumonia, cateter, SNC) e deve ser suspensa empiricamente em caso de estabilidade clínica por 48 horas ou ausência de coco gram-positivo isolado neste período. Deve-se lembrar que a epidemiologia local é de extrema importância na escolha do antimicrobiano. O G-CSF pode ser efetivo como tratamento da neutropenia autoimune e deve ser usado na presença de infecção, embora existam relatos de piora da atividade do LES com uso desta medicação.

## INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE – ENFOQUE NO PACIENTE EM HOSPITAL-DIA E EM ENFERMARIA

*Prof. Dr. Eduardo Alexandrino Servolo de Medeiros*

As infecções hospitalares devem ser reconhecidas como um grave problema de saúde pública. A qualidade assistencial exerce impacto no índice de infecções hospitalares, assim como também fatores do próprio hospedeiro, uso de antibióticos de maneira inadvertida, medidas de proteção individuais (luvas, máscaras, gorros etc.) e procedimentos invasivos. Como exemplo podemos citar a prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica, em que se pode diminuir a taxa de infecções com instituição de medidas simples e pouco onerosas, como elevação de cabeceira em  $30^\circ$  a  $45^\circ$ , despertar diário, higiene oral, profilaxia de trombose venosa profunda e de úlceras de estresse. A prevenção das infecções hospitalares passa por mudanças de comportamento individuais, melhora da infraestrutura, padronizações de técnicas, treinamento e avanço na tecnologia assistencial.

## TRABALHOS PREMIADOS NO ERA 2012

### Área básica

#### ENGRAFTMENT OF PERIPHERAL BLOOD MONONUCLEAR CELLS FROM SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AND ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME PATIENT DONORS INTO BALB-RAG-2-/-IL-2R $\gamma$ -/-MICE: A PROMISING MODEL FOR STUDYING HUMAN DISEASE

Andrade D<sup>(1)</sup>, Redecha PB<sup>(2)</sup>, Vukelic M<sup>(2)</sup>, Qing X<sup>(2)</sup>, Perino G<sup>(2)</sup>, Salmon JE<sup>(2)</sup>, Koo GC<sup>(2)</sup>. <sup>(1)</sup>Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Reumatologia; <sup>(2)</sup>Hospital for Special Surgery, Division of Rheumatology

Objective: to construct a humanized mouse model of systemic lupus erythematosus (SLE) that resembles the human disease in order to define the pathophysiology and targets for treatments. Methods: We infused peripheral blood mononuclear cells (PBMCs) from SLE patients into BALB RAG-2-/-IL-2R $\gamma$ -/-double-knockout (DKO) mice, which lack T cells, B cells, and natural killer cells. PBMCs from 5 SLE patients and 4 normal donors were infused intravenously/intraperitoneally at a density of 3–5 X10<sup>6</sup> cells per animal into nonirradiated 4–5-week-old mice. We evaluated the engraftment of human CD45 +cells and monitored the plasma levels of human IgG, anti-double-stranded DNA (anti-dsDNA) antibody, and anticardiolipin antibody (aCL), as well as proteinuria and kidney histology. Results: There was 100% successful engraftment in 40 DKO mice infused with human PBMCs. In the PBMC fraction from SLE PBMC-infused DKO (SLEDKO)mice and normal donor PBMC-infused DKO(ND-DKO) mice, an average of 41% and 53% humanCD45 +cells, respectively, were observed at 4 weeks post engraftment, with 70-90% CD3+cells. There were fewer CD3+CD4+ cells (mean  $\pm$  SEM 5.5  $\pm$  2.1%) and more CD3+CD8+cells (79.4  $\pm$  3.6%) in the SLE-DKO mice as in the SLE patients from which the PBMCs were derived. CD19+ B cells and CD11c+ monocytic cells were found in the spleen, lung, liver, and bone marrow. There was no significant difference in plasma levels of human IgG and anti-dsDNA antibodies between SLEDKO and ND-DKO mice. Levels of aCL were significantly higher in all SLE-DKO mice infused with PBMCs

from an SLE patient who had high titers of aCL. SLE-DKO mice had proteinuria, human IgG deposits in the kidneys, and a shorter life span. In SLE-DKO mice engrafted with PBMCs from the aCL-positive patient, we found microthrombi and infiltration of CD3+,CD8+, and CD19+cells in the glomeruli, recapitulating the human antiphospholipid syndrome in these mice. Conclusion: We established a novel humanized SLE-DKO mouse exhibiting many of the immunologic and clinical features of human SLE.

Supported in part by the National Council of Technological and Scientific Development of Brazil (grant 200591/2008 to Dr.Andrade), the NIH (grant R01-AR-038889 to Dr. Salmon), and the Mary Kirkland Center for Lupus Research.

#### GENETIC POLYMORPHISMS AT ARYL HYDROCARBON RECEPTOR ARE LINKED TO RHEUMATOID ARTHRITIS DEVELOPMENT AND ACTIVITY – MOLECULAR MECHANISM OF SMOKING-INDUCED ARTHRITIS ENHANCEMENT

Talbot J<sup>(1)</sup>, Peres RS<sup>(2)</sup>, Pinto LG<sup>(1)</sup>, Oliveira RDR<sup>(3)</sup>, Almedia SCL<sup>(3)</sup>, Silva JR<sup>(2)</sup>, França RFO<sup>(2)</sup>, Saraiva ALL<sup>(1)</sup>, Ferreira SH<sup>(1)</sup>, Cunha TM<sup>(1)</sup>, Liew FY<sup>(4)</sup>, Alves-Filho JC<sup>(1)</sup>, Ryffel B<sup>(5)</sup>, Cunha FQ<sup>(1)</sup>, Louzada-Junior P<sup>(3)</sup>. <sup>(1)</sup>USP, FMRP, Farmacologia; <sup>(2)</sup>USP, FMRP, Imunologia; <sup>(3)</sup>USP, HCFMRP, Clínica Médica/Reumatologia; <sup>(4)</sup>University of Glasgow, Immunology; <sup>(5)</sup>CNRS Orleans, Génétique Expérimentale et Moléculaire, Institut de Transgénose

Introduction: there are increasing evidences showing a possible convergence point between immune activation and environmental factors. For instance, it was described that the prototypical autoimmune mastermind cell, the CD4+ lymphocyte subtype T helper 17 (Th17) express a cytoplasmic receptor, the AhR, which is responsible by detection of xenobiotic and pollutants. Moreover, AhR activation seems to act as an important co-factor in Th17 activity and IL-17 production. AhR is a ligand-dependent transcription factor that is activated by a organic compounds as halogenated aromatic hydrocarbons (HAHs) and the non-halogenated polycyclic aromatic hydrocarbons (PAHs). These compounds are organic en-

environmental pollutants and human exposure sources are smoke (eg. wood and tobacco) and herbi/insecticides. Even more, genetic polymorphisms in AhR can change response to aryl hydrocarbon compounds. AIM: The aim of this study was to evaluate the influence of AhR genetic polymorphisms (SNPs) in human RA susceptibility and activity as well as the interaction between smoking and genetic variants in disease outcome. Addly, using an experimental arthritis model, we accessed the mechanism by which AhR plays its role in arthritis development. Methods: this study was approved by HCFMRP/USP Human Ethics Committee (2981/2009) and FMRP/USP Animal Ethics Committee (038/2009). We evaluated the distribution of two AhR SNPs in healthy individuals (129) and in RA patients (138) by Real-Time PCR using TaqMan Probes. Experimental arthritis was accessed by mBSA induced arthritis in C57BL/6 mice, AhR or IL-17RA genetic-deficient mice (AHRKO or IL-17RAKO). Mice were treated i.p. with vehicle (PBS), AhR agonist FICZ or daily with AhR antagonist CH223191, or exposed to cigarette smoking on a controlled smoking machine. To access experimental arthritis activity we accessed: a) Articular hypernociception; b) articular histopathology; c) Th17 frequencies. Results: we found an up-regulation of AhR mRNA expression in PBMC from RA patients. Genetic analysis showed association between AhR SNPs and RA (OR 2.08, CI 95% 1.1-3.8). We also identified that one of these SNPs was associated with higher Disease Activity Score (DAS). It has been described that these SNP confers a phenotype of higher AhR activity. Then, our hypothesis was that enhancement of AhR activation could be related to enhancement of RA. In experimental arthritis we identified that AhR activation enhances inflammation while AhR blockage or deficiency reduces arthritis. The enhancement of arthritis was followed by increased Th17, while AhR blockage was followed by Th17 reduction. AhR activation-induced arthritis enhancement was impaired in IL-17RAKO mice. Considering that smoking is a strong RA risk factor and there are potent AhR agonists in smoke, we accessed the effect of interaction between AhR SNPs and smoking on RA activity. We found that RA smokers carriers of the high activity allele have higher DAS than carriers of normal activity allele. In a murine model of experimental arthritis, we observed that inhibition of AhR signaling impaired smoking-induced ar-

thritis enhancement. Conclusion: our data suggest that AhR could be associated with human rheumatoid arthritis by enhancement of Th17/IL-17 signaling. Even more, our findings identified AhR as the mediator of smoke-induced arthritis enhancement and suggest that smoke could contribute to arthritis activity by up-regulation of Th17 due direct AhR activation.

Financial Support: CNPq, FAPESP, CAPES and FAEPA.

## Área clínica

### ASSOCIAÇÃO DA EXPRESSÃO DE CD39 EM CÉLULAS T REGULADORAS COM A EFICÁCIA TERAPÊUTICA DO METOTREXATO NA ARTRITE REUMATOIDE

Peres RS<sup>(1)</sup>, Carregaro V<sup>(1)</sup>, Talbot J<sup>(1)</sup>, Oliveira RD<sup>(2)</sup>, Almeida SL<sup>(2)</sup>, França RFO<sup>(1)</sup>, Pinto LG<sup>(1)</sup>, Costa DL<sup>(3)</sup>, Silva JS<sup>(3)</sup>, Alves-Filho JC<sup>(1)</sup>, Cunha TM<sup>(1)</sup>, Louzada-Júnior P<sup>(2)</sup>, Cunha FQ<sup>(1)</sup>.  
<sup>(1)</sup>FMRP/USP, Farmacologia; <sup>(2)</sup>FMRP/USP, Clínica Médica; <sup>(3)</sup>FMRP/USP, Imunologia

Introdução: artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune caracterizada por inflamação crônica das articulações. A estratégia terapêutica mais utilizada na AR consiste no uso de doses baixas de metotrexato (MTX), um antagonista do folato que promove a manutenção de altos níveis de adenosina (ADO) extracelular. No entanto, uma parte considerável dos pacientes é refratária ao tratamento com MTX e o mecanismo pelo qual esse fenômeno ocorre ainda não é estabelecido. Estudos demonstram que células Tregs expressam em suas superfícies as ectonucleotidases CD39/ENTPD1 e CD73/ecto-5 'nucleotidase, enzimas que geram ADO através da degradação de ATP. Estes achados, associados ao fato de que a ADO possui potente atividade imunomoduladora, sugere que a atividade anti-inflamatória do MTX está relacionada com os efeitos das Tregs. Objetivos: investigar se os mecanismos de refratariedade ao MTX em pacientes com AR podem estar relacionados com uma deficiência na atividade bioquímica e função supressora de células Tregs, focando principalmente na expressão das ectonucleotidases CD39 e CD73. Pacientes e métodos: no presente estudo, amostras do sangue periférico de pacientes com AR (n=89) e doadores saudáveis (n=16) foram coletadas. Por citometria de fluxo,



as populações leucocitárias de PBMC foram fenotipadas para a avaliação da expressão das ectonucleotidases CD39 e CD73 nos diferentes tipos celulares. A atividade das ectonucleotidases em células TCD4+ na geração de ADO extracelular foi avaliada por cromatografia líquida de alta *performance* (HPLC) e ensaios colorimétricos de verde malaquita. Resultados: citocinas inflamatórias IL-1 $\beta$  e TNF- $\alpha$  presentes no plasma e a frequência de células TCD4+ produtoras de IL-17 e IFN- $\gamma$  estavam significativamente aumentadas em pacientes não responsivos ao MTX (UR-MTX; DAS28-5,87 $\pm$ 0,52; média de idade: 54,7 anos) quando comparadas com pacientes responsivos (R-MTX; DAS28- 2,23 $\pm$ 0,57; média de idade: 52,6 anos) e indivíduos saudáveis (IS). Na caracterização fenotípica dos leucócitos de mononucleares do sangue periférico (PBMC), não houve diferença na porcentagem de linfócitos TCD4+, TCD8+, células B e células dendríticas entre os grupos analisados. No entanto, observamos aumento significativo na porcentagem e número absoluto de células Tregs (CD4+CD25+ FoxP3+) em pacientes R-MTX. De maneira interessante, enquanto a porcentagem de células Tregs expressando CD73 não estava alterada, observou-se aumento da frequência dessa população celular expressando CD39 em pacientes R-MTX. Adicionalmente, a ADO extracelular presente no sobrenadante de células Tregs de pacientes UR-MTX estava reduzida quando comparada aos outros grupos, visto que esse grupo de pacientes também apresenta uma expressão reduzida de CD39 na superfície das Tregs. Conclusão: em conjunto, esses resultados demonstram que a refratariedade de pacientes ao MTX é associada com o número e funções de células Tregs, especialmente na geração de ADO extracelular. Estes achados podem proporcionar melhora significativa na escolha dos fármacos rotineiramente utilizados para o tratamento da doença, como o MTX, visto que a avaliação da expressão CD39 na superfície de células Tregs circulantes pode representar um futuro biomarcador de responsividade ao MTX para o tratamento da AR. Além disso, seria plausível sugerir que a administração de agonistas de receptores de adenosina ou de drogas com habilidade de induzir células Tregs e/ou expressão de CD39 podem gerar novas perspectivas em intervenções terapêuticas na atenuação do processo inflamatório persistente na AR.

Apoio: FAPESP/CNPq.

## BAIXOS NÍVEIS DE ESCLEROSTINA: PREDITOR DE PROCESSO INFLAMATÓRIO PERSISTENTE EM PACIENTES COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE SOB TERAPIA ANTI-TNF

Saad CGS<sup>(1)</sup>, Ribeiro ACM<sup>(1)</sup>, Moraes JCB<sup>(1)</sup>, Takayama L<sup>(1)</sup>, Gonçalves CR<sup>(1)</sup>, Rodrigues MB<sup>(2)</sup>, De Oliveira RM<sup>(3)</sup>, Silva CA<sup>(4)</sup>, Bonfá E<sup>(1)</sup>, Pereira RMR<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Reumatologia; <sup>(2)</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Radiologia; <sup>(3)</sup>RDO Diagnósticos Médicos, São Paulo; <sup>(4)</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Unidade de Reumatologia Pediátrica

Introdução: baixas concentrações séricas de esclerostina foram descritas em pacientes com espondilite anquilosante (EA) e associadas à formação óssea. No entanto, não existem dados sobre a importância deste inibidor da via de sinalização Wnt em pacientes com EA durante o tratamento com anti-TNF. Objetivos: avaliar os níveis séricos de esclerostina e sua associação com inflamação e densidade mineral óssea (DMO) de pacientes com EA em tratamento com anti-TNF. Métodos: 30 pacientes com EA em atividade foram avaliados no início, 6 (6M) e 12 meses (12M), após terapia anti-TNF; 30 indivíduos saudáveis pareados por idade e sexo constituíram o grupo controle. Pacientes foram avaliados por parâmetros clínicos (Bassdai, Basfi, Basmi, AsQol), marcadores inflamatórios (VHS, proteína C reativa e MMP-3), dano radiológico (mSASSS). A DMO e as análises laboratoriais de esclerostina (Elisa-Sclerostin; Biomédica) e da ligação da esclerostina ao receptor LRP6 (recombinante LRP6-Fc quimera humana; Biomédica; R&D sistemas e anticorpos anti-humana esclerostina biotilado) foram analisados em pacientes e controles. Resultados: na avaliação inicial, pacientes com EA apresentavam menores concentrações séricas de esclerostina (60,5 $\pm$ 32,7 vs. 96,7 $\pm$ 52,9 pmol/l, p=0,002) e níveis comparáveis de concentração da ligação da esclerostina-LRP6, em relação aos controles (p=0,387). A DMO da coluna, colo do fêmur e fêmur total foram semelhantes em ambos os grupos (p>0,05). Os pacientes apresentaram melhora clínica significativa (inicial vs. 6M vs. 12M, p<0,01). Concomitantemente, observou-se aumento da DMO da coluna e redução dos marcadores inflamatórios (inicial vs. 6M vs. 12M, p<0,001). A avaliação radiológica (mSASSS) dos pacientes com EA foi correlacionada com

DMO da coluna ( $r=0,61$ ,  $p<0,001$ ) no início do estudo. Os níveis de esclerostina aumentaram progressivamente desde o início até 6M e 12M após o tratamento com anti-TNF ( $p<0,001$ ) e este aumento foi sustentado entre 6M e 12M desta terapia ( $p=0,024$ ). Entretanto, após 12 meses de terapia anti-TNF, as concentrações séricas de esclerostina permaneceram significativamente mais baixas em relação aos controles ( $72,7\pm32,3$  vs.  $96,70\pm52,85$  pmol/l,  $p=0,038$ ). Além disso, aos 12 meses, os níveis séricos de esclerostina ficaram mais baixos nos dez pacientes que ainda apresentavam proteína C reativa elevada ( $PCR\geq5\text{mg/l}$ ) comparados aos pacientes que

apresentaram normalização dos níveis de PCR ( $p=0,004$ ). Interessantemente, estes dez pacientes com inflamação persistente já apresentavam concentrações séricas mais baixas de esclerostina quando comparados aos demais pacientes ( $p=0,0023$ ) antes do tratamento com anti-TNF. Conclusão: concentrações permanentemente baixas de esclerostina estão associadas a inflamação persistente em pacientes com EA tratados com terapia anti-TNF. Outros estudos são necessários para determinar se esta alteração pode explicar o aumento ósseo com formação de sindesmófitos em pacientes com espondilite anquilosante sob terapia anti-TNF.

## TOP 10

### 1. IMPACTO IMEDIATO E TARDIO DA TERAPIA COM GLICOCORTICOIDE ORAL NO RISCO DE INFECÇÃO GRAVE EM PACIENTES IDOSOS COM ARTRITE REUMATOIDE: UMA ANÁLISE "NESTED CASE-CONTROL"

*Immediate and delayed impact of oral glucocorticoid therapy on risk of serious infection in older patients with rheumatoid arthritis: a nested case-control analysis.* Dixon WG, Abrahamowicz M, Beauchamp M-E, et al. Ann Rheum Dis. 2012;71:1128-33

A corticoterapia continua sendo amplamente utilizada no tratamento de pacientes com artrite reumatoide (AR) e, embora eficaz, existem preocupações em relação a infecções e outros efeitos adversos, como doença cardiovascular, ganho de peso, catarata e osteoporose. O estudo visa a analisar a relação do risco de infecção grave com o uso de glicocorticoides atual ou previamente em pacientes idosos com AR. Para tanto, foi realizada uma análise caso-controle pareada de 1.947 casos de infecção séria para cinco controles, selecionados a partir de 16.207 pacientes com AR com idade acima de 65 anos, entre 1985 e 2003, em Quebec, Canadá. O *odds ratio* ajustado para associação da infecção com os diferentes padrões de uso de glicocorticoide foi estimado usando modelos convencionais e um modelo de dose cumulativa ponderada (WCD); o WCD previu melhor os riscos que os modelos convencionais. Como resultado, detectou-se que, entre os 16.207 pacientes com AR com 65 anos de idade ou mais, 1.947 desenvolveram uma primeira infecção grave após uma média de 3,8 anos de *follow-up*. O uso de glicocorticoides atual e recentemente teve maior impacto sobre o risco atual. Doses tomadas até 2,5 anos também foram associadas com aumento do risco, embora em menor extensão. Um usuário atual de 5 mg de prednisolona tinha um aumento no risco de infecção grave de 30%, 46% ou 100% quando usado continuamente nos últimos três meses, seis meses ou três anos, respectivamente, comparado a um não usuário. O risco associado com uso de 5 mg de prednisolona tomadas durante os últimos três anos foi semelhante ao associado com 30 mg tomadas no último mês. Interromper um curso de dois anos de 10 mg de prednisolona há seis meses diminuiu pela metade o

risco em relação ao uso contínuo. Com isso, concluíram que a terapia com glicocorticoides está associada com maior risco de infecção em pacientes idosos com AR. Doses atuais e recentes têm maior impacto sobre o risco de infecção, mas o impacto cumulativo das doses tomadas nos últimos dois a três anos ainda afeta o risco.

### 2. EFEITOS DE BELIMUMABE, UM INIBIDOR DO ESTIMULADOR ESPECÍFICO DE LINFÓCITOS B, SOBRE A ATIVIDADE DA DOENÇA EM VÁRIOS DOMÍNIOS DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS EM PACIENTES COM LÚPUS ERI-TEMATOSO SISTÊMICO: RESULTADOS COMBINADOS DE DOIS ENSAIOS DE FASE III

*Effects of belimumab, a B lymphocyte stimulator-specific inhibitor, on disease activity across multiple organ domains in patients with systemic lupus erythematosus: combined results from two phase III trials.* Manzi S, Sánchez-Guerrero J, Merrill JT, et al.; on behalf of the BLISS-52 and BLISS-76 Study Groups. Ann Rheum Dis. 2012 May 11. [Epub ahead of print.]

O LES é uma doença autoimune heterogênea com considerável morbidade, aumento de mortalidade e pior qualidade de vida. A avaliação do grau de envolvimento de órgãos e sistemas é fundamental para determinar a carga da doença, bem como a resposta ao tratamento. O estudo objetivou avaliar os efeitos do belimumabe *versus* placebo, além da terapia padrão para o LES, no órgão domínio-específico na atividade de doença do LES. Os dados foram obtidos após 52 semanas de tratamento a partir de dois ensaios de fase III (BLISS-52 e BLISS-76) comparando belimumabe 1 e 10 mg/kg *versus* placebo, mais terapia padrão, em 1.684 pacientes autoanticorpos positivos. Estes foram analisados *post hoc* para alterações no Bilag e Sclerodactilose. Forma randomizados 865 pacientes do estudo BLISS-52 e 819 do BLISS-76 para um estudo duplo-cego, placebo controlado, multicêntrico para comparar belimumabe 1 e 10 mg/kg associada à terapia padrão para o LES com placebo mais a terapia padrão. No *screening* todos os pacientes tinham uma pontuação Sclerodactilose  $\geq 6$ , eram soropositivos para anticorpos antinucleares ( $\geq 1:80$ ) e/ou anti-dsDNA ( $\geq 30$  UI/ml), e tinham recebido um regime estável de terapia padrão durante 30 dias ou mais antes

do estudo. Para terapia padrão não foi definido um protocolo, mas, sim, aceito o medicamento de fundo (incluindo corticosteroides, imunossupressores e antimaláricos) previamente escolhido pelo médico de cada paciente. Belimumabe ou placebo foi administrado por via intravenosa, nos dias 0, 14 e 28, e depois a cada 28 dias até a 48ª semana (BLISS-52) ou 72ª semana (BLISS-76). Foram excluídos da análise aqueles com severa atividade renal ou do sistema nervoso central. Na linha de base os domínios envolvidos na maioria dos pacientes eram musculoesqueléticos e mucocutâneos para ambos Bilag e Selena-Sledai, e imunológico para Selena-Sledai. Na semana 52 os pacientes tratados com belimumabe (1 e 10 mg/kg) *versus* placebo tiveram melhora significativa no Bilag nos domínios musculoesquelético e mucocutâneo, no Selena-Sledai domínio mucocutâneo (10 mg/kg), musculoesquelético (1 mg/kg) e imunológico (1 e 10 mg/kg). A melhora também foi observada em outros órgãos e sistemas com baixa prevalência ( $\leq 16\%$ ) em relação à linha de base, incluindo o Selena-Sledai para os domínios de vasculite e acometimento do sistema nervoso central. Significativamente menos pacientes tratados com belimumabe *versus* placebo tinham piora do Bilag no domínio hematológico (1 mg/kg) e do Selena-Sledai imunológico (10 mg/kg) e renal (1 mg/kg). Concluíram que o tratamento com belimumabe melhorou a atividade de doença no LES, sendo mais evidente nos domínios musculoesquelético e mucocutâneo, além de ter ocorrido menor piora dos domínios hematológico, imunológico e renal.

### 3. ASSOCIAÇÃO DE MOLÉCULA DE ADESÃO CELULAR VASCULAR URINÁRIA E NEFRITE LÚPICA E AUSÊNCIA DE ASSOCIAÇÃO COM LIPOCALINA ASSOCIADA À GELATINASE DE NEUTRÓFILOS

*Urinary vascular cell adhesion molecule, but not neutrophil gelatinase-associated lipocalin, is associated with lupus nephritis.* Kiani AN, Wu T, Fang H, Zhou XJ, Ahn CW, Magder LS, Mohan C, Petri M. J Rheumatol. 2012;39:1231-7

Nefrite lúpica (NL) é uma manifestação comum nos pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES), ocorrendo em acima de 50% dos casos. A biópsia renal permanece o padrão ouro para determinar atividade renal no LES, mas tem seus riscos. Estudos em camundongos têm mostrado a importância de moléculas de adesão, citocinas e quimiocinas na patogênese da inflamação glome-

ular. A VCAM-1, molécula de adesão celular vascular, está envolvida na progressão de lesão glomerular e túbulo-intersticial. A NGAL, lipocalina associada à gelatinase de neutrófilos, um membro da superfamília lipocalina, mostrou aumento na doença renal tanto aguda como crônica. VCAM-1 e NGAL mostraram níveis elevados na urina de pacientes com NL ativa. Neste estudo, os autores investigaram potenciais marcadores biológicos para NL. VCAM-1 e NGAL foram medidos por ELISA em 1-8 visitas/paciente no total de 107 pacientes com LES (91% do sexo feminino) e total de 190 visitas. Os pacientes eram brancos (36%), negros (51%), hispânicos (4%), asiáticos (4%) e outras etnias (5%). A idade média dos pacientes foi de 41 anos. Foi analisada a relação entre estes potenciais biomarcadores urinários e a relação proteína/creatinina urinária, a pontuação do SLICC, o índice de atividade renal e variáveis clínicas. Níveis elevados de VCAM-1 urinário correlacionaram com proteína/creatinina urinária ( $\geq 0,5$ ) e escore de atividade renal SLICC ( $\geq 4$ ). NGAL não foi associado com qualquer medida de atividade de doença ou com sorologia para LES. Como conclusão, VCAM-1 urinário tem forte associação com medidas de atividade renal e, ao contrário de estudos anteriores, NGAL não conseguiu mostrar qualquer associação com NL.

### 4. ANTIMALÁRICOS EXERCEM EFEITO PROTETOR ENQUANTO PACIENTES MISTIÇOS APRESENTAM RISCO AUMENTADO DE DESENVOLVER DOENÇA RENAL NO LES: DADOS DE UMA COORTE DE LATINO-AMERICANOS

*Anti-malarials exert a protective effect while Mestizo patients are at increased risk of developing SLE renal disease: data from a Latin-American cohort.* Pons-Estel GJ, Alarcón GS, Hachuel L, Bogio G, Wojdyla D, Pascual-Ramos V, Soriano ER, Saurit V, Cavalcanti FS, Guzman RA, Guibert-Toledano M, Del Pozo MJS, Amigo M-C, Alva M, Esteva-Spinetti MH, Pons-Estel BA, on behalf of GLADEL. Rheumatology. 2012;51:1293-8

A doença renal renal no LES varia de silenciosa a manifestações de proteinúria, diminuição da função renal e estágio final de doença. É mais frequente e grave em algumas etnias/grupo racial, porém, limitados estudos têm sido relatados em pacientes lúpicos latino-americanos. Nos últimos anos, estudos têm demonstrado o papel dos antimaláricos no LES em geral e na doença renal em particular. Estes estudos, porém, não incluíram pacientes latino-ame-

ricanos. O objetivo deste estudo foi avaliar o papel da etnia e da utilização de antimaláricos na doença renal lúpica. Foi realizado um estudo de caso-controle (proporção de 1:2, n=265 e 530) dentro do Gladel (Grupo Latino-Americano de Estudo do LES). O objetivo final foi o desenvolvimento de critério renal do ACR após o diagnóstico. Casos e controles foram pareados por tempo de seguimento. Preditores de doença renal foram examinados por análises uni e multivariáveis. Análises adicionais foram feitas para determinar se o efeito protetor de antimaláricos persistiu após ajustes associados a ingestão e indicações ao uso de antimaláricos. A doença renal ocorreu em 265 pacientes (17,9%) da coorte de 1.480; 233 (87,9%) eram mulheres. A idade média no momento do diagnóstico foi de 28 anos e o tempo de seguimento foi de 8,3 meses; 139 (52,5%) dos casos eram mestiços (misto de caucasianos e índios americanos), 92 (34,7%) caucasianos e 34 (12,8%) eram latino-americanos; 150 (56,6%) dos casos e 74,3% dos controles foram definidos como usuários de antimaláricos. A etnia mestiça (OR 1,72, IC 95%) e hipertensão arterial (OR 2,26, IC 95%) foram independentemente associadas com um risco maior de doença renal, enquanto o uso de antimaláricos (OR 0,39, IC 95%), idade de início da doença (OR 0,98, IC 95%) e sexo feminino (OR 0,56, IC 95%) foram negativamente associadas a tal ocorrência. Após ajuste de variáveis associadas à ingestão e indicação ao uso de antimaláricos, o efeito protetor na ocorrência de doença renal foi mantido (OR 0,38, IC 95%). Os autores concluem que pacientes mestiços apresentam risco aumentado de desenvolver doença renal lúpica, enquanto o uso de antimaláricos protege os pacientes de tal ocorrência.

## 5. O USO DE ESTATINA ESTÁ ASSOCIADO COM REDUZIDAS INCIDÊNCIA E PROGRESSÃO DE OSTEOARTRITE DE JOELHO NO ESTUDO DE ROTTERDAM

*Statin use is associated with reduced incidence and progression of knee osteoarthritis in the Rotterdam study.* Clockaerts S, Van Osch GJVM, Bastiaansen-Jenniskens YM, Verhaar JAN, Van Glabbeek F, Van Meurs JB, Kerkhof HJM, Hofman A, Stricker BH Ch, Bierma-Zeinstra SM. Ann Rheum Dis. 2012;71:642-47. [doi:10.1136/annrheumdis-2011-200092]

Estudos *in vitro* revelaram que as estatinas têm efeito antioxidante, diminuem a produção de metaloproteases e interleucinas e aumentam a produção de agreganos e colágeno tipo II em condrócitos e em células sinoviais,

além de induzirem apoptose nestes últimos. Estatinas inibem osteoclastogênese e estimulam formação óssea. Este estudo avalia a associação entre o uso de estatina e a incidência e/ou progressão de osteoartrite (AO) de joelho e/ou quadril em um grande estudo populacional. Participaram 3.065 indivíduos da coorte de Rotterdam, todos com 55 anos de idade ou mais. O período de recrutamento foi de 1990 a 1993 e a visita inicial constou de entrevista, exame físico e radiografias de joelhos e quadris. A visita de seguimento foi semelhante, realizada de 1996 a 1999. Pacientes com espondilite anquilosante, artrite reumatoide, gota e fraturas em joelhos e/ou quadris foram excluídos, resultando em um total de 2.921 indivíduos, com 5.425 joelhos e 5.386 quadris em condições de estudo. Nenhum indivíduo fazia uso de estatina ao início do estudo. O escore de Kellgren e Lawrence foi utilizado para avaliar progressão da doença. Os indivíduos foram divididos em dois grupos: usuários de estatina (n=317) e não usuários de estatina (n=2.604). A diferença de idade entre os grupos foi estatisticamente significativa (64,1 vs 65,9 anos). Outras três características mostraram diferença estatística entre os grupos – razão entre colesterol total e lipoproteína de alta densidade ( $6,5 \pm 2,13$  vs  $5,11 \pm 1,5$ ,  $p < 0,001$ ), hipertensão arterial sistêmica (35,4 vs 27,4%,  $p = 0,01$ ) e diabetes melito (9,8 vs 6,8%,  $p = 0,05$ ). As demais características avaliadas – sexo, índice de massa corporal, densidade mineral óssea femoral, doença arterial periférica, tabagismo e nível de escolaridade – não apresentaram diferença estatística entre os grupos. Com relação ao escore de K&L, os grupos eram semelhantes para as quatro articulações estudadas. A OA (escore K&L  $\geq 2$ ) esteve presente em 677 joelhos (12,5%) e 335 quadris (5,8%) na avaliação inicial, e em 939 joelhos (17,5%) e 508 quadris (8,8%) na avaliação final. O período de seguimento de ambos os grupos foi de  $77,7 \pm 4,5$  meses. O uso de estatina foi associado com redução da progressão da OA de joelhos (OR 0,43, intervalo de confiança 95% 0,25 a 0,77,  $p = 0,01$ ) após ajuste para o escore K&L inicial. Para avaliar o efeito cumulativo do uso de estatina, os usuários foram divididos em grupos, de acordo com o período de uso do fármaco na dosagem diária recomendada para tratamento de dislipidemia na Holanda: 1-119 dias; 120-364 dias e  $\geq 365$  dias. Somente no grupo de usuários por  $\geq 365$  dias houve diferença estatística com relação aos não usuários (OR 0,50, IC 95% 0,26 a 0,95,  $p = 0,03$ ). Para os quadris, nenhuma associação foi encontrada entre o uso de estatina



e progressão da OA. Este estudo demonstra que o uso de estatinas está associado com menor progressão da OA de joelhos, mas não de quadris. A diferença de efeito nos quadris pode indicar diferença na patogênese da OA entre joelhos e quadris. Como as estatinas agem somente em mecanismos não biomecânicos, os autores discutem que os dados sugerem que a OA de joelho é mais influenciada por fatores metabólicos do que a OA de quadris. Estatinas podem ser candidatas a terapia farmacológica da OA, pois são capazes de alterar níveis séricos de lipídeos; de atuar em vias inflamatórias de células endoteliais, macrófagos, condrócitos e sinoviócitos e têm efeito protetor do osso subcondral por inibir osteoclastogênese e estimular formação óssea. Entretanto, deve ser notado que esse estudo indica somente a possibilidade de efeito modificador da doença, sem ter investigado diferenças na dor e nas incapacidades entre usuários e não usuários de estatinas. Embora o estudo tenha tido um número inicial grande de pacientes, o número de usuários de estatina elegíveis foi relativamente pequeno, motivo pelo qual os autores acreditam serem necessários mais estudos.

## 6. COEXISTÊNCIA DE HIPOTIREOIDISMO COM ARTROPATIA INFLAMATÓRIA É ASSOCIADA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR EM MULHERES

*Coexistence of hypothyroidism with inflammatory arthritis is associated with cardiovascular disease in women.* Raterman HG, Nielen MMJ, Peters MJL, Verheij RA, Nurmohtamed MT, Schellevis FG. Ann Rheum Dis. 2012;71:1216-8. [doi:10.1136/annrheumdis-2011-200836]

Hipotireoidismo e artropatias inflamatórias são associados com maior prevalência de doenças cardiovasculares (DCV). Consequentemente, surge a questão se a associação entre ambas as doenças amplifica a prevalência de DCV. É importante essa avaliação em centros de atenção primária, onde as amostras são mais representativas da população geral. Esse estudo objetiva estudar a prevalência de hipotireoidismo em pacientes com artropatia inflamatória comparados com pacientes sem artropatia e determinar as taxas de prevalência de DCV em pacientes com hipotireoidismo ou artropatia inflamatória, ou ambos, quando comparados com sujeitos controle.

Dados foram obtidos do *Netherlands Information Network of General Practice*, a partir de prontuários eletrônicos de 69 serviços médicos de atenção primária, com 360 mil

pacientes registrados em 2006. Pacientes seguidos por menos de seis meses e aqueles com menos de 30 anos de idade (pela baixa incidência das doenças em estudo) foram excluídos da análise. Em uma primeira análise, a prevalência de hipotireoidismo em indivíduos com e sem artropatia inflamatória (grupo de referência) foi calculada para homens e mulheres separadamente em diversos grupos por faixa etária. Diferenças na prevalência de hipotireoidismo entre pacientes com e sem artropatia inflamatória foram testadas pelo teste do qui-quadrado. As prevalências de artropatia inflamatória ou hipotireoidismo foram comparadas com análise de regressão logística multivariada, sendo os pacientes categorizados nos grupos: artropatia inflamatória sem hipotireoidismo, hipotireoidismo sem artropatia inflamatória, artropatia inflamatória com hipotireoidismo ou controles (grupo de referência). Foram selecionados 175.061 sujeitos: 1.518 (0,9%) com artropatia inflamatória. Em homens e mulheres com artropatia inflamatória, a prevalência de hipotireoidismo foi significativamente maior que nos controles: 2,4% vs 0,8% nos homens e 6,5% vs 3,9% nas mulheres. As prevalências de DCV foram de 4,4% em pacientes com hipotireoidismo, de 5,9% em pacientes com artropatia inflamatória e de 14,3% em pacientes com artropatia inflamatória e hipotireoidismo, quando comparadas com 2,2% nos controles. Ajuste por idade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito e hipercolesterolemia atenuou moderadamente os *odds ratio*, mas hipotireoidismo e artropatia inflamatória permaneceram significativamente associadas à DCV (OR 3,72, IC 95% 1,74 a 7,95). Este estudo demonstrou a prevalência dobrada de hipotireoidismo em pacientes com artropatia inflamatória na população de atenção primária quando comparados aos controles. Mostra também que o risco de DCV, elevado em ambas as situações, é amplificado quando elas coexistem nessa população. Há algumas limitações neste estudo. Uma delas é o fato de não conseguir demonstrar causalidade, por usar metodologia transversal de caso-controle. Outra, diversos fatores de risco para DCV não foram avaliados, como estilo de vida, história familiar de DCV, estado socioeconômico e etnia. Embora o título do artigo cite somente mulheres, também houve associação de maior prevalência de DCV em homens com hipotireoidismo e artropatia inflamatória quando comparados aos controles. Os autores não discutem os achados nos homens, também não explicitam o motivo de terem analisado mulheres separadamente.

## 7. SEGURANÇA E EFICÁCIA DE VÁRIAS DOSES DE OCRELIZUMAB EM DOENTES JAPONESES COM ARTRITE REUMATOIDE COM UMA RESPOSTA INADEQUADA AO METOTREXATO: ESTUDO DE GRUPOS PARALELOS, DUPLO CEGO E CONTROLADO COM PLACEBO

*Safety and efficacy of various dosages of ocrelizumab in Japanese patients with rheumatoid arthritis with an inadequate response to methotrexate therapy: a placebo-controlled double-blind parallel-group study.* Harigai M, Tanaka Y, Maisawa S (The JA21963 Study Group). The Journal of Rheumatology. 2012;39(3):486-95.

O ocrelizumab, um anticorpo monoclonal dirigido contra moléculas de superfície dos linfócitos B, foi introduzido recentemente para o tratamento da artrite reumatoide (AR). Sendo escassos os dados que se manejam a respeito de sua eficácia e sua segurança, o objetivo do presente estudo foi avaliar tais pontos em referência a sua aplicabilidade no tratamento de doentes com AR com má resposta ao metotrexato (MTX). Materiais e métodos: o presente foi um ensaio clínico de fase II randomizado, duplo cego e controlado com placebo. Com um período de seguimento de 24 semanas. Participaram 37 centros médicos do Japão, onde foram selecionados 152 homens e mulheres, maiores de 20 anos, com diagnóstico documentado de AR – realizado ao menos seis meses antes da inclusão no estudo – que tivessem recebido MTX durante ao menos 12 semanas, com uma resposta inadequada. Os doentes foram atribuídos aleatoriamente para receber ocrelizumab – a 50, 200 ou 500 mg por infusão – ou um placebo. A medida primária de evolução foi a proporção de doentes que atingiu uma resposta de 20% segundo a escala do American College of Rheumatology (ACR20). De maneira secundária, analisaram-se os eventos adversos. Resultados: (a) a fase de duplo-cego do estudo teve de finalizar precocemente devido ao risco de infecções observado com o ocrelizumab; (b) a incidência de infecções foi de 37,7% (43 de 114) nos grupos combinados de ocrelizumab, *versus* 18,9% (7 de 37) no grupo placebo; (c) observaram-se infecções sérias em sete doentes tratados com a droga ativa, incluindo dois casos de pneumonia por *P. jirovecii*; (d) as taxas de respostas ACR20 nos grupos ativos de 50, 200 e 500 mg foram, respectivamente: 54,1% ( $p=0,0080$ ), 55,6% ( $p=0,0056$ ) e 47,2% ( $p=0,044$ ); em todos os casos, significativamente superiores ao placebo (25,0%). Conclusão: os resultados precedentes sugerem que em doentes com artrite reuma-

toide e má resposta ao metotrexato, o ocrelizumab apresenta um perfil de riscos e benefícios desfavoráveis. Se por um lado a droga produz melhoras clínicas significativas, por outro é acompanhada de um risco inaceitavelmente alto de complicações infecciosas graves.

## 8. MILNACIPRAN PARA DOR NEUROPÁTICA E FIBROMIALGIA EM ADULTOS

*Milnacipran for neuropathic pain and fibromyalgia in adults.* Derry S, Gill D, Phillips T, et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; 3: CD008244.

O milnacipran é um inibidor da recaptação de serotonina e norepinefrina (IRSN), utilizado para o tratamento da dor neuropática crônica e em doentes com depressão; também é utilizado no tratamento da dor crônica da fibromialgia. No entanto, não existe consenso sobre sua eficácia e segurança. Portanto, o objetivo do presente estudo foi pesquisar a eficácia e a segurança do milnacipran para o manejo da dor neuropática crônica dos doentes com fibromialgia. Materiais e métodos: foram identificados estudos mediante pesquisas no Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central), Medline e Embase, até janeiro de 2012. Além disso, foram revisadas as listas de referências dos artigos selecionados e realizadas pesquisas em registros de ensaios clínicos em curso. Não se aplicaram restrições na linguagem de publicação. Seleção de estudos: foram selecionados ensaios clínicos randomizados, controlados, que incluíssem doentes adultos com dor neuropática crônica de qualquer causa, incluindo fibromialgia, e comparassem o uso de milnacipran com placebo ou outros tratamentos ativos. Foram extraídos os dados clínicos e demográficos apropriados. As principais medidas de evolução foram as mudanças na dor e os eventos adversos. Resultados: satisfizeram os critérios estipulados cinco ensaios, nos quais participaram 4.138 pessoas com diagnóstico de fibromialgia. Todos os ensaios compararam milnacipran com placebo. As análises foram realizadas com um modelo de efeitos fixos. A seguir, indicam-se os resultados obtidos: (a) o milnacipran, tanto a 100 mg como a 200 mg, foi associado a uma maior chance de atingir um alívio de, ao menos, 30% na dor (A 100 mg: risco relativo [RR] 1,39; intervalo de confiança [IC] de 95%, entre 1,23 e 1,58. A 200 mg: RR 1,35; IC de 95%, entre 1,18 e 1,54); (b) as respectivas doses também foram associadas a um incremento na proporção de

doentes que informaram um alívio subjetivo importante em comparação com o placebo (A 100 mg: RR 1,52; IC de 95%, entre 1,32 e 1,74. A 200 mg: RR 1,57; IC de 95%, entre 1,34 e 1,83); (c) a taxa de eventos adversos globais foi de 87% no grupo milnacipran e de 78% ( $p < 0,05$ ) no grupo placebo. Não obstante, os eventos adversos sérios não diferiram entre os grupos (incidência menor a 2%;  $p > 0,05$ ); (d) os eventos adversos relatados com maior frequência foram náuseas e constipação; (e) os abandonos devidos a eventos adversos foram mais frequentes com milnacipran ( $p < 0,05$ ), mas não diferiram entre as duas doses dele. Conclusão: o milnacipran é moderadamente eficaz para aliviar a dor neuropática crônica em doentes com fibromialgia, mas é associado a um incremento no risco de eventos adversos. Não há dados disponíveis sobre o uso desta droga para o tratamento de outras causas de dor neuropática.

### 9. OBESIDADE E RISCO DE ARTRITE PSORIÁSICA: UM ESTUDO POPULACIONAL

*Obesity and the risk of psoriatic arthritis: a population-based study.* Jon Love T, Zhu Y, Zhang Y, Wall-Burns L, Ogdie A, Gelfand JM, Choi HK. Ann Rheum Dis. 2012;71(8):1273-7

A obesidade está associada a maior risco de psoríase; no entanto, seu impacto sobre o risco de artrite psoriásica (APs) ainda é incerto. O objetivo deste estudo populacional foi avaliar a associação entre o índice de massa corpórea (IMC) e o risco de APs em pacientes com psoríase na população geral. Foram utilizados os dados do *The Health Improvement Network*, uma base eletrônica de dados médicos representativos da população geral do Reino Unido, coletados entre 1995 e 2010. Os autores calcularam o risco relativo de APs após ajuste para idade, sexo, história de trauma, tabagismo e consumo de álcool. Entre os 75.395 pacientes com psoríase (43% do sexo masculino, com média de cinco anos de seguimento e idade média de 52 anos), 976 desenvolveram APs (incidência de 26,5 por 10.000 pessoas/ano). A incidência de APs aumentou com a elevação do IMC. Comparados com os pacientes psoriásicos com IMC  $< 25 \text{ kg/m}^2$ , o risco relativo para desenvolver APs foi de 1,09 (0,93-1,28) para IMC de 25,0

a 29,9, 1,22 (1,02-1,47) para IMC entre 30,0 a 34,9 e 1,48 (1,20-1,81) para IMC=35,0. Em uma análise secundária entre todos os indivíduos (aproximadamente dois milhões), o risco relativo multivariado correspondente tende a ser maior (1,0, 1,17, 1,57, 1,96:  $p < 0,001$ ). Este estudo sugere que a obesidade está associada a maior incidência de APs e ressalta a importância da redução do peso entre pacientes com psoríase que frequentemente apresentam síndrome metabólica e obesidade.

### 10. ACUPUNTURA COMO TERAPIA ADJUVANTE AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM PACIENTES COM DOR CRÔNICA DEVIDA À OSTEOARTRITE DE JOELHOS: UM ESTUDO DE TRÊS BRAÇOS, RANDOMIZADO, PLACEBO-CONTROLE

*Acupuncture as an adjunctive therapy to pharmacological treatment in patients with chronic pain due to osteoarthritis of the knee: a 3-armed, randomized, placebo-controlled trial.* Mavrommatis CI, Argura E, Vadalouta A, Vasilakos DC. Pain. 2012;153(8):1720-6

Este estudo cego e randomizado teve como objetivo comparar a eficácia da acupuntura como tratamento complementar ao tratamento farmacológico em pacientes com osteoartrite de joelhos e dor crônica. No total, 120 pacientes foram randomizados em três grupos: Grupo I – tratados com acupuntura e etoricoxibe; Grupo II – tratados com sham acupuntura (placebo) e Grupo III – tratados com etoricoxibe apenas. O desfecho primário foi o índice de Womac (Western Ontario McMaster Universities) na semana 8. Como variáveis secundárias foram aplicados o Womac nas semanas 4 e 12, escala visual analógica nas semanas 4, 8 e 12 e o SF-36 (short form) na semana 8. Um algômetro foi utilizado para determinar possíveis mudanças em *trigger point* predeterminado para cada paciente nas semanas 4, 8 e 12. O Grupo I apresentou melhora estatisticamente significativa nos parâmetros analisados, com exceção no componente mental do SF-36, em comparação com os outros dois grupos. Conclui-se que a acupuntura associada ao uso de etoricoxibe foi mais efetiva do que sham acupuntura e etoricoxibe ou etoricoxibe isolado no tratamento da osteoartrite de joelhos.

#### SEÇÃO PUBLICAÇÕES

Contato: Dra. Hérica Cristiani Barra de Souza, Dra. Nafice Costa Araújo, Dr. Paulo Roberto Stocco Romanelli, Dr. Renê Donizeti Ribeiro de Oliveira, Dra. Sandra H. Watanabe; e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

## TRABALHOS APRESENTADOS NO EULAR 2012

Em Berlim, entre os dias 6 e 9 de junho de 2012, ocorreu o Congresso Anual da Liga Europeia Contra o Reumatismo (Eular). Estamos honrados em comunicar que 74 trabalhos, com reumatologistas e outros profissionais do Estado de São Paulo entre os autores, foram aceitos para apresentação nesse tão importante evento mundial da reumatologia, correspondendo a mais que o dobro de trabalhos apresentados no Eular 2011. Isto é motivo de muito orgulho para a reumatologia paulista. Gostaríamos de parabenizar os autores!

Segue o link para que todos possam ter acesso aos *abstracts*: <<http://www.abstracts2view.com/eular>>.

Veja, a seguir, os trabalhos paulistas apresentados no Eular 2012:

### 1. POSTURAL CONTROL IN INDIVIDUALS WITH AND WITHOUT NON-SPECIFIC CHRONIC LOW BACK PAIN: A COMPARATIVE STUDY

Caffaro RR<sup>(1)</sup>, França FR<sup>(2)</sup>, Burke TN<sup>(3)</sup>, Ramos LV<sup>(1)</sup>, Marques AP<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup> Speech, Physical and Occupational Therapy, University of São Paulo, São Paulo; <sup>(2)</sup> Speech, Physical and Occupational Therapy, University of São Paulo, São Paulo; <sup>(3)</sup> Speech, Physical and Occupational Therapy, University of São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):620]

### 2. DISCRIMINATING SARCOPENIA IN COMMUNITY-DWELLING OLDER WOMEN WITH HIGH FREQUENCY OF OVERWEIGHT/OBESITY: RESULTS FROM THE SÃO PAULO AGEING & HEALTH STUDY (SPAHS)

Domiciano DS, Figueiredo CP, Lopes JB, Caparbo V, Takayama L, Bonfa E, Pereira RMR. Rheumatology, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):713]

### 3. BRAZILIAN RA PATIENTS AGREEMENT TO FUNDAMENTALS OF TREAT TO TARGET (T2T) RECOMMENDATIONS AND KNOWLEDGE OF THEIR DISEASE AND THERAPY: PRELIMINARY RESULTS OF A STRUCTURED QUESTIONNAIRE

Freitas MVC<sup>(1)</sup>, Romeiro LD<sup>(2)</sup>, Torigoe DYY<sup>(3)</sup>, Brenol CV<sup>(4)</sup>, Pereira IA<sup>(5)</sup>, Vasconcelos JTS<sup>(6)</sup>, Mota LMH<sup>(7)</sup>, Rezende-Fronza LS<sup>(8)</sup>, Bertolo MB<sup>(9)</sup>, Ranza R<sup>(10)</sup>, Lima RAC<sup>(7)</sup>, Laurindo IMM<sup>(11)</sup>. <sup>(1)</sup> Rheumatology, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza; <sup>(2)</sup> Rheumatology, Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro; <sup>(3)</sup> Rheumatology, Santa

Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo; <sup>(4)</sup> Rheumatology, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; <sup>(5)</sup> Rheumatology, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; <sup>(6)</sup> Rheumatology, Universidade Estadual do Piauí, Teresina; <sup>(7)</sup> Rheumatology, Universidade de Brasília, Brasília; <sup>(8)</sup> Rheumatology, Centro de Estudos em Terapias Inovadoras; <sup>(9)</sup> Rheumatology, Universidade Estadual de Campinas, Curitiba; <sup>(10)</sup> Rheumatology, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia; <sup>(11)</sup> Rheumatology, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):714]

### 4. JUVENILE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (JSLE) AND JUVENILE DERMATOMYOSITIS (JDM) PATIENTS HAVE A DISTINCT PROFILE OF SOLUBLE APOPTOSIS MOLECULES

Liphaus BL<sup>(1)</sup>, Kiss MHB<sup>(2)</sup>, Carrasco S<sup>(3)</sup>, Silva CA<sup>(1)</sup>, Goldstein-Schainberg C<sup>(3)</sup>. <sup>(1)</sup> Pediatrics, Instituto da Criança – Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo; <sup>(2)</sup> Pediatrics, Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo; <sup>(3)</sup> Rheumatology, Disciplina de Reumatologia – Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):254]

### 5. COGNITIVE IMPAIRMENT IN BEHCET'S DISEASE IS NOT ASSOCIATED TO SYSTEMIC DISEASE ACTIVITY, CUMULATIVE PREDNISONE DOSE OR WHITE-MATTER LESIONS

Dutra LA<sup>(1)</sup>, De Souza AWS<sup>(2)</sup>, Alessi H<sup>(1)</sup>, Braga P Neto<sup>(1)</sup>, Guedes BDVS<sup>(3)</sup>, Gonçalves CR<sup>(4)</sup>, Da Rocha AJ<sup>(3)</sup>, Bertolucci PH<sup>(1)</sup>, Barsottini OGP<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup> Neurology and Neurosurgery; <sup>(2)</sup> Internal Medicine, Universidade Federal de São Paulo; <sup>(3)</sup> Depart-

ment of Radiology, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; <sup>(4)</sup> Internal Medicine, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012; 71(Suppl3):223]

## 6. HEREDITARY AUTOINFLAMMATORY SYNDROMES IN BRAZIL: A MULTICENTER STUDY

Jesus AA<sup>(1)</sup>, Fujihira E<sup>(2)</sup>, Watase M<sup>(3)</sup>, Terreri MT<sup>(4)</sup>, Hilario MOE<sup>(4)</sup>, Carneiro-Sampaio M<sup>(1)</sup>, Len CA<sup>(4)</sup>, Oliveira SK<sup>(5)</sup>, Rodrigues MC<sup>(6)</sup>, Pereira RM<sup>(7)</sup>, Bica B<sup>(8)</sup>, Silva NA<sup>(9)</sup>, Cavalcante A<sup>(10)</sup>, Marini R<sup>(11)</sup>, Sztajn bok F<sup>(12)</sup>, Quintero MV<sup>(13)</sup>, Ferriani V<sup>(14)</sup>, Moraes-Vasconcelos D<sup>(3)</sup>, Silva CA<sup>(15)</sup>, Oliveira JB<sup>(16)</sup>. <sup>(1)</sup> Instituto da Criança-HCFMUSP; <sup>(2)</sup> Laboratório de Investigação Médica em Dermatologia e Imunodeficiências (LIM 56) da FMUSP; <sup>(3)</sup> LIM 56 da FMUSP; <sup>(4)</sup> Universidade Federal de São Paulo, São Paulo; <sup>(5)</sup> Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira (IPPMG) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); <sup>(6)</sup> Pediatrics, IPPMG da UFRJ, Rio de Janeiro; <sup>(7)</sup> Disciplina de Reumatologia da FMUSP, São Paulo; <sup>(8)</sup> Disciplina de Reumatologia da UFRJ, Rio de Janeiro; <sup>(9)</sup> Universidade Federal de Goiás, Goiânia; <sup>(10)</sup> Universidade Federal de Pernambuco, Recife; <sup>(11)</sup> Universidade Estadual de Campinas, Campinas; <sup>(12)</sup> Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro; <sup>(13)</sup> Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte; <sup>(14)</sup> FMUSP-Ribeirão Preto, Ribeirão Preto; <sup>(15)</sup> Instituto da Criança-HC-FMUSP, São Paulo, Brazil; <sup>(16)</sup> Clinical Center, National Institutes of Health (NIH), Bethesda, United States [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):701]

## 7. DIFFERENTIATION OF RABBIT ADIPOSE TISSUE-DERIVED STEM CELLS INTO A CHONDROCYTE-LIKE PHENOTYPE "IN VITRO" FACILITATED BY COLLAGEN TYPE V

Goldenstein-Schainberg C<sup>(1)</sup>, Cruz IB<sup>(1)</sup>, Fuller R<sup>(1)</sup>, Velosa AP<sup>(1)</sup>, Carrasco S<sup>(1)</sup>, Capelozzi V<sup>(2)</sup>, Yoshinari NH<sup>(1)</sup>, Teodoro WR<sup>(1)</sup>, and Rheumatology, Universidade de São Paulo. <sup>(1)</sup> Rheumatology; <sup>(2)</sup> Pathology, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):693]

## 8. ACTIVE SYNOVITIS IN CLINICAL SUSTAINED REMISSION: A CROSS SECTIONAL ULTRASOUND STUDY OF RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS TREATED WITH TRADITIONAL AND BIOLOGICAL DMARDS

Bonfiglioli KR<sup>(1)</sup>, Gutierrez M<sup>(2)</sup>, Tamas M-M<sup>(3)</sup>, Di Geso L<sup>(2)</sup>, Guedes LN<sup>(1)</sup>, Salaffi F<sup>(2)</sup>, Grassi W<sup>(2)</sup>, Laurindo IMM<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup> Reumatology, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil; <sup>(2)</sup> Reumatology, Clinica Reumatologica, Università Politecnica Delle Marche, Ancona, Italy; <sup>(3)</sup> Reumatology, "Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):608]

## 9. MEASLES, MUMPS AND RUBELLA VACCINATION SAFETY IN PATIENTS WITH JUVENILE RHEUMATIC DISEASES TAKING IMMUNOSUPPRESSIVE DRUGS

Pileggi GS<sup>(1)</sup>, Terreri MTRA<sup>(2)</sup>, Barbosa CP<sup>(2)</sup>, Ferriani VPL<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup> Pediatric Immunology and Rheumatology, School of Medicine, São Paulo University, Ribeirão Preto; <sup>(2)</sup> Pediatric Immunology and Rheumatology, São Paulo Federal University, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):260]

## 10. EFFECTIVENESS AND TOLERANCE INFILTRATION INTRAARTICULAR CORTICOSTEROID ACCORDING TO DOSE

Pereira DF, Furtado RNV, Natour J, Machado NP, on behalf of Collaborator and Discipline of Rheumatology of the Federal University of São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brazil Rheumatology, Unifesp, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):201]

## 11. AUTO-ANTIBODY TITERS FOR MONITORING RITUXIMAB THERAPY IN RHEUMATOID ARTHRITIS

Vizioli CR, Viana V, Ribeiro AC, Saad C, Moraes J, Bonfá E, Calich AL, and Division of Rheumatology, CEDMAC Unit, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Acknowledgments: This study was sponsored by grants from Fapesp (2009/51897-5 to EB) Division of Rheumatology, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):667]

## 12. CUTANEOUS ADVERSE EVENTS RELATED TO TNFA BLOCKERS IN PATIENTS WITH CHRONIC INFLAMMATORY ARTHRITIS

Machado NP<sup>(1)</sup>, Pinheiro MM<sup>(1)</sup>, Reis ET Neto<sup>(1)</sup>, Melo MR<sup>(1)</sup>, Pereira DF<sup>(1)</sup>, Porro A<sup>(2)</sup>, Ciconelli RM<sup>(1)</sup>, and Discipline of



Rheumatology of the Federal University of São Paulo. <sup>(1)</sup> Rheumatology; <sup>(2)</sup> Dermatology, Federal University of São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):665]

### 13. EVALUATION OF SOCIO-DEMOGRAPHIC VARIABLES, PSYCHIATRIC COMORBIDITY, AND PAIN IN FIBROMYALGIA PATIENTS

Canzonieri AM<sup>(1)</sup>, Pollak DF<sup>(1)</sup>, Oliveira PJ<sup>(2)</sup>, Costa ME<sup>(2)</sup>, Natour J<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup>Rheumatology, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil; <sup>(2)</sup>Psychology, Universidade do Porto, Porto, Portugal [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):756]

### 14. INFliximab VS Cyclophosphamide in Pediatric Takayasu's Arteritis

Stern S<sup>(1)</sup>, Clemente G<sup>(2)</sup>, Reiff A<sup>(1)</sup>, Ramos M<sup>(2)</sup>, Marzan K<sup>(1)</sup>, Terreri MT<sup>(2)</sup>. <sup>(1)</sup>Rheumatology Division, Pediatric Department, Children's Hospital Los Angeles (CHLA), Los Angeles, United States; <sup>(2)</sup>Pediatric Rheumatology Unit, Pediatric Department, Universidade Federal de São Paulo – Brazil (Unifesp), São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):433]

### 15. AEROBIC TRAINING IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Jennings F, Cardoso M, Cruz VG, Oliveira HA, Natour J. Rheumatology, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):80]

### 16. ACCURACY OF A NEW THREE DIMENSION POSTURAL ANALYSIS SYSTEM BASED ON LOW COST INFRARED SENSORS AND EMMITERS

Burke TN, França FR, Neto AD, Ramos LV, Caffaro RR, Marques AP. Department of Physical Therapy, University of São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):749]

### 17. THE EFFECTIVENESS OF SHIATSU ON PAIN, SLEEP QUALITY AND BALANCE CONFIDENCE OF FIBROMYALGIA PATIENTS: A CONTROLLED CLINICAL TRIAL

Yuan SLK, Berssaneti AA, Marques AP. Department of Physical Therapy, Speech Therapy and Occupational Therapy, University of São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):745]

### 18. IMPACT OF ERGOMETRIC TEST IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS, ANKYLOSING SPONDYLITIS AND SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS, WITHOUT CARDIOVASCULAR SYMPTOMS, BEFORE STARTING A SUPERVISED PHYSICAL ACTIVITY PROGRAM

Jennings F, Reis ET Neto, Siqueira US, Szejnfeld VL, Natour J, Sato EI, Pinheiro MM, and Spondyloarthritis, Rheumatoid Arthritis and Systemic Lupus Erythematosus Rheumatology, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/EPM), São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):469]

### 19. WHOLE-BODY MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE ASSESSMENT OF THE MUSCULAR INVOLVEMENT IN JUVENILE DERMATOMYOSITIS PATIENTS

Castro TM<sup>(1)</sup>, Lederman H<sup>(1)</sup>, Terreri MTA<sup>(1)</sup>, Caldana WI<sup>(2)</sup>, Hilário MOE<sup>(2)</sup>. <sup>(1)</sup>Pediatrics; <sup>(2)</sup>Federal University of São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):706]

### 20. NT-PROBNP IN ANKYLOSING SPONDYLITIS PATIENTS UNDERGOING TNF BLOCKAGE THERAPY: CORRELATION WITH INFLAMMATORY STATUS INDEPENDENT OF CARDIOVASCULAR DISEASE

Moraes JC<sup>(1)</sup>, Ribeiro ACDM<sup>(1)</sup>, Saad CGS<sup>(1)</sup>, Lianza AC<sup>(2)</sup>, Silva CA<sup>(3)</sup>, Bonfa E<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup>Rheumatology Division; <sup>(2)</sup>Radiology Division; <sup>(3)</sup>Pediatric Rheumatology Division, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):689]

### 21. A SINGLE-ARM, OPEN-LABEL STUDY OF THE SAFETY AND EFFECTIVENESS OF TOCILIZUMAB IN COMBINATION WITH METHOTREXATE, IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS IN LATIN AMERICA – PRELIMINARY EFFECTIVENESS RESULTS- RITMO STUDY

Zerbini C<sup>(1)</sup>, Orozco J<sup>(2)</sup>, Martinez M<sup>(3)</sup>, Jaller J<sup>(4)</sup>, Quinteros A<sup>(5)</sup>, Finol Y<sup>(6)</sup>, Facal J<sup>(7)</sup>, Villacís R<sup>(8)</sup>, Alfaro J<sup>(9)</sup>, Faustino P<sup>(10)</sup>, Sáenz R<sup>(11)</sup>. <sup>(1)</sup>Cepic, São Paulo, Brazil; <sup>(2)</sup>Rheumatology, Mexico City, Mexico; <sup>(3)</sup>Pontificia Univer. Católica, Santiago, Chile; <sup>(4)</sup>C. Reumatol., Barranquilla, Colombia; <sup>(5)</sup>C. Integral Reumatol., S. Miguel de Tucumán, Argentina; <sup>(6)</sup>H.U.Dr. Antonio M. Pineda, Barquisimeto, Venezuela, Republic Of Bolivarian; <sup>(7)</sup>H. Maciel, Montevideo, Uruguay; <sup>(8)</sup>Novaclin.Sta Cecilia, Quito, Ecuador; <sup>(9)</sup>C.Rehab.Física, Lima, Peru; <sup>(10)</sup>Roche, São Paulo, Brazil; <sup>(11)</sup>C.Especial.Medicas, Heredia, Costa Rica [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):668]

## 22. ASSESSMENT OF ART THERAPY PROGRAM FOR WOMEN WITH FIBROMYALGIA: RANDOMIZED, CONTROLLED, BLINDED STUDY

Baptista AS, Jones A, Cardoso FP, Schaffir B, Coelho ERW, Orlandi A, Natour J. Rheumatology Division, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):271]

## 23. TRUNK STABILIZING EXERCISE AND STRENGTHENING EXERCISES IN PATIENTS WITH NON-SPECIFIC CHRONIC LOW BACK PAIN: A PILOT BLINDED RANDOMIZED TRIAL

Carmo CM, Jacob MFA, Takara KS, Santos FG, Caromano FA, Tanaka C. Department of Physiotherapy, Communication Science and Disorder, Occupational Therapy, University of São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):745]

## 24. INVASIVE ASPERGILLOSIS: A SEVERE INFECTION IN JUVENILE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENTS

Silva MFC<sup>(1)</sup>, Ribeiro ASM<sup>(1)</sup>, Fiorot FJ<sup>(1)</sup>, Aikawa NE<sup>(1)</sup>, Lotito APN<sup>(1)</sup>, Campos LMA<sup>(1)</sup>, Mauad T<sup>(2)</sup>, Silva CA<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup> Pediatric Rheumatology Unit, Children's Institute – FMUSP; <sup>(2)</sup> Pathology Department, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo-SP, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):424]

## 25. EVALUATION OF MUSCLE FATIGUE OF LUMBAR MULTIFIDUS AND ACTIVATION OF TRANSVERSUS ABDOMINIS IN SUBJECTS WITH LUMBAR DISC HERNIATION

Ramos LV<sup>(1)</sup>, França FR<sup>(1)</sup>, Callegari B<sup>(2)</sup>, Burke TN<sup>(1)</sup>, Caffaro RR<sup>(1)</sup>, Marques AP<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup> Department of Physical Therapy, Speech Therapy and Occupational Therapy, School of Medicine, University of São Paulo, São Paulo; <sup>(2)</sup> Department of Physiotherapy and Occupational Therapy, Institute of Health Sciences, UFPA, Universidade Federal do Pará, Belém-PA, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):748]

## 26. ULTRASOUND EVALUATION OF THE HANDS AND WRISTS JOINTS: A PROPOSAL OF A NEW 10-JOINT ULTRASOUND SCORE FOR DIAGNOSIS AND ASSESSMENT OF EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

Luz K<sup>(1)</sup>, Furtado RNV<sup>(2)</sup>, Pinheiro MM<sup>(2)</sup>, Petterle GS<sup>(2)</sup>, Natour J<sup>(2)</sup>. <sup>(1)</sup> Rheumatology Division; <sup>(2)</sup> Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):710]

## 27. OROFACIAL EVALUATION IN WOMEN WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Hoyuela CPS, Furtado RNV, Chiari A, Natour J. Rheumatology division, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):661]

## 28. MORPHOFUNCTIONAL PENILE ALTERATIONS WITH SEVERE SPERM ABNORMALITIES IN ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME ASSOCIATED WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Rabelo-Júnior CN<sup>(1)</sup>, Bonfa E<sup>(1)</sup>, Carvalho JF<sup>(1)</sup>, Cocuzza M<sup>(2)</sup>, Saito O<sup>(3)</sup>, Abdo CH<sup>(4)</sup>, Silva CA<sup>(5)</sup>. <sup>(1)</sup> Division Rheumatology; <sup>(2)</sup> Urology Department; <sup>(3)</sup> Radiology Department; <sup>(4)</sup> Psychiatry Department; <sup>(5)</sup> Pediatric Rheumatology Unit and Division Rheumatology, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):675]

## 29. THE EFFECT OF PHYSICAL EXERCISE IN THE CYTOKINES LEVELS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Silva AE, Reis-Neto ET, Silva NP, Sato EI. Medicine, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):641]

## 30. EFFECT OF LONG-TERM TNF BLOCKAGE ON LIPID PROFILE IN ANKYLOSING SPONDYLITIS PATIENTS

Moraes JC<sup>(1)</sup>, Souza FHC<sup>(1)</sup>, Ribeiro ACDM<sup>(1)</sup>, Saad CGS<sup>(1)</sup>, Calich AL<sup>(1)</sup>, Silva CA<sup>(2)</sup>, Bonfá E<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup> Rheumatology Division; <sup>(2)</sup> Pediatric Rheumatology Division, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):562]

## 31. HIGHER ANGIOTENSIN II RECEPTOR TYPE 1 (AGRT1) EXPRESSION AND LYMPHATIC VASCULATURE RAREFACTION IN PROGRESSIVE PULMONARY PARENCHYMAL REMODELING OF SYSTEMIC SCLEROSIS PATIENTS – POSTER TOURS

Parra ER, Ruppert ADP, Capelozzi VL. Pathology, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):481]

### **32. EBV SEROLOGICAL REACTIVATION PROFILE IN PRIMARY SJÖGREN'S SYNDROME: A POSSIBLE TRIGGER OF THE ACTIVE ARTICULAR INVOLVEMENT?**

Pasoto SG, Natalino RR, Chakkour HP, Viana VS, Bueno C, Leon EP, Vendramini MB, Levy M Neto, Bonfá E. Rheumatology, University of São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):679]

### **33. INCREASED PREVALENCE OF METABOLIC SYNDROME IS ASSOCIATED TO NEPHROLITHIASIS BUT NOT TO THE PRESENCE OF TOPHUS IN GOUT PATIENTS**

Mello FM, Tomita FRB, Fuller R, Pontes MAG Filho, Barros TBM, Prado LL, Augusto KL, Goldenstein-Schainberg C. Disciplina de Reumatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):445]

### **34. GAIT ASSESSMENT IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS USING THE MODULAR ELECTRONIC BAROPODOMETER**

Moreira E, Jones A, Oliveira HAV, Jennings F, Natour J. Rheumatology Division, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):659]

### **35. PREDICTORS OF RHEUMATOID ARTHRITIS (RA): QUANTITATIVE AND SEMI-QUANTITATIVE SONOGRAPHIC MEASUREMENTS OF PERIPHERAL JOINTS**

Machado FS, Furtado RNV, Takahashi RD, Buosi ALP, Natour J. Rheumatology, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):653]

### **36. EFFECTIVENESS OF ORAL CORTICOSTEROID ON GAIT IN PATIENTS WITH NARROW LUMBAR CANAL SYNDROME: RANDOMIZED, CONTROLLED, DOUBLE-BLIND STUDY**

Rodrigues LCL, Natour J. Rheumatology, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):618]

### **37. SUPERVISED PHYSICAL EXERCISE IMPROVES ENDOTHELIAL FUNCTION AND INCREASE ENDOTHELIAL PROGENITOR CELLS NUMBER IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS**

Reis ET Neto, Silva AE, Camargo LM, Semedo P, Pinheiro MM, Silva NP, Sato EI. Medicine, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):214]

### **38. EFFECTIVENESS OF FACET JOINT INJECTION IN LOW BACK PAIN**

Ribeiro LH, Furtado RNV, Konai M, Rosenfeld A, Andreo AB, Natour J. Rheumatology, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):701]

### **39. BONE EROSIONS IN RHEUMATOID ARTHRITIS: ULTRASOUND FINDINGS IN THE EARLY STAGE OF THE DISEASE**

Tamas M-M<sup>(1)</sup>, Filippucci E<sup>(2)</sup>, Becciolini A<sup>(2)</sup>, Gutierrez M<sup>(2)</sup>, Di Geso L<sup>(2)</sup>, Bonfiglioli K<sup>(3)</sup>, Voulgari PV<sup>(4)</sup>, Salaffi F<sup>(2)</sup>, Grassi W<sup>(2)</sup>. <sup>(1)</sup> Department of Rheumatology, Iuliu Hatieganu University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania; <sup>(2)</sup> Clinica Reumatologica, Univeristà Politecnica Delle Marche, Ancona, Italy; <sup>(3)</sup> Rheumatology Division, University of São Paulo, São Paulo, Brazil; <sup>(4)</sup> Rheumatology Clinic, Department of Internal Medicine, Medical School, University of Ioannina, Ioannina, Greece [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):301]

### **40. ASSESSMENT OF POSTURAL CONTROL, STRENGTH OF LOWER LIMBS AND PAIN IN INDIVIDUALS WITH AND WITHOUT FIBROMYALGIA**

Muto LHA, Sauer JF, Yuan SLK, Marques AP. Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):748]

### **41. GAIT ASSESSMENT IN PATIENTS WITH PLANTAR FASCIITIS USING THE MODULAR ELECTRONIC BAROPODOMETER**

Oliveira HAV, Jones A, Moreira E, Jennings F, Natour J. Rheumatology Division, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):467]

#### 42. POORER POSTURAL CONTROL OF PATIENTS WITH LOW BACK PAIN COMPARED TO A CONTROL GROUP

Carmo CM, Takara KS, Santos FG, Souza FMB, Siqueira CM, Tanaka C. Department of Physiotherapy, Communication Science and Disorder, Occupational Therapy, University of São Paulo, São Paulo, Brazil. Disclosure of Interest: None Declared [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):757]

#### 43. SONOGRAPHIC ASSESSMENT OF NORMAL PERIPHERAL JOINTS: EVALUATION ACCORDING TO JOINTS, AGE AND DEMOGRAPHIC VARIABLES

Machado FS, Furtado RNV, Takahashi RD, Buosi ALP, Natour J. Rheumatology, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):709]

#### 44. THE COMPARISON OF CHILDHOOD POLYARTERITIS NODOSA AND CUTANEOUS POLYARTERITIS NODOSA

Demirkaya E<sup>(1)</sup>, Turker T<sup>(2)</sup>, Ruperto N<sup>(3)</sup>, Cuttica R<sup>(4)</sup>, Brogan P<sup>(5)</sup>, Quartier P<sup>(6)</sup>, Anton J<sup>(7)</sup>, Ayaz N<sup>(8)</sup>, Garay S<sup>(9)</sup>, Espada G<sup>(10)</sup>, Khubchandani R<sup>(11)</sup>, Zulian F<sup>(12)</sup>, Bagga A<sup>(13)</sup>, Belot A<sup>(14)</sup>, Silva CA<sup>(15)</sup>, Al-Mayouf SM<sup>(16)</sup>, Estrella AI<sup>(17)</sup>, Oliveira S<sup>(18)</sup>, Magalhães CS<sup>(19)</sup>, Martini A<sup>(20)</sup>, Ozen S<sup>(21)</sup>. <sup>(1)</sup> Pediatric Rheumatology; <sup>(2)</sup> Epidemiology, Gulhane Military Medical Faculty, Ankara, Turkey; <sup>(3)</sup> Pediatric Rheumatology, Ospedale Gaslini, Genova, Italy; <sup>(4)</sup> Pediatric Rheumatology, Pedro de Elizalde Av. Montes de Oca, Buenos Aires, Argentina; <sup>(5)</sup> Pediatric Rheumatology, UCL, London, United Kingdom; <sup>(6)</sup> Pediatric Rheumatology, Hopital Necker, Paris, France; <sup>(7)</sup> Pediatric Rheumatology, Hospital de Sant Joan de Déu, Barcelona, Spain; <sup>(8)</sup> Pediatric Rheumatology, Kanuni Hospital, Istanbul, Turkey; <sup>(9)</sup> Unidad de Reumatología, Hospital Sor Maria Ludovica, La Plata; <sup>(10)</sup> Pediatric Rheumatology, Buenos Aires University, Buenos Aires, Argentina; <sup>(11)</sup> Pediatric Rheumatology, Jaslok Hospital and Research Centre, Mumbai, India; <sup>(12)</sup> Department of Pediatrics, University of Padua, Padua, Italy; <sup>(13)</sup> Pediatric Rheumatology, All India Institute of Medical Sciences, Mumbai, India; <sup>(14)</sup> Pediatric Rheumatology, Hopital Femme-Mère-Enfant, Lyon, France; <sup>(15)</sup> Pediatric Rheumatology, São Paulo Medical Faculty, São Paulo, Brazil; <sup>(16)</sup> Pediatrics, King Faisal Specialist Hospital, Riyadh, Saudi Arabia; <sup>(17)</sup> Rheumatology, Instituto de Salud del Nino Breña, Lima, Peru; <sup>(18)</sup> Pediatrics, Universidade Federal do

Rio de Janeiro, Rio de Janeiro; <sup>(19)</sup> Pediatrics, UNESP, Botucatu, Brazil; <sup>(20)</sup> Pediatric Rheumatology, University di Genova, Ospedale Gaslini, Genova, Italy; <sup>(21)</sup> Pediatric Rheumatology, Hacettepe University, Ankara, Turkey [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):226]

#### 45. LONG-TERM SAFETY AND IMMUNOGENICITY OF THE PANDEMIC UNADJUVANTED INFLUENZA A/H1N1 VACCINE IN PRIMARY SJÖGREN'S SYNDROME

Pasoto SG, Ribeiro AC, Viana VS, Barbosa JA, Bueno C, Levy M Neto, Bonfá E. Rheumatology, University of São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):679]

#### 46. PERIODONTAL PATHOGENS PROMOTE AUTOIMMUNE ARTHRITIS BY REDUCING TH2 RESPONSE AND INDUCING A TOLL-LIKE RECEPTOR 2-DEPENDENT TH17 PHENOTYPE

Abdollahi-Roodsaz S<sup>(1)</sup>, De Aquino SG<sup>(2)</sup>, Koenders M<sup>(3)</sup>, Marijnissen R<sup>(3)</sup>, Walgreen B<sup>(3)</sup>, Helsen M<sup>(3)</sup>, Van den Bersselaar L<sup>(3)</sup>, Cunha FQ<sup>(4)</sup>, Cirelli JA<sup>(2)</sup>, Van den Berg W<sup>(3)</sup>. <sup>(1)</sup> Rheumatology Research and Advanced Therapeutics, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nijmegen, Netherlands; <sup>(2)</sup> Department of Diagnosis and Oral Surgery, Periodontic Division, Araraquara Dental School, São Paulo, Brazil; <sup>(3)</sup> Rheumatology Research and Advanced Therapeutics, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nijmegen, Netherlands; <sup>(4)</sup> Department of Pharmacology, School of Medicine of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):317]

#### 47. ANTI-SACCHAROMYCES CEREVISAE ANTIBODIES (ASCA) IN ACTIVE BEHCET'S DISEASE: A MARKER OF INTESTINAL INVOLVEMENT?

Prado LL, Augusto KL, Magalhães PF, Viana VT, Saad CGS, Gonçalves CR. Rheumatology Division, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):229]

#### 48. PERCEIVED EXERTION LEVEL IN FIBROMIALGIC PATIENTS DURING THE SIT-TO-STAND TEST

Sauer JF, Berssaneti AA, Mango PC, França FR, Marques AP. Physiotherapy, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):757]

#### 49. LUMBAR STABILIZATION AND TRANSCUTANEOUS ELECTRICAL NERVE STIMULATION IN LUMBAR DISC HERNIATION: PRELIMINARY STUDY

França FR, Ramos LV, Burke TN, Caffaro RR, Marques AP. Department of Physical Therapy, Speech Therapy and Occupational Therapy, School of Medicine, University of São Paulo, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):757]

#### 50. CLINICAL SIGNIFICANCE OF HEMOLYTIC ANEMIA IN A COHORT OF 1000 BRAZILIAN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. RESULTS FROM A SINGLE CENTER

Costallat G<sup>(1)</sup>, Appenzeller S<sup>(2)</sup>, Costallat LTL<sup>(3)</sup>. <sup>(1)</sup>PUC-São Paulo, Sorocaba; <sup>(2)</sup>Medicine, State University of Campinas; <sup>(3)</sup>State University of Campinas, Campinas, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):552]

#### 51. SAFETY AND EFFICACY OF VARICELLA VACCINE IN PATIENTS WITH JUVENILE RHEUMATIC DISEASES: A FIVE YEARS EXPERIENCE

Pileggi GS, De Souza CBS, Ferriani VPL. Pediatric Immunology and Rheumatology, School of Medicine – São Paulo University, Ribeirão Preto, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):430]

#### 52. CHANGES IN THE ULTRASOUND OF JOINTS OF ASYMPTOMATIC FEET IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: A CONTROLLED STUDY

Petterle GS<sup>(1)</sup>, Natour J<sup>(1)</sup>, Da Luz KR<sup>(1)</sup>, Machado FS<sup>(1)</sup>, Dos Santos MF<sup>(1)</sup>, Fernandes ADRC<sup>(2)</sup>, Furtado RNV<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup>Rheumatology; <sup>(2)</sup>Radiology, Unifesp, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):709]

#### 53. LONG-TERM SAFETY OF ADALIMUMAB IN PATIENTS FROM GLOBAL CLINICAL TRIALS IN RHEUMATOID ARTHRITIS, JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS, ANKYLOSING SPONDYLITIS, PSORIATIC ARTHRITIS, PSORIASIS, AND CROHN'S DISEASE

Burmester GR<sup>(1)</sup>, Panaccione R<sup>(2)</sup>, Gordon KB<sup>(3)</sup>, McIlraith MJ<sup>(4)</sup>, Lacerda A<sup>(5)</sup>. <sup>(1)</sup>Charité-University Medicine Berlin, Free University & Humboldt University of Berlin, Berlin, Germany; <sup>(2)</sup>University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada; <sup>(3)</sup>Northwestern

University, Feinberg School of Medicine, Chicago, Illinois, United States; <sup>(4)</sup>Abbott, Rungis, France; <sup>(5)</sup>Abbott, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):514]

#### 54. DOES INTENSE SYNOVIAL ENHANCEMENT IN TEMPOROMANDIBULAR JOINTS OF JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS PATIENTS CORRELATE WITH DISEASE ACTIVITY?

Zwir L, Terreri MT, Sousa S, Fernandes A, Guimarães AS, Hilário MO. Unifesp, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):264]

#### 55. TOFACITINIB (CP-690,550), AN ORAL JANUS KINASE INHIBITOR: ANALYSES OF EFFICACY ENDPOINTS BY SUBGROUPS IN A POOLED PHASE 2 AND 3 RHEUMATOID ARTHRITIS STUDY POPULATION

Kremer J<sup>(1)</sup>, Zerbini C<sup>(2)</sup>, Lee EB<sup>(3)</sup>, Gruben D<sup>(4)</sup>, Krishnaswami S<sup>(4)</sup>, Zwillich SH<sup>(4)</sup>, Koncz T<sup>(5)</sup>, Bradley J<sup>(4)</sup>, Mebus CA<sup>(4)</sup>. <sup>(1)</sup>Albany Medical College, New York, United States; <sup>(2)</sup>Centro Paulista de Investigação Clínica, São Paulo, Brazil; <sup>(3)</sup>Seoul National University, Seoul, Republic of Korea; <sup>(4)</sup>Pfizer Inc, Connecticut; <sup>(5)</sup>Pfizer Inc, New York, United States [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):203]

#### 56. SARCOPENIA REVERSAL IN ANKYLOSING SPONDYLITIS (AS) UNDER ANTI-TNF THERAPY: A 24-MONTH LONGITUDINAL ANALYSIS

Barros MA, Saad CS, Takayama L, Moraes JC, Medeiros AC, Bonfá E, Pereira RM. Rheumatology, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):244]

#### 57. OUTCOME OF A NATIONAL IMMUNIZATION CAMPAIGN INDICATED THAT CHILDREN AND ADULT RUBELLA VACCINATION DOES NOT INDUCE THE DEVELOPMENT OF CHRONIC ARTHRITIS

Pileggi GS<sup>(1)</sup>, Mansur David M<sup>(2)</sup>, De Paula CC<sup>(2)</sup>, De Rosi FA<sup>(2)</sup>, Saquy GD<sup>(2)</sup>, Giuberti MFL<sup>(2)</sup>, De Souza LC<sup>(2)</sup>, Côrtes CM<sup>(2)</sup>, Alvim EJ Junior<sup>(2)</sup>, De Lima FEGV<sup>(2)</sup>, Ferreira GV<sup>(2)</sup>, Calheiros LB<sup>(2)</sup>. <sup>(1)</sup>Pediatric Immunology and Rheumatology, School of Medicine – São Paulo University; <sup>(2)</sup>Students of Immunology, School of Medicine Barao de Maua, Ribeirão Preto, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):626]



### 58. ULTRASONOGRAPHY JOINT HAND IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE): A COMPARISON WITH RHEUMATOID ARTHRITIS (RA)

Buosi ALPP, Natour J, Takahashi RD, Fernandes A, Machado FS, Furtado RNV. Unifesp, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):675]

### 59. IMPACT OF ENTHESITIS IN 1505 BRAZILIAN PATIENTS WITH SPONDYLOARTHRITIS

Carneiro S, Bortoluzzo A, Gonçalves A, Silva JA, Ximenes AC, Bértolo M, Ribeiro S, Keiserman M, Menin R, Azevedo V, Vieira W, Albuquerque E, Bianchi W, Bonfiglioli R, Campanholo C, Carvalho MA, Costa I, Duarte A, Gavi MB, Cohen C, Leite N, Lima S, Meirelles E, Pereira I, Pinheiro M, Polito E, Resende G, Rocha FA, Santiago M, Sauma MDF, Skare T, Sampaio-Barros P. Brazilian Registry of Spondyloarthritis, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):567]

### 60. IMPORTANT ROLE OF THE EXERCISE TRAINING IN JUVENILE DERMATOMYOSITIS

Omori CH<sup>(1)</sup>, Silva CAA<sup>(1)</sup>, Sallum AME<sup>(1)</sup>, Pereira RM<sup>(2)</sup>, Pinto ALS<sup>(2)</sup>, Roschel H<sup>(3)</sup>, Gualano B<sup>(3)</sup>. <sup>(1)</sup>Pediatric Rheumatology; <sup>(2)</sup>Rheumatology, Faculdade de Medicina da USP; <sup>(3)</sup>Physical Education and Sports, USP, São Paulo, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):706]

### 61. ANXIETY IS ASSOCIATED WITH ANTIRIBOSOMAL P ANTIBODY IN CHILDHOOD-ONSET SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Aldar H<sup>(1)</sup>, Lapa AT<sup>(1)</sup>, Belini B<sup>(1)</sup>, Sinicato NA<sup>(1)</sup>, Postal M<sup>(1)</sup>, Fernandes P<sup>(1)</sup>, Costallat LTL<sup>(1)</sup>, Marini R<sup>(2)</sup>, Appenzeller S<sup>(3)</sup>. <sup>(1)</sup>State University of Campinas, Campinas, Brazil; <sup>(2)</sup>Pediatrics, State University of Campinas; <sup>(3)</sup>Medicine, State University of Campinas, Campinas, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):706]

### 62. COGNITIVE IMPAIRMENT ASSOCIATED WITH S100B PROTEIN IN CHILDHOOD-ONSET SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Aldar H<sup>(1)</sup>, Lapa AT<sup>(1)</sup>, Belini B<sup>(1)</sup>, Sinicato NA<sup>(1)</sup>, Postal M<sup>(1)</sup>, Fernandes P<sup>(1)</sup>, Marini R<sup>(2)</sup>, Appenzeller S<sup>(3)</sup>. <sup>(1)</sup>State University of Campinas, Campinas, Brazil; <sup>(2)</sup>Pediatrics, State University of Campinas; <sup>(3)</sup>Medicine, State University of Campinas, Campinas, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):706]

### 63. CAN WE SIMPLIFY ULTRASONOGRAPHY SYNOVITIS SCORING SYSTEM IN RHEUMATOID ARTHRITIS?

Mendonça JA<sup>(1)</sup>, Bisi MC<sup>(2)</sup>, Da Silveira IG<sup>(2)</sup>, Do Prado AD<sup>(2)</sup>. <sup>(1)</sup>Rheumatology, Pontifical Catholic University of Campinas, Campinas; <sup>(2)</sup>Rheumatology, Pucrs, Porto Alegre, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):710]

### 64. RISK OF SUICIDE IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

De Souza CB<sup>(1)</sup>, Ferrari A<sup>(1)</sup>, Pereira MT<sup>(1)</sup>, Abreu L<sup>(1)</sup>, Pereira K<sup>(1)</sup>, Costallat LT<sup>(2)</sup>, Appenzeller S<sup>(2)</sup>. <sup>(1)</sup>State University of Campinas; <sup>(2)</sup>Medicine, State University of Campinas, Campinas, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):679]

### 65. PREVALENCE AND CLINICAL SIGNIFICANCE OF WHITE MATTER HYPERINTENSITIES IN JUVENILE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (JSLE)

Lapa AT<sup>(1)</sup>, Ferretti L<sup>(1)</sup>, Sinicato NA<sup>(1)</sup>, Postal M<sup>(1)</sup>, Marini R<sup>(1)</sup>, Cendes F<sup>(1)</sup>, Appenzeller S<sup>(2)</sup>. <sup>(1)</sup>State University of Campinas; <sup>(2)</sup>Medicine, State University of Campinas, Campinas, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):269]

### 66. ARE THERE DIFFERENT IMAGING RESULTS IN EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS?

Mendonça JA<sup>(1)</sup>, Gutierrez M<sup>(2)</sup>, Yazbek MA<sup>(3)</sup>, Costallat BL<sup>(4)</sup>, Bértolo MB<sup>(3)</sup>. <sup>(1)</sup>Rheumatology, Pontifical Catholic University of Campinas, Campinas, Brazil; <sup>(2)</sup>Clinica Reumatologica, Università Politecnica delle Marche, Ancona, Italy; <sup>(3)</sup>Rheumatology, State University of Campinas; <sup>(4)</sup>Radiology, Vera Cruz Hospital, Campinas, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):710]

### 67. METABOLIC SYNDROME AND TUMOR NECROSIS FACTOR IN CHILDHOOD-ONSET SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Sinicato NA<sup>(1)</sup>, Postal M<sup>(1)</sup>, Peres FA<sup>(1)</sup>, Peliçari KDO<sup>(1)</sup>, Marini R<sup>(1)</sup>, Appenzeller S<sup>(2)</sup>. <sup>(1)</sup>State University of Campinas; <sup>(2)</sup>Medicine, State University of Campinas, Campinas, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):437]

### 68. NEUROPSYCHIATRIC MANIFESTATIONS IN JUVENILE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (JSLE)

Lapa AT<sup>(1)</sup>, Postal M<sup>(1)</sup>, Sinicato NA<sup>(1)</sup>, Silveira LF<sup>(1)</sup>, Ferrari A<sup>(1)</sup>, Marini R<sup>(1)</sup>, Appenzeller S<sup>(2)</sup>. <sup>(1)</sup>State University of Campi-

nas; <sup>(2)</sup> Medicine, State University of Campinas, Campinas, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):437]

#### **69. WHITE MATTER LESIONS ARE PREDOMINANTLY DEMYELINATING IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. AN SUPPORT VECTOR MACHINES CLASSIFICATION OF TEXTURE PARAMETERS – POSTER TOURS**

Lapa AT<sup>(1)</sup>, Bento MP<sup>(1)</sup>, Rittner L<sup>(1)</sup>, Ruocco HH<sup>(1)</sup>, Castellano G<sup>(1)</sup>, Damasceno BD<sup>(1)</sup>, Costallat LTL<sup>(1)</sup>, Appenzeller S<sup>(2)</sup>, Lotufo R<sup>(1)</sup>, Cendes F<sup>(1)</sup>. <sup>(1)</sup> State University of Campinas; <sup>(2)</sup> Medicine, State University of Campinas, Campinas, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):209]

#### **70. PREVALENCE OF METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS**

Peres FA, Sinicato NA, Postal M, Peliçari KDO, Ferrari A, Costallat LTL, Appenzeller S. State University of Campinas, Campinas, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):679]

#### **71. SUPPORT VECTOR MACHINES CLASSIFICATION OF TEXTURE PARAMETERS OF WHITE MATTER LESIONS IN CHILDHOOD-ONSET SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. POSSIBLE MECHANISM TO DISTINGUISH BETWEEN DEMYELINATION AND ISCHEMIA**

Lapa AT<sup>(1)</sup>, Bento MP<sup>(1)</sup>, Rittner L<sup>(1)</sup>, Ruocco HH<sup>(1)</sup>, Castellano G<sup>(1)</sup>, Damasceno BP<sup>(1)</sup>, Costallat LTL<sup>(1)</sup>, Lotufo R<sup>(1)</sup>, Cendes F<sup>(1)</sup>,

Appenzeller S<sup>(2)</sup>. <sup>(1)</sup> State University of Campinas; <sup>(2)</sup> Medicine, State University of Campinas, Campinas, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):269]

#### **72. COMPARATIVE EVALUATION OF CUMULATIVE DAMAGE IN ADULT AND CHILDHOOD ONSET SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS**

Peliçari KDO, Postal M, Sinicato NA, Costallat LTL, Marini R, Appenzeller S. State University of Campinas, Campinas, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):220]

#### **73. REDUCED OLFACTION AND CLINICAL SIGNIFICANCE IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS**

Peres FA, Sinicato NA, Postal M, Peliçari KDO, Ferrari A, Gomes CC, Costallat LTL, Appenzeller S. State University of Campinas, Campinas, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):679]

#### **74. EPIDEMIOLOGY AND RISK FACTORS FOR MUSCULOSKELETAL INJURIES AND MEDIAL TIBIAL STRESS SYNDROME IN BRAZILIAN MILITARY SCHOOL STUDENTS**

Melloni MAS<sup>(1)</sup>, Coimbra IB<sup>(2)</sup>. <sup>(1)</sup> Faculdade de Ciências Médicas; <sup>(2)</sup> Clínica Médica, Unicamp, Campinas-SP, Brazil [Citation: Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):757]

## ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR

A internação, em regime hospitalar, é um dos momentos mais críticos para pacientes com enfermidades crônicas.

A própria indicação de internação para procedimentos clínicos ou cirúrgicos traz uma preocupação adicional ao paciente, além daquelas características de sua enfermidade.

É esperado e frequente que o paciente apresente exacerbação de alguns transtornos psicológicos preexistentes, principalmente relacionados a alguma fobia, angústia e ansiedade.

A primeira preocupação do médico deve ser a análise criteriosa da verdadeira necessidade de internação em ambiente hospitalar.

Diferente de épocas passadas, ainda recentes, as indicações médicas para internação hospitalar diminuíram significativamente nas últimas décadas por diversos motivos, entre eles, o controle mais adequado das doenças crônicas, o aumento da adesão ao tratamento, uso racional de antibioticoterapia domiciliar, cirurgias de menor porte e procedimentos realizados em regime de *day clinic*.

Já vão longe os tempos onde internávamos pacientes em nossos serviços para incluí-los em nossos protocolos de pesquisas, muitas vezes sem nenhuma indicação para internação, às vezes até sem informá-los devidamente sobre sua condição de sujeito de pesquisa.

A Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos em nosso País, mudou radicalmente a qualidade técnica e ética das pesquisas biomédicas brasileiras.

Outro fator importante é a necessidade de interferir o mínimo possível nas atividades diárias do paciente e respeitar seus compromissos sociais, atividades laborais e culturais.

A internação hospitalar é, portanto, uma situação especial que merece atenção e cuidados do médico assistente no sentido de fornecer apoio e orientação conforme a demanda particular de cada paciente.

Nessa situação, a relação médico-paciente adquire especial importância.

A vulnerabilidade da pessoa que adoece e o grau de dependência que desenvolve em relação ao médico

assistente e a outros profissionais que desconhece mas trabalham no hospital criam um cenário que pode gerar um forte sentimento de insegurança.

Portanto, é fundamental e necessário que o paciente hospitalizado tenha o seu médico assistente responsável formalmente nomeado, embora receba atenção e tratamento de uma equipe multiprofissional.

Em hospital-escola, onde existe serviço de reumatologia com residência médica credenciada, o paciente é assistido por estudantes de Medicina, residentes e preceptores.

Nesse cenário, é relativamente comum que no prontuário do paciente internado não conste o nome de nenhum médico como responsável pelo paciente.

O Conselho Federal de Medicina, considerando esses fatos, publicou a Resolução CFM n. 1.493/98, que determina ao diretor clínico do estabelecimento de saúde que tome providências para que todo paciente hospitalizado tenha o seu médico assistente responsável desde a internação até a alta hospitalar.

Determina também que devem ser asseguradas previamente as condições indispensáveis para a realização do ato médico nas cirurgias eletivas (e, obviamente, em todos os outros procedimentos médicos).

Infelizmente, passados quase 15 anos de sua publicação, constatamos que esta determinação não tem sido cumprida em boa parte de nossas instituições hospitalares, principalmente em hospitais-escola, ligados a nossas faculdades de Medicina e serviços com residência médica oficial.

É justamente nessas instituições que se espera uma assistência médica de excelência e um maior cuidado com a formação ética do jovem médico.

Longe de se tratar de uma medida puramente administrativa, essa resolução tem um forte caráter ético e técnico.

Nos casos de pacientes sem um médico formalmente nomeado, todos os profissionais são responsáveis e comprometidos em sua assistência. Na prática, o que ocorre é a ausência da fundamental relação médico-paciente e a falta de um acompanhamento horizontal da evolução clínica do paciente.

Essa situação, com frequência, posterga decisões clínicas ou cirúrgicas importantes, levando ao aumento de morbidade, sequelas, óbitos e frequentemente a lides éticas e jurídicas.

A experiência prática demonstra, também, que o acompanhamento ambulatorial deve ser feito, sempre que possível, por um mesmo médico. Essa medida aumenta o vínculo terapêutico entre o médico residente em treinamento e o seu paciente e deve fazer parte de seu treinamento, além da parte didática e científica, o adequado relacionamento médico-paciente, esteio da prática clínica de qualidade.

Enfim, é responsabilidade de todos nós, enquanto responsáveis pela formação técnica e ética dos jovens médicos, assegurarmos o cumprimento da Resolução CFM n. 1.493/98 em nossas instituições, colaborando, assim, para uma assistência médica de qualidade e uma formação de excelência para os jovens médicos residentes.

JOSÉ MARQUES FILHO  
*Reumatologista e membro  
das Comissões de Ética e Defesa Profissional  
da SPR e da SBR*

## REMUNERAÇÃO MÉDICA

Neste número da *RPR* abordamos um tema de interesse de todos os médicos: as formas de remuneração pelo trabalho realizado. Embora, na prática, saibamos como somos remunerados, poucos conhecem as características de cada forma de remuneração, seus prós e contras e as lógicas inerentes a cada uma delas. Portanto, este artigo objetiva esclarecer aos colegas estas peculiaridades. Os créditos principais devem ser atribuídos ao colega Dr. Ricardo de Oliveira Bessa, que apresentou, em sua dissertação para obtenção do título de mestre em Administração de Empresas na EAESP-FGV, em 2011, os fundamentos para esta publicação<sup>(1)</sup>. Na íntegra de sua dissertação, encontraremos as referências bibliográficas por ele pesquisadas e que deram suporte a seu brilhante trabalho.

Antigamente, a remuneração médica chamava-se "honorário" (que em latim significa "reconhecimento"), herdada da medicina hipocrática, em que o paciente era quem determinava quanto valiam os honorários médicos, baseando-se em seu grau de agradecimento e em sua capacidade econômica.

Um sistema de remuneração consiste de procedimentos para o pagamento do trabalho a determinadas pessoas ou grupos de pessoas, comportando maneiras variadas. Trata-se de uma forma de controlar o comportamento dos membros da organização, com o objetivo de atingir uma estrutura orgânica que funcione com eficácia. Além disso, esse é um modo de garantir que a instituição realize suas tarefas de tal maneira que possa alcançar seus objetivos.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconhece dois principais sistemas de remuneração:

- *Remuneração por resultado* – sistema no qual os ganhos variam segundo o tipo, quantidade e qualidade dos serviços produzidos, enfatizando produtos ou resultados individuais ou coletivos, que podem ser expressos em termos de ato, caso tratado ou pessoa atendida.
- *Remuneração por tempo* – o ganho se dá em função do tempo em que o trabalhador está à disposição do empregador. Não existe uma relação explícita, formal e previamente estabelecida entre remuneração e volume de produtos produzidos.

Outra maneira de classificar modelos de remuneração se dá em função do tempo em que ocorre o pagamento:

- *Prospectiva* – em que é calculado um valor prévio, independentemente da produção, com base em diversos critérios, geralmente populacionais. Conhece-se o total da remuneração previamente (pré-pagamento). As formas de capitação e assalariamento são as mais frequentes nesta forma de remuneração, que busca redirecionar o enfoque para a atenção à saúde da população, por meio do compartilhamento de risco com os profissionais e serviços de saúde.
- *Retrospectiva* – a remuneração ocorre após a realização efetiva dos serviços (pós-pagamento). Representado pelo modelo de remuneração por procedimento ou *fee for service*.
- Esquemas mistos em que, a partir de uma lógica de base, introduzem-se elementos das outras formas para corrigir ou promover determinados objetivos gerenciais.

### FORMAS DE REMUNERAÇÃO

As formas de remuneração de honorários médicos mais frequentes no contexto brasileiro são:

#### *POR PROCEDIMENTO OU FEE FOR SERVICE (FFS)*

Pagamento realizado de forma retrospectiva ou de pós-pagamento, tradicionalmente mais utilizado para a remuneração do trabalho médico e dos serviços hospitalares. É uma forma de pagamento por procedimento individual, item a item. Do ponto de vista profissional, este modelo tem a justificativa de garantir uma preocupação integral do médico com o paciente, permitindo ofertar-lhe tudo o que seja necessário, sem qualquer restrição, incluindo exames para diagnóstico e tratamentos, já que o pagamento será realizado após a prestação do serviço. Porém, ele quebra a lógica da integralidade das ações de saúde e não estimula o comportamento preventivo dos serviços de saúde, levando o médico a não se preocupar com a causa ou a origem do problema de saúde então detectado. Está implícita nessa forma de remuneração a superprodução de serviços, uma vez que a renda do profissional depende



diretamente do volume dos atos realizados e, se os preços dos atos médicos tornam-se controlados, a quantidade de serviços passa a ser utilizada como fator de ajuste da remuneração idealizada pelos médicos. Suas desvantagens são facilitar o excesso de utilização, incentivar o superfaturamento, desfavorecer práticas como a promoção e prevenção da saúde, associar-se com uma distribuição desigual dos médicos em relação a suas especialidades com concentração em áreas de maior rentabilidade, estimular o fazer sem relação com a real necessidade da ação, aumentar o número de consultas e procedimentos e diminuir sua duração. O modelo FFS não reconhece as diferenças de desempenho, qualidade ou eficiência dos profissionais, não se utiliza de metodologia científica baseada em evidências e não verifica os resultados do tratamento. Foca sua atenção em preços e não no valor entregue ao paciente. Este tipo de remuneração é baseado no “quanto mais faço, mais ganho” e se houver ausência de restrição ética ou moral ou regulação externa, pode haver a tendência de se produzir mais serviços do que o necessário com riscos ao paciente.

#### CAPITAÇÃO OU CAPITATION

Método de remuneração prospectiva que busca redirecionar o enfoque para a atenção à saúde da população, por meio do compartilhamento de risco com os profissionais e serviços de saúde. Pouco utilizado em nosso meio, a capitação é mais comum nas *health management organizations* (HMO's), instituições norte-americanas que dispõem de um médico generalista – *managed care* – para atender a determinados grupos populacionais mediante o pagamento de preços fixados de acordo com a quantidade de pessoas, por determinado período de tempo independente do tipo e da quantidade de serviços prestados. A fonte pagadora tem previsibilidade de despesas. O médico deve gerenciar a utilização dos serviços e há interesse por parte dele em eliminar os exames e procedimentos desnecessários, bem como em incentivar medidas de prevenção e promoção à saúde para diminuir a utilização de serviços e permitir a continuidade da atenção. Neste modelo, frequentemente, verificam-se a subutilização de cuidados necessários (consultas de rotina, retornos, exames, internações etc.) e a seleção adversa de risco, pois se buscam os pacientes de menor custo, em detrimento daqueles de maior custo. Evita-se encaminhar para especialistas com vistas à maximização de ganhos. O médico prefere utilizar os recursos mais baratos possíveis, e nem

sempre proporciona todo o cuidado necessário. Há preferência por pacientes de baixo custo, para redução de procedimentos e retenção dos pacientes sem encaminhamento ao especialista mesmo quando necessário, com vistas a reter sobras financeiras no final do período.

#### SALÁRIO

Outra forma de remuneração prospectiva é a forma de pagamento clássico, pago como contraprestação dos serviços executados pelo empregado, de acordo com o número de horas trabalhadas, incluídos os benefícios sociais da relação formal de trabalho, tais como férias, décimo terceiro salário etc. A remuneração independe da produção de serviços. Ocorre principalmente no caso de serviços prestados em locais fechados de hospitais, como unidades de terapia intensiva, prontos-socorros e unidades de diagnóstico, por exemplo, clínicas de imagem. Em nosso País, é também frequente nos ambulatórios das operadoras de medicina de grupo. A remuneração assalariada está comumente associada a um baixo nível de entrega de serviços, tais como visitas médicas, retornos, índice de exames e de procedimentos e encaminhamentos para especialistas. Contudo, observam, por outro lado, que nessa modalidade de remuneração as consultas são mais demoradas e há maior interesse nos cuidados preventivos. Não há incentivo à produtividade, há redução da carga de trabalho individual, a percepção de baixos salários se traduz em diminuição efetiva da jornada de trabalho, não há favorecimento da relação médico-paciente e ocorre aumento do peso relativo dos custos fixos. Nesta modalidade de remuneração há maior estabilidade com menores riscos ao médico e é pouco provável que haja tratamento exagerado ou intervenções desnecessárias.

#### PACOTE

Uma forma usual de pagamento é o pacote, que fixa o preço de procedimentos com baixa variabilidade de protocolos clínicos e transfere para o prestador o risco de custos adicionais ao valor fixado. O prestador tem maior participação no risco e no compartilhamento do custo com a operadora contratante. Vários serviços, diárias, procedimentos, taxas e honorários médicos podem compor um pacote com preço fixo, o qual, geralmente, é utilizado para contratar prestadores hospitalares em determinados tipos de procedimentos. A crítica é que a razão para tal integração se foca fundamentalmente na redução de custos e não na melhoria do valor ao cliente final.

#### POR DESEMPENHO OU PERFORMANCE (P4P)

A remuneração por *performance* é baseada na qualidade da assistência à saúde dos pacientes com definição de indicadores alicerçados em quatro domínios: estrutura, eficiência técnica, efetividade do cuidado e satisfação do cliente. Em estrutura, contemplam-se indicadores de recursos humanos, de tecnologia e registros eletrônicos; em eficiência técnica, definem-se indicadores essencialmente relacionados a processos, custos, utilização de protocolos clínicos, dentre outros; em efetividade do cuidado, relacionam-se indicadores de resultado, de práticas clínicas e de medicina preventiva e, em satisfação do cliente, considera-se a percepção do cliente quanto ao atendimento.

As premissas básicas que precisam ser consideradas na organização de um programa baseado em desempenho são: foco no paciente; envolvimento dos médicos na construção e no desenho do programa; participação voluntária; indicadores baseados em sólida evidência científica e premiação pela alta qualidade do cuidado. Os incentivos aos médicos podem ser financeiros ou não e todo o programa, bem como os critérios de premiação, precisam ser transparentes. O programa demanda, por isso mesmo, uma infraestrutura tecnológica eficiente, para a análise adequada das informações obtidas, comparações e demonstrações de melhorias obtidas nos indicadores de saúde – sem comprometer o sigilo médico.

Nessa modalidade, os prestadores recebem um pagamento de base e, quando alcançam determinados *benchmarks* para medidas de processos do cuidado prestado e para medidas de resultados do cuidado ao paciente, recebem adicionalmente certas recompensas. Isso pode incluir o pagamento de incentivos financeiros

e a classificação da qualidade de prestadores específicos. As classificações são transparentes para os consumidores e podem influenciar a escolha do prestador. Os incentivos, dessa forma, encorajam os médicos a atingirem os padrões de cuidados delineados em medidas de desempenho.

Programas de remuneração por desempenho têm potencial para melhorar os indicadores de qualidade da atenção à saúde e para diminuir os obstáculos entre os protocolos recomendados e aqueles tratamentos utilizados rotineiramente na prática diária, para promover um uso mais eficiente dos recursos destinados à saúde e melhorar os resultados aos pacientes. Tais métodos oferecem incentivos à qualidade e não à quantidade de serviço.

Recentes revisões sistemáticas realizadas concluíram que os programas de remuneração por desempenho têm grande potencial para melhorar a qualidade do cuidado quando bem desenhados e alinhados entre pagadores e prestadores, além de promoverem melhoria acentuada na relação médico-paciente e diminuição dos gastos com saúde.

Por um lado, a qualidade clínica isoladamente e o cuidado centrado no paciente podem levar a dificuldades econômicas nos sistemas de saúde. Por outro lado, o foco na eficiência econômica pode incentivar práticas de contenção de custos agressivas que comprometam a qualidade da atenção e as preferências do paciente. Portanto, é necessário encontrar o equilíbrio entre estas duas facetas, para atender, simultaneamente, aos valores da saúde e às restrições orçamentárias. Daí a importância de se estudarem métodos alternativos de pagamento que atendam a todas as dimensões da atenção à saúde com foco no cliente, com o objetivo de promover cuidados de elevado nível e, ao mesmo tempo, garantir equilíbrio orçamentário de forma responsável.

#### REFERÊNCIA

1. Bessa RO. Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro/Ricardo de Oliveira Bessa. – 2011. 105 f. Dissertação (mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. CDU 614.257. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8151/61090100005.pdf?sequence=1>>.

## REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



Marquise do Hospital de Clínicas da Unicamp.

Nosso Serviço de Reumatologia Pediátrica começou com uma pergunta: "Qual pediatra da equipe do ambulatório geral vai acompanhar esta criança com artrite?"

Era janeiro de 1983, a paciente era a FCR, seis anos de idade que estava tendo alta da enfermaria onde estivera internada devido a um quadro de febre de origem indeterminada e que, após quatro meses, desenvolveu um quadro de *rash* cutânea e artrites. Feito o diagnóstico de doença de Still, a equipe da enfermaria buscava algum pediatra para acompanhar a criança após a alta. Não havia no Departamento de Pediatria nenhum docente que se dedicasse a esta especialidade. Os pacientes com acometimento articular eram encaminhados ou ao Serviço de Ortopedia ou ao de Reumatologia da Clínica Médica.

Eu era o coordenador do ambulatório geral; dentre as crianças, havia uma, SVR, com lúpus eritematoso sistêmico, acompanhada já havia quatro anos, e outra, havia dois meses, o FFS, com cinco anos de idade, com quadro de artrite crônica em joelhos, tornozelos e punhos, com diagnóstico de artrite reumatoide juvenil. Resolvemos assumir também a paciente FCR no ambulatório geral de Pediatria.

Naquela época, todos os pacientes com doenças consideradas reumatológicas, independentemente da idade, eram tradicionalmente encaminhados ao servi-

ço de reumatologia da clínica médica, e o Prof. Adil M. Samara, titular da Reumatologia, delegava a algum assistente do serviço a responsabilidade de acompanhar as crianças. O mesmo professor, ciente dos problemas específicos da faixa pediátrica, nos convidou a participar do ambulatório da clínica médica, porém, esta associação, devido a problemas de disponibilidade de horário, não prosperou.

A Reumatologia Pediátrica era uma especialidade nova; um marco do "reconhecimento" desta área aconteceu em 1977 no encontro anual da ACR, com a edição de um suplemento da revista *Arthritis & Rheumatism* dedicado exclusivamente às doenças reumatológicas da faixa pediátrica. O acesso às informações dos periódicos era lento, os livros-texto traziam poucas informações.

Em 1986, devido ao crescimento no número de pacientes, os atendimentos foram concentrados em um único dia, sendo então criado o Ambulatório de Reumatologia Pediátrica. Eram atendidas de quatro a seis crianças por semana. A grade horária dos residentes da pediatria não permitia que eles participassem do ambulatório, o que me tornou o único responsável pela assistência. Em 1989, após solicitações, o Ambulatório de Reumatologia passou a fazer parte da grade de estágios dos residentes do segundo ano da Pediatria.

O ambulatório manteve o aumento do número de pacientes, bem como a variedade de patologias. Com o passar do tempo adquirimos mais vivência, o que nos possibilitou almejar e elaborar um programa de residência em reumatologia pediátrica, contando com a colaboração e participação dos demais departamentos da faculdade.

O programa recebeu aval de nossa instituição e em 1999 foi encaminhado à Comissão Nacional de Residência Médica, sendo aprovado para o ano de 2001. Os primeiros residentes, nesse mesmo ano, foram a Dra. Fernanda R. M. Rossetti e a Dra. Ana Paula M. Mendes. Apesar de o programa total ser de dois anos, como nas demais instituições, apenas o primeiro seria com bolsa oficial; o segundo ano seria como estágio voluntário.

Em 2002 foi aprovada a residente Dra. Maria Cristina Bezzan. Em 2003 não houve bolsa oficial, mas a residente Dra. Soraya A. Pedroso cumpriu o programa como estagiária. Em 2005 não houve nem residente nem estagiário; em 2006 e 2007 o estagiário Dr. Matheus Bittar de Melo cumpriu o programa como estagiário voluntário. Em 2008 a residente foi a Dra. Thais G. Weselowski, que cumpriu apenas o primeiro ano; finalmente, em 2009 e 2010 a residente Dra. Barbara S. Longhi cumpriu os dois anos. Em 2011 e 2012 não tivemos candidatos a residente.

A partir de 2001 aumentamos mais um período no cronograma de atendimento da Reumatologia Pediátrica. Os residentes de segundo ano da Pediatria, desde 1989, estagiam no ambulatório; a partir de 2006 frequentam os três períodos semanais durante um mês.

Também participam das atividades assistenciais ambulatoriais, desde 2004, os residentes de Reumatologia do Departamento de Clínica Médica que estejam no segundo semestre do quarto ano de residência. No ambulatório, há atividade assistencial dos residentes de Pediatria do terceiro ano do programa de Clínica Pediátrica Geral. Esta participação depende de um programa individualmente elaborado conforme interesse do residente e aprovação do preceptor.

Há um apêndice do ambulatório de reumatologia pediátrica, atuando às segundas-feiras pela manhã no Ambulatório Geral de Pediatria; funciona como uma das portas de entrada de pacientes com problemas articulares; o

agendamento é disponibilizado para rede básica de saúde. Neste ambulatório os pacientes são atendidos pelos alunos de quinto ano e residentes de primeiro ano de Pediatria.

Os casos novos no Ambulatório de Reumatologia Pediátrica podem ser agendados diretamente com o assistente via telefônica. Não há demanda reprimida.

Durante o período de março de 2005 a setembro de 2006, contamos com a Dra. Simone Appenzeller, ex-residente de Reumatologia da Clínica Médica, que demonstrou interesse em continuar a atender a crianças e adolescentes com doenças reumáticas, colaborando, não apenas na assistência, mas tendo também atividades didáticas com os residentes. Esta colaboração, interrompida em 2006, foi retomada no final de 2009, no retorno do pós-doutorado, e um dos objetivos é a implantação de um ambulatório de transição pediatria-clínica médica para nossos pacientes.

Desde 2007 contamos, também, com a colaboração da Dra. Maraísa Centeville, pediatra contratada pelo HC-Unicamp, tanto na assistência aos pacientes quanto nas questões burocráticas do ambulatório.

O ambulatório nestes 26 anos de funcionamento mostra uma tendência de crescimento no número de consultas; atualmente, atendemos uma média de 12 pacientes por período de ambulatório. Os dados dos últimos sete anos encontram-se na **Tabela 1**.

Nosso cadastro registra o total de 1.442 pacientes.

Há pacientes que fogem totalmente do perfil de um ambulatório pediátrico, como o de uma paciente com 37 anos de idade, dois filhos, acompanhada há 22 anos, que faz retorno anual devido a uma AIJ sistêmica em remissão, e outro, com 40 anos de idade, que acompanha há 26 anos devido a uma AIJ poliarticular com prótese bilateral de quadril e está aguardando prótese de joelhos. Estes são apenas dois exemplos das dificuldades encontradas para transferir pacientes para a clínica de adultos quando eles completam 18 ou 20 anos de idade.

Constam em nossos registros que 28 pacientes foram a óbito, a maioria por infecção em casos de lúpus sistêmico e dermatomiosite.

Por outro lado, o número de pacientes que recebeu alta ambulatorial é de 320.

**Tabela 1** – Número de consultas por ano do Ambulatório de Reumatologia Pediátrica do HC-Unicamp.

Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Número de consultas	991	1.089	1.145	1.214	1.261	1.458	1.545

Houve 412 pacientes que não compareceram no intervalo de um ano do retorno programado; foram considerados abandono e a maioria era de pacientes com quadros clínicos inespecíficos e controlados. Há casos, porém, de pacientes que, por diversos motivos, retornaram após cinco ou seis anos de ausência.

O ambulatório vem atendendo nestes últimos três anos a uma média de 380 pacientes por ano, registrando uma entrada de 80 casos novos por ano. Dentre os cadastrados, mas não em acompanhamento, seja por abandono, seja por óbito, temos registrados 310 casos de artrite idiopática juvenil; 95 de lúpus eritematoso sistêmico; 55 de dermatomiosite; 22 de esclerodermia, destas, apenas quatro na forma sistêmica; e 110 de febre reumática.

Em nosso serviço, quando necessitamos internar um paciente, utilizamos uma vaga da enfermagem geral de pediatria, pois não dispomos de leito exclusivo para nossa especialidade. Em 2011, necessitamos de 206 diárias de internação e nove diárias de UTI. Os pulsos de metilprednisolona e infusão de imunoglobulina são realizados com o paciente internado no setor de procedimentos; os pulsos de ciclofosfamida são realizados no setor ambulatorial de quimioterapia.

Nosso serviço teve, desde a instalação, característica predominantemente assistencial. As dificuldades encontradas para solidificar o serviço foram grandes, mas mesmo assim houve a elaboração de diversos trabalhos apresentados em congressos, alguns trabalhos publicados, uma tese de mestrado e uma de doutorado. Participamos, também, com número significativo de pacientes, de estudos multicêntricos nacionais.

Há planos de crescimento, como o de um novo período na semana para o ambulatório de transição; desta forma, aumentaremos não apenas o número de atendimentos e de pacientes novos, mas também de atividades de pesquisa, pois, com a colaboração, o entusiasmo e a capacidade de trabalho das novas colegas Dra. Simone e Dra. Maraísa, já temos trabalhos prospectivos publicados, outros em andamento, e alunos de iniciação científica e de pós-graduação, que utilizam os dados dos pacientes assistidos no Serviço de Reumatologia Pediátrica da Unicamp.

MARAÍSA CENTEVILLE

Médica contratada HC-Unicamp

ROBERTO MARINI

Prof. Dr. MS3 do Departamento de Pediatria da FCM-Unicamp.  
Coordenador do serviço de Reumatologia Pediátrica

SIMONE APPENZELLER

Profa. Dra. MS3 da Disciplina de Reumatologia  
do Departamento de Clínica Médica da FCM-Unicamp

ENDEREÇO:

Reumatologia Pediátrica da Faculdade de Ciências Médicas do  
Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas  
Cidade Universitária Zeferino Vaz – Distrito de Barão Geraldo  
Campinas-SP, CEP 13083-970,  
Telefones: (19) 3788-7646 / 3788-7353  
Médico responsável: Dr. Roberto Marini  
E-mail: marini@hc.unicamp.br



(1) Dr. Roberto Marini. (2) Da esquerda para a direita: Dra. Maraísa Centeville e Dra. Simone Appenzeller.



## ENTREVISTA COM OS CANDIDATOS À PRESIDÊNCIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

Durante o XXIX Congresso Brasileiro de Reumatologia, que acontecerá entre os dias 19 e 22 de setembro de 2012, será eleito o próximo presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Nesta edição da seção Perspectivas publicamos uma entrevista com os dois candidatos, o Dr. César Emile Baakline e o Dr. Georges Basile Christopoulos, para que possamos conhecê-los melhor e analisar suas principais propostas e sugestões. A RPR agradece a participação dos presidenciáveis.



DR. CÉSAR EMILE BAAKLINI

- Idade: 69 anos
- Formação acadêmica:
  - Graduação: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
  - Residência em Clínica Médica: Santa Casa de São Paulo
  - Especialização em Reumatologia – Serviço de Reumatologia – Ortopedia – USP-SP
  - Mestrado: Unifesp
  - Doutorado: Unesp – Botucatu-SP
- Atividades profissionais, acadêmicas e societárias:
  - Docente da Faculdade de Medicina de Marília
  - Ex-diretor geral da Faculdade de Medicina de Marília (por duas gestões)
  - Ex-presidente da Associação Paulista de Medicina – Regional de Marília
  - Ex-diretor distrital da Associação Paulista de Medicina
  - Membro da Comissão do Interior da Sociedade Paulista de Reumatologia
  - Membro da Comissão de Ensino da Sociedade Brasileira de Reumatologia
  - Possui consultório privado
- Contato: cesar@famema.br / c.e.baakline@gmail.com



DR. GEORGES BASILE CHRISTOPOULOS

- Idade: 49 anos
- Formação acadêmica:
  - Especialização em Reumatologia (em 1993)
- Atividades profissionais, acadêmicas e societárias:
  - Coordenador dos Serviços de Reumatologia da Santa Casa de Misericórdia de Maceió e do Hospital do Coração
  - Membro da Junta Médica do Poder Judiciário do Estado de Alagoas
  - Presidente da Sociedade Alagoana de Reumatologia (1992-1994)
  - Presidente do Congresso Brasileiro de Reumatologia (2008)
  - Membro dos Comitês de Ética e de Eventos da Sociedade Brasileira de Reumatologia
  - Presidente do Comitê de Epidemiologia da Sociedade Brasileira de Reumatologia (2004-2006)
  - Editor do *Boletim da Sociedade Brasileira de Reumatologia* (2004-2006)
  - Editor de *A Ética e a Reumatologia*, primeira publicação sobre Ética da Sociedade Brasileira de Reumatologia (2004).
  - Diretor científico da Liga dos Reumatologistas do Norte-Nordeste (por quatro anos)
- Contato: sbr2012.blogspot.com / christopoulos@uol.com.br

**Revista Paulista de Reumatologia:** Quais são suas principais propostas para a SBR?

**Dr. César Emile Baaklini:** As minhas propostas para a Sociedade Brasileira de Reumatologia são resultado do acompanhamento da história da sociedade e do contato permanente com os colegas reumatologistas das diferentes regiões do País:

- 1) Aprimorar o atendimento aos sócios:
  - a) manter um canal de comunicação regular com a diretoria e as comissões;
  - b) divulgar a dinâmica de funcionamento da SBR (benefícios, trabalho da diretoria e das comissões) de forma permanente e em especial para os novos sócios, criando um processo de integração;
  - c) instituir um projeto para o jovem reumatologista, divulgando oportunidades de mercado de trabalho, educação continuada (*web-meeting* e vídeos), educação permanente.
- 2) Representação junto aos poderes constituídos: Estaremos presentes ou representados em todas as discussões afeitas à SBR, em especial com os órgãos e gestores abaixo:
  - a) Ministério da Saúde;
  - b) Ministério da Educação;
  - c) Agência Nacional de Saúde Complementar;
  - d) gestores estaduais e municipais (com ênfase nos tópicos seguintes): medicamentos de baixo e alto custo e capacitação dos profissionais da rede básica.
- 3) Gestão da SBR: Profissionalização da gestão (nos propomos a utilizar as ferramentas de gestão mais atualizadas, em especial o que segue:
  - a) contratação de consultorias;
  - b) planejamento estratégico;
  - c) apoio integral ao trabalho das comissões;
  - d) apoio a instituições de ensino públicas e privadas e a instituições de assistência, respeitando suas voçoes e contribuindo para melhorar e aperfeiçoar suas atividades.

**Dr. Georges Basile Christopoulos:** As minhas principais propostas para a Sociedade Brasileira de Reumatologia são as seguintes:

- 1) Administração profissionalizada da SBR.
- 2) Cursos de reciclagem oficiais em cada Estado.

- 3) Promoção de estágios em locais qualificados destinados a colegas que não tenham acesso às novas tecnologias e intercâmbio entre serviços formadores.
- 4) Criação de uma ouvidoria.
- 5) Facilitação do acesso a revistas especializadas.
- 6) Promoção do barateamento de nossos eventos.
- 7) Inserção no mundo digital através do alargamento do *site* e da disponibilização de vídeos no Youtube.
- 8) Aliança com as associações dos pacientes reumáticos.
- 9) Realização de pesquisas periódicas de opinião com nossos associados.
- 10) Campanhas para valorização da profissão, com a eficiente divulgação de informações acerca da especialidade e das patologias de sua competência.
- 11) Ampliação do seguro de vida.
- 12) Busca ativa por documentos da sociedade.
- 13) Ampliação da área de atuação da especialidade.
- 14) Manutenção/ampliação de registros, de *guidelines* e diretrizes.
- 15) Valorização da Reumatologia Pediátrica.
- 16) Manutenção de um relacionamento ético com a indústria farmacêutica.
- 17) Divulgação de informações sobre questões epidemiológicas nacionais.
- 18) Estímulo à formação de novos reumatologistas e de novos centros formadores.
- 19) Manutenção dos importantes avanços da *Revista Brasileira de Reumatologia*, perseguindo a elevação das citações.

**RPR:** No âmbito da SBR, quais são suas sugestões para educação continuada, congressos, jornadas?

**Dr. César:** O programa de educação continuada e permanente deve ter sua estratégia elaborada por uma comissão de especialistas em educação médica e ser desenvolvido nas diferentes regiões do País segundo as necessidades regionais. Os temas e programas devem ser implantados pelas comissões permanentes após consulta aos sócios. O programa de educação permanente também deve ser implementado como resultado de uma discussão ampla com os reumatologistas das diferentes regiões, procurando sentir suas necessidades e anseios.

Os congressos deverão ser realizados em cidades que tenham estrutura logística adequada. Por decisão de Assembleia Geral da SBR, o Congresso Brasileiro será realizado anualmente e as Jornadas Regionais, em menor

número. Não cabe, neste momento, discutir quaisquer alterações, já que a decisão é recente, mas sim propor uma reavaliação após a implantação desta medida.

Entendemos que a qualidade de nossos congressos tem sido de muito bom nível. Sua organização deve ser acompanhada de perto pela diretoria científica, para que atenda a necessidades de educação continuada, divulgação acadêmica e mesmo de treinamento em algumas áreas.

As jornadas devem valorizar lideranças regionais, bem como atender a necessidades locais.

**Dr. Georges:** Congressos, jornadas e a *Revista Brasileira de Reumatologia (RBR)*, a princípio, foram as soluções encontradas para a educação continuada, anos atrás. Várias outras formas nos são oferecidas atualmente. Algumas sociedades oferecem cursos anuais de educação continuada em cada Estado da federação. Creio ser possível implementar algo semelhante na SBR. A mídia digital, cada vez mais presente em nosso dia a dia, deve ser utilizada para tal fim, o que pode ser formentado por nosso *site*. Há algum tempo, durante a gestão da Dra. Iêda Laurindo, coordenamos a elaboração do banco de imagens no *site* da SBR. A partir de então, filmes com aulas podem ser inseridos (já estão sendo elaborados) e vistos por quem desejar.

Após gerir vários eventos da SBR (a Jornada Brasileira em 1993 e o Congresso Brasileiro de Reumatologia em 2008), percebemos uma série de ações a serem desenvolvidas para sua melhor elaboração. O CBR já é o terceiro maior evento da reumatologia mundial, só superado pelos congressos americano (ACR) e europeu (Eular). Creio que a gestão de nossos eventos caminhe para uma forma assemelhada ao ACR e Eular, mas com algumas características históricas preservadas. Temos informações mais detalhadas em nosso *blog*, [sbr2012.blogspot.com](http://sbr2012.blogspot.com).

**RPR:** E com relação à mídia escrita e virtual?

**Dr. César:** Com relação à mídia escrita, achamos importante uma assessoria de imprensa que nos permita dar respostas imediatas e posicionamentos claros a temas de nossa especialidade.

A mídia virtual deve ser aprimorada e ampliada, com temas de interesse do reumatologista e também da população leiga, procurando facilitar seu acesso. Incrementar um canal de discussão de casos com os *experts* das diferentes áreas.

Em relação à divulgação acadêmica, nossa revista agora indexada e nosso boletim têm sido conduzidos de forma exemplar. Sugerimos ampliar a participação de sócios interessados em preparar o futuro.

**Dr. Georges:** Além das observações acima, cremos haver espaço para uma nova publicação (tanto virtual como escrita) na SBR.

**RPR:** E com relação às comissões?

**Dr. César:** As comissões devem ser muito valorizadas e prestigiadas para que possam desenvolver seu trabalho (protocolos, critérios de classificação, consensos). Entendemos que as comissões são os instrumentos mais importantes do trabalho da SBR. Em todas as nossas ações deveremos nos apoiar nas comissões existentes.

A sua constituição deve contemplar representantes de todas as regiões do País e ter representatividade ampla, envolvendo médicos assistenciais, *experts* nas áreas e jovens reumatologistas.

**Dr. Georges:** As comissões da SBR realizam um trabalho muito importante, desenvolvendo *guidelines*, diretrizes, orientando eventos, planejando trabalhos epidemiológicos, dentre tantas outras ações de mais alta relevância. Devem, portanto, ter seu trabalho enaltecido e apoiado, a exemplo do que está sendo desenvolvido nas últimas gestões de nossa entidade, muito felizes, aliás, nesta e em outras questões.

**RPR:** Como a Sociedade Brasileira de Reumatologia pode atuar para melhorar o acesso, o atendimento e o tratamento dos pacientes reumáticos?

**Dr. César:** Em primeiro lugar, a divulgação através da mídia escrita, falada e televisiva sobre a importância das doenças reumáticas na saúde da população. Da necessidade do tratamento precoce pelo especialista (reumatologista) e o que isto significa sob o aspecto social e econômico.

Uma interação e integração com as associações dos pacientes reumáticos, que serão nossos grandes parceiros nessa empreitada.

Finalmente, procurar estabelecer uma parceria sólida com os gestores municipais, estaduais e federal, contribuindo para a implantação de políticas públicas que contemplem nossa área de atuação (capacitação dos profissionais da rede básica, utilização de protocolos).

**Dr. Georges:** De diversas formas. Estimulando e facilitando o aumento dos serviços de residência, oferecendo, por consequência, maior número de especialistas à comunidade. Elaborando material com orientações que versem sobre as doenças que tratamos, facilitando o entendimento do público leigo, atuando na esfera pública, essa uma difícil e penosa tarefa, para que mais vagas sejam oferecidas pelo governo em todas suas esferas (municipal, estadual e federal). Orientando os colegas especialistas sobre como montar e manter consultórios, criando uma forma de comunicação digital e interativa entre todos os consultórios reumatológicos do País, dentre outras ações.

**RPR:** E, por outro lado, como a Sociedade Brasileira de Reumatologia pode agir junto aos prestadores de saúde, convênios e cooperativas médicas para a melhoria das condições de trabalho para o reumatologista?

**Dr. César:** Os prestadores de serviço devem trabalhar com a lógica da eficiência, relação custo-benefício adequado e melhores evidências científicas. Devemos gerar e divulgar dados que mostrem aos gestores dessas entidades como tratar melhor os pacientes reumáticos e com melhor custo-benefício. Divulgar as consequências do aumento da prevalência das doenças crônicas degenerativas e das doenças autoimunes, seu ônus social e econômico quando não tratadas precoce e adequadamente. Daí a importância do reumatologista nesse contexto, como o profissional apto a exercer esse papel e, portanto, devendo ser valorizado.

**Dr. Georges:** Nesse aspecto, o próprio mercado nos favorece. A medicina brasileira como um todo, e a reumatologia em particular, vivem um momento ímpar. Segundo pesquisas, 40 milhões de brasileiros entraram na classe média. Isso significa que mais pessoas passaram a ter acesso aos serviços de saúde em geral, ampliando consideravelmente nosso mercado de trabalho.

No entanto, o número de reumatologistas não evoluiu na mesma proporção, e assim, como atualmente somos poucos, o comportamento das operadoras de planos de saúde em relação à categoria, outrora inflexível, inverte-se gradativamente para um trato mais abrandado e racional. Passamos, então, em grande medida, a não mais depender exclusivamente dos seus serviços, diante da possibilidade de fixarmos honorários mais justos ou

de simplesmente renunciarmos a prestar serviço a operadoras indesejáveis.

**RPR:** Caso ganhe, como será, em sua gestão, a relação da SBR com a indústria farmacêutica, o Ministério da Saúde e os demais órgãos médicos (AMB e CFM)?

**Dr. César:** A relação com a indústria farmacêutica deve ser pautada em princípios éticos.

Entendemos que ela deve ser parceira e aliada dos reumatologistas e dos pacientes, não podendo colocar seus interesses comerciais acima dos princípios éticos. Por outro lado, deve-se reconhecer seu papel enquanto geradora de inovação e facilitadora de eventos.

A relação da Sociedade Brasileira de Reumatologia com o Ministério da Saúde, secretarias de Saúde, órgãos reguladores deve ser de parceria e de defesa dos interesses dos pacientes reumáticos e dos reumatologistas. O papel de consultoria na área da reumatologia é um dos mais relevantes em nossas missões.

Devemos estar unidos e integrados às entidades médicas (AMB, CFM, CRM, sindicatos) na defesa de políticas de saúde que beneficiem o conjunto da população brasileira e criem condições dignas de trabalho e remuneração para a categoria médica.

**Dr. Georges:** Em relação à indústria farmacêutica, no livro *A Ética e a Reumatologia*, disponível no site da SBR ([www.reumatologia.com.br](http://www.reumatologia.com.br)) e em nosso blog ([sbr2012.blogspot.com](http://sbr2012.blogspot.com)), existe um artigo excelente, escrito pelo ex-presidente Dr. Caio Moreira (MG), que versa sobre o tema. Todos deveriam ler. Existem, também, normas definidas pela Anvisa (<http://portal.anvisa.gov.br>).

A relação, enfim, deve continuar a ser como a mantida pelas últimas gestões da SBR: são parceiros, na medida em que participam dos eventos e nos apoiam em outras iniciativas, mas não influenciam as decisões da Sociedade.

No Ministério, devemos ter uma ação profissional, reivindicando ações para a correta divulgação das patologias de nossa especialidade, assim como de ações para levantamentos epidemiológicos e fornecimento de medicações em quantidade correta. Elaborar *guidelines* e diretrizes para que os entes públicos possam oferecer serviços e medicamentos atualizados, dentre outras.

Na AMB, dentre outras ações, solicitando ampliação em nossa área de atuação. Temos representantes bastante atuantes na Entidade.

**RPR:** Em sua opinião, a SBR, no momento, deve ater-se às questões prioritárias de nossa especialidade ou deve envolver-se em movimentos nacionais de luta pela saúde, valorização do médico (emenda 29, ato médico, políticas públicas de saúde)?

**Dr. César:** A Sociedade Brasileira de Reumatologia deve envolver-se em movimentos nacionais de luta pela saúde, de valorização do médico, contribuindo para se encontrar a solução para o financiamento da saúde, que, juntamente com a educação, é considerada subproduto do desenvolvimento, quando deveria alavancá-lo.

**Dr. Georges:** Creio ser obrigação de todos os médicos e de todas as suas entidades apoiar ações que beneficiam toda a classe.

**RPR:** De acordo com o censo "Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades, 2011", realizado pelo Cremesp em parceria com o Conselho Federal de Medicina, a população médica brasileira é mal distribuída pelo País: a Região Sudeste tem 2,61 médicos ativos para cada mil habitantes, enquanto na Região Norte, 0,98 para cada mil habitantes. Dados desse mesmo censo evidenciaram que o Estado de São Paulo é o Estado brasileiro com o maior número de reumatologistas. São Paulo abriga 448 reumatologistas, de um total de 1.243 profissionais dessa área. Como lidar com tantas diferenças e desigualdades regionais?

**Dr. César:** Para se lidar com tantas diferenças e desigualdades regionais é necessário nos unirmos às entidades representativas da categoria (AMB, CFM, CRM, sindicatos) e mostrar aos poderes constituídos a importância de se criar centros de referência regionais, com investimento em infraestrutura e recursos humanos, contando com a colaboração dos centros formadores mais desenvolvidos, e estimulando a criação de serviços especializados nos centros formadores de menor porte. Somente desta maneira conseguiremos a fixação dos profissionais nas regiões mais carentes.

Portanto, é uma questão de política de saúde, prerrogativa dos poderes constituídos, com a qual poderemos contribuir com nossa participação.

A SBR pode contribuir nesse processo fortalecendo as regionais e estimulando a criação de serviços de excelência em áreas carentes desses profissionais.

**Dr. Georges:** Essa distribuição obedece ao mercado e às políticas de saúde adotadas por nossos dirigentes. Em outros países, com a medicina socializada, médicos recém-formados têm de prestar serviços obrigatórios (temporários) em cidades cujas populações necessitem deles. Outrossim, ninguém quer trabalhar recebendo salários aviltantes ou em locais sem condições mínimas de atendimento.

Tenho a convicção de que, caso houvesse uma tentativa de resolução desses problemas, o quadro iria, gradativamente, mudar.

A SBR pode e deve estimular e auxiliar que serviços de formação sejam implantados em todas as unidades da federação.

**RPR:** Como será o relacionamento da SBR com as regionais?

**Dr. César:** O relacionamento da Sociedade Brasileira de Reumatologia com as regionais deve ser o melhor possível, com apoio e valorização das lideranças regionais para que possam desenvolver seus programas e projetos. Considero que as regionais são parte integrante da SBR e todas as suas iniciativas levam ao crescimento da entidade nacional. Ouvir seus dirigentes é nossa obrigação permanente.

**Dr. Georges:** As regionais têm discrepâncias significativas. Algumas já têm uma gestão elaborada e não precisam de grande incremento, ao contrário do que ocorre em outras, principalmente aquelas com poucos associados. Várias sociedades, como a de Cardiologia, oferecem cursos locais, em cidades distantes dos grandes centros urbanos ou com poucos associados. Tais cursos, realizados no período de dois dias, patrocinados pela Brasileira e Regional (quando possível), contam pontos para revalidação do título. E têm custos extremamente baixos! Creio ser uma obrigação da SBR fazer o mesmo. Nossa atuação deve chegar a todos os locais, especialmente aos que mais necessitam, visto que a ida para os eventos é, por vezes, onerosa. Outras ações seriam administrativas: dar apoio jurídico para que os estatutos sejam reformulados no intuito de atender às novas orientações do código civil, apoiar financeiramente (quando absolutamente necessário), orientar a arrecadação de fundos para que a regional tenha disponibilidade para efetuar suas necessidades, dentre outras.



**RPR:** Qual o papel da reumatologia paulista dentro do cenário nacional?

**Dr. César:** A reumatologia paulista desempenha um papel importantíssimo no cenário nacional, pelo grande número de centros formadores de recursos humanos de excelente qualidade, que desenvolvem pesquisa de alto nível, contribuindo para o reconhecimento de nossa especialidade nacional e internacionalmente.

**Dr. Georges:** A Sociedade Paulista é um exemplo de gestão para todas as outras. Tem um caixa bem estabelecido, promove cursos frequentes, um fórum de discussões muito ativo e eficiente, realiza eventos de renome internacional, apoia seus associados e tem os maiores centros formadores do País. Continuará, certamente, desempenhando um papel fundamental na reumatologia brasileira.

**RPR:** Seus comentários finais.

**Dr. César:** Gostaria de agradecer e cumprimentar a Diretoria da Sociedade Paulista de Reumatologia pela iniciativa, possibilitando o conhecimento das ideias e propostas dos candidatos à Presidência da Sociedade Brasileira de Reumatologia, bem como sua trajetória de vida profissional, permitindo que o associado possa decidir seu voto com mais certeza e tranquilidade.

Outro aspecto importante a ser ressaltado é a possibilidade do voto por correspondência quando o associado não puder estar presente ao congresso que deverá eleger o novo presidente.

Esta possibilidade é garantida pelo estatuto da Sociedade Brasileira de Reumatologia e torna a eleição mais representativa. Para que isto aconteça, é necessário que o associado envie uma solicitação à Diretoria da Sociedade Brasileira de Reumatologia, que lhe enviará as orientações de como proceder.

Estou pronto e me coloco à disposição para liderar os reumatologistas brasileiros rumo a um futuro promissor para nossa especialidade, para a categoria médica em geral, mas, sobretudo, para nossos pacientes.

**Dr. Georges:** Ser candidato a Presidência da SBR não foi uma decisão repentina, mas fruto de uma construção, um processo, de uma série de experiências vividas dentro da Sociedade. Além de presidir a Sociedade Regional e o Congresso Brasileiro de 2008, auxiliei a coordenação da Jornada Brasileira em 1993 e presidi a Comissão de Epidemiologia entre 2004-2006. Auxiliamos a realização de uma Norte-Nordeste em 2005 e exerci a diretoria científica da Liga dos Reumatologistas do Norte-Nordeste em duas oportunidades. Entre outras realizações, um livro sobre Ética para a Sociedade (disponível no *site* da SBR), edição do *Boletim da SBR* por dois anos, implantação do banco de imagens do *site* em 2010... Enfim, após ter a honra de participar de forma tão ativa da Sociedade, senti-me estimulado por diversos colegas reumatologistas de todas as regiões do País a oferecer meus serviços e a desenvolver um projeto para a Presidência da SBR.

Espero, portanto, contar com o apoio dos colegas nesse pleito de presidir a Sociedade Brasileira de Reumatologia.

## DOENÇA DE PAGET

Fernanda Calil Machado Netto<sup>(1)</sup>, Denise de Fátima Forteski<sup>(1)</sup>, Lenita Adriana Mazzi<sup>(1)</sup>, Yanne Santos Montino<sup>(1)</sup>, Luiz Carlos Latorre<sup>(2)</sup>

1. Residente em Reumatologia do Hospital Heliópolis
2. Diretor de Clínicas do Hospital Heliópolis

A doença de Paget é uma desordem focal de remodelação óssea caracterizada por reabsorção óssea acelerada acoplada à formação, que resulta em alargamento e deformidade do osso.

Essa doença pode ocorrer em um ou mais ossos, mas tem predileção pelo crânio, coluna vertebral, pelve e pelas extremidades inferiores. É uma doença do esqueleto do adulto, aumentando em prevalência com o envelhecimento e marcada por uma ligeira predominância do sexo masculino. A prevalência geográfica da doença varia em todo o mundo.

A patogênese é desconhecida. Embora tenham sido reconhecidos determinantes genéticos, os gatilhos ambientais permanecem indefinidos.

As complicações clínicas incluem dor, deformidade, fratura e síndromes de compressão do nervo; conse-

quências metabólicas são relatadas. Raramente, um osteossarcoma surge no osso pagético.

O tratamento é realizado com o objetivo de controlar a dor, impedindo a progressão da doença, e melhorar a qualidade do osso. O tratamento também pode ser indicado em pacientes com doença de Paget que necessitem de repouso prolongado (em cama) ou estejam imobilizados com gesso por outros motivos, um estado que pode exacerbar lesões líticas nos ossos e levar à hipercalcemia e hipercalcúria com risco de formação de cálculos. Agentes antiabsortivos são as drogas de escolha.

### REFERÊNCIA

1. Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH. Rheumatology. 5. ed. Elsevier, 2011, cap. 183, v. 2.



## BE A RHEUMATOLOGIST

Um dos objetivos da *Revista Paulista de Reumatologia* é valorizar e divulgar o trabalho do reumatologista. Devido às características de nosso veículo de comunicação, reproduzimos em nossas páginas textos e artigos escritos de forma tradicional. Foi, portanto, com grata surpresa, que recebemos este *link* para um vídeo de um colega e amigo brasileiro. Conforme suas próprias palavras, “este projeto divertido e criativo destaca a divulgação da imagem do reumatologista como um profissional investigativo, e a reumatologia como uma área em que há satisfação de se exercer”.

Que, a partir de agora, a reumatologia seja multimídia!

Para vocês leitores, deixamos um aperitivo dessa animação visual, que vale a pena assistir:

*Make someone walk again  
Feel much better than superman  
Fix joints and some bone  
Feel better than sly Stallone*

*Be a rheumatologist  
Do like Dr. House  
Sherlock Holming diseases  
Finding the cure and the cause*

Acesse:

<<http://youtu.be/HBAQD363ONk>> ou

<<http://www.youtube.com/watch?v=HBAQD363ONk&feature=youtu.be>>



## PRESENTE DA VIDA

Momento sem igual  
Posso deixar tudo para estar ao seu lado.  
Em meio às loucuras da vida  
Procuro você em meus sonhos  
Num lugar em que tudo é permitido,  
Onde não há dúvida ou medo.  
As lembranças são claras  
Como se tivessem sido reais.  
Não há dor, tristeza ou desolação  
Apenas paz e alegria.  
As flores exalam seu perfume envolvente,  
A brisa do mar nos presenteia  
Com o alvoroço dos cabelos  
Que teimam em se agitar,  
Assim como meu coração.  
Encontros curtos e profundos  
Com uma única certeza  
Guardada dentro do peito.  
Duas almas que anseiam  
Estarem ligadas uma à outra.  
A espera pode ser longa, eu sei...  
Mas até mesmo a noite  
Tem a sua escuridão quebrada  
Pelo contagiante brilho do luar.

BARBARA CARVALHO  
Médica reumatologista  
Hospital Heliópolis

## PRÊMIO SUS 2011

Os doutores Edgard Torres dos Reis Neto, Flávia Soares Machado, Felipe Omura, Jacob Szejnfeld, Vera L. Szejnfeld, Marcelo de Medeiros Pinheiro, com o trabalho “Desenvolvimento e validação de instrumento para identificação de mulheres com baixa densidade óssea e fraturas por baixo impacto – The São Paulo Osteoporosis Risk Index (Sapori)” ganharam o primeiro lugar no Prêmio SUS 2011 na área de saúde, inovação e tecnologia – categoria residência médica, promovido pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia e Ministério da Educação. O prêmio foi entregue durante a abertura do Fórum Brasileiro e Encontro com a Comunidade Científica 2012 para a Discussão do Projeto Nacional de Desenvolvimento em Saúde, Ciência e Tecnologia, realizado em Brasília-DF.

**PRÊMIO SUS 2011:** a partir da esquerda, Dr. Edgard Torres R. Neto, Dr. Alexandre Padilha (Ministro da Saúde) e Dr. Marcelo Pinheiro.



## CURSO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM EM REUMATOLOGIA

Os membros do Departamento de Reumatologia da Associação Paulista de Medicina, Dra. Ivone M. Meinão, Dr. Plínio José do Amaral, Dra. Deborah Colucci C. Souza e Dr. Charles Heldan de Moura Castro continuam com brilhantismo e competência a organização do Curso de Diagnóstico por Imagem em Reumatologia. As aulas são realizadas mensalmente, na sede da Associação Paulista de Medicina, em São Paulo-SP.



### CURSO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM EM REUMATOLOGIA:

- (1) Curso realizado em 26 de abril de 2012 (da esquerda para a direita): Dra. Ivone Minhoto Meinão, Dra. Débora Colucci Cavalcante de Souza, Dr. André Rosenfeld e Dr. Plínio José do Amaral.
- (2) Curso realizado em 17 de maio de 2012 (da esquerda para a direita): Dra. Débora Colucci Cavalcante de Souza, Dr. Plínio José do Amaral, Dra. Ivone Minhoto Meinão e Dra. Julia Capobianco.
- (3) Curso realizado em 21 de junho de 2012 (da esquerda para a direita): Dr. Plínio José do Amaral, Dra. Ivone Minhoto Meinão e Dr. Eloy de Ávila Fernandes.



## XVIII ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA 2012

Neste ano, o XVIII ERA foi realizado entre os dias 3 e 5 de maio, com importantes e elogiadas mudanças em sua programação. As sessões interativas e discussões de casos foram aprovadas pelos participantes provenientes de todo o Brasil, que lotaram as dependências do Hotel Maksoud Plaza, em São Paulo. O curso pré-congresso "Infecções e tratamento: atualização no diagnóstico e no tratamento do paciente reumático imunossuprimido" foi ministrado por renomados *experts* da Infectologia de forma didática e competente. Dos 32 trabalhos apresentados, todos de alto nível científico, foram premiados quatro (dois na categoria Área Básica e dois na Área Clínica). Esses estudos e seus autores podem ser encontrados na seção Rheuma desta edição, págs. 17-20. A RPR parabeniza o Dr. Paulo Louzada Junior, sua Diretoria Executiva e Comissão Científica, coordenada pelo Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto, pela realização deste evento de sucesso.



### XVIII ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA 2012:

(1) primeira colocada na categoria Área Básica, Dra. Danieli Castro O. de Andrade, ao lado do Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto. (2) segundo colocado na categoria Área Básica, Dr. Jhimmy Talbot, ao lado do Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto. (3) primeiro colocado na categoria Área Clínica, Dr. Raphael Sanches Peres, ao lado da Dra. Virgínia Fernandes Moça Trevisani. (4) segunda colocada na categoria Área Clínica, Dra. Carla Gonçalves S. Saad, ao lado da Dra. Virgínia Fernandes Moça Trevisani. (5) Visão geral da plateia.



**XVIII ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA 2012. Curso “Infecções e tratamento: atualização no diagnóstico e no tratamento do paciente reumático imunossuprimido”:** (1) da esquerda para a direita: Prof. Dr. Eduardo Alexandrino Servolo de Medeiros, Dr. Otelo Rigato Júnior, Dr. Edgard Torres dos Reis Neto, Profa. Dra. Maria Isabel de Moraes Pinto, Dra. Luci Corrêa. (2) da esquerda para a direita: Dr. Daniel Wagner de Castro Lima Santos, Prof. Dr. Eduardo Alexandrino Servolo de Medeiros, Dra. Paola Capellano, Dr. Edgard Torres dos Reis Neto, Prof. Dr. Celso F. H. Granato.

## XI FIATE – FÓRUM INTERUNIVERSITÁRIO DE ATUALIZAÇÃO TERAPÊUTICA

Grandes nomes da reumatologia nacional reuniram-se nos dias 11 e 12 de maio, neste já tradicional encontro promovido pelo Departamento de Reumatologia da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas. Nesses dois dias, sob a organização do Dr. João Francisco Marques Neto, foram discutidos temas relevantes da reumatologia, em clima de grande amizade e confraternização. O evento contou com a participação de colegas de São Paulo, Rio Grande do Sul, Goiás, Alagoas, Minas Gerais e Mato Grosso, além do presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia, Dr. Paulo Louzada Junior e dos candidatos à Presidência da SBR, Dr. César Emile Baakline e Dr. Georges Basile Christopoulos.



**XI FIATE – FÓRUM INTERUNIVERSITÁRIO DE ATUALIZAÇÃO TERAPÊUTICA:** (1) Dr. Paulo Louzada Junior, presidente da SPR, participa do evento. (2) Da esquerda para a direita, Dr. Adil M. Samara, Dr. Márcio Passini de Souza e Dr. João Francisco Marques Neto. (3) Visão geral da plateia.

## IOF REGIONALS BRAZIL'12 1ST LATIN AMERICA OSTEOPOROSIS MEETING

Foi realizado em São Paulo, entre os dias 24 e 27 de maio, o 1º Congresso Latino-Americano de Osteoporose, evento regional da IOF – International Osteoporosis Foundation, inédito em nosso meio. Especialistas de todo o mundo, de diversas especialidades médicas, puderam discutir aspectos clínicos e epidemiológicos dessa doença. Dentre os inúmeros trabalhos apresentados, destacaram-se os desenvolvidos pelos mais importantes centros de reumatologia do Brasil. O Dr. Cristiano A. F. Zerbini participou ativamente, como membro da comissão organizadora local. Durante o encontro, foram prestadas homenagens póstumas aos grandes médicos brasileiros Rubem Lederman e Sérgio Ragi-Eis.



**IOF REGIONALS BRAZIL'12 – 1ST LATIN AMERICA OSTEOPOROSIS MEETING: (1)** Da esquerda para a direita, Dr. Cristiano Zerbini, Prof. John A. Kanis (IOF President), Prof. Cyrus Cooper, Bruno Muzzi Camargos, Prof. José R. Zanchetta, Judy Stenmark (IOF COO) . **(2)** Visão geral da plateia.



## XIV RECICLAGEM DA DISCIPLINA DE REUMATOLOGIA – UNIFESP/EPM

### UM SEGUNDO OLHAR

Hotel Rancho Silvestre, Embu-SP  
21 a 24 de junho de 2012

De 21 a 24 de junho, ocorreu a XIV Reciclagem da Unifesp, um evento realizado há 27 anos pela Reumatologia da EPM com o objetivo de integrar conhecimento e aglutinar experiência e amizades com mais de 120 egressos e atuais integrantes.

Neste ano, o tema central escolhido foi o segundo olhar nas doenças reumáticas. Em cada cenário clínico, um especialista afim fez considerações interessantes sobre aspectos propedêuticos e terapêuticos das doenças nas quais atuamos, como se estivéssemos discutindo em conjunto, oferecendo novidades e novas formas de “ver” as doenças. Dessa forma, um infectologista abordou o binômio atividade do lúpus e infecção, o comprometimento cutâneo da artrite psoriásica foi enfatizado pelo dermatologista, o pneumologista discutiu o manejo da hipertensão pulmonar em pacientes esclerodérmicos e assim por diante.

A programação social também estava muito convidativa e foi imperdível, com direito à quadrilha no “Arraiá do Reumatuto”, guloseimas juninas e simpatias inusitadas, em plena noite de São João. Além disso, houve o I Baile FAN-k, um trocadilho com o exame mais solicitado por nós, reumatologistas. A decoração foi toda dedicada aos padrões do FAN. E finalizamos com um jogo da memória, o Alz-Rheumer, uma atividade recreacional e competitiva entre três equipes sobre algumas curiosidades de nossa especialidade e de nossa história na Escola.

Aos velhos integrantes, como foi bom vê-los novamente. Aos novos, sejam muito bem-vindos!

Parabéns a todos da Unifesp e preparem-se para 2014, quando comemoraremos os 40 anos de fundação da Disciplina de Reumatologia.

MARCELO PINHEIRO



# 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, o tema debatido no último encontro:

## SEGUNDO FÓRUM DE DEBATES (20 DE JUNHO DE 2012)

**Tema:** "Osteonecrose: manifestação primária ou secundária na doença de Crohn?"

**Coordenação:** Prof. Dr. Wiliam Habib Chahade (diretor do Serviço de Reumatologia – Hospital do Servidor Público Estadual – "Francisco Morato de Oliveira" – HSPE-FMO-IAMSPE), Dra. Sônia Maria Alvarenga Anti Loduca Lima (médica assistente e responsável pelo Ambulatório de Espondiloartrites do Serviço de Reumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual – "Francisco Morato de Oliveira" – HSPE-FMO-IAMSPE, auxiliar de ensino da Disciplina de Reumatologia da Faculdade de Medicina do ABC)

**Apresentação:** Dr. Thiago da Silva (médico residente do Serviço de Reumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual – "Francisco Morato de Oliveira" – HSPE-FMO-IAMSPE)

**Debatedores:** Dr. Roberto Dantas Queiroz (mestre em Ortopedia e Traumatologia da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, diretor do Hospital do Servidor Público Estadual – "Francisco Morato de Oliveira" – HSPE-FMO-IAMSPE), Dr. Eloy de Ávila Fernandes (doutor em Ciências na Área de Radiologia Clínica da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, médico colaborador da Unifesp, médico da Fundação Fidi – Hospital do Servidor Público Estadual – "Francisco Morato de Oliveira" – HSPE-FMO-IAMSPE), Dr. Marcelo de Medeiros Pinheiro (assistente-doutor e pesquisador da Disciplina de Reumatologia – Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, chefe do Ambulatório de Osteoporose e Espondiloartrites da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp)



### 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:** da esquerda para a direita: Dra. Sônia Maria Alvarenga Anti Loduca Lima, Dr. Thiago da Silva, Dr. Roberto Dantas Queiroz, Prof. Dr. Wiliam Habib Chahade, Dr. Marcelo de Medeiros Pinheiro, Dr. Paulo Louzada Junior e Dr. Eloy de Ávila Fernandes.

### FÓRUMS DE DEBATES DE SÃO PAULO – 2012:

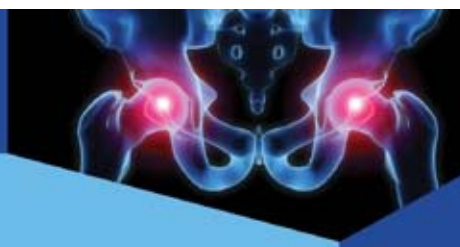
Confira as próximas datas para este ano: 1º de agosto • 5 de setembro • 3 de outubro • 21 de novembro



## NOTA DE AGRADECIMENTO

A Diretoria da Sociedade Paulista de Reumatologia e o Corpo Editorial da *Revista Paulista de Reumatologia* agradecem a gentil nota divulgada no *Boletim* da Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro, vol. 40, n. 144, abril a junho de 2012, referente aos dez anos de nossa publicação. Aproveitamos a oportunidade para expressar nossa admiração por esse conceituado periódico. A diversidade dos temas escolhidos e a forma como são abordados por seus editores são sempre garantia de boa leitura!

## CURSO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM EM REUMATOLOGIA



**Local:** Associação Paulista de Medicina  
**Av.** Brigadeiro Luís Antônio, 278 – São Paulo, SP  
**Inscrições:** [www.apm.org.br](http://www.apm.org.br) – **Informações:** (11) 3188-4281

### Programação - Reumatologia

• **23/08/2012 – 20:00-22:00 h**  
 Imagens em distúrbios endócrinos  
 associados a doenças reumáticas  
 Dra. Fernanda Reis

• **27/09/2012 – 20:00-22:00 h**  
 Imagens em vasculites e alterações  
 neurovasculares  
 Dr. Denis Szejnfeld

• **18/10/2012 – 20:00-22:00 h**  
 Imagens em acometimento cardiopulmonar  
 na reumatologia  
 Dra. Julia Capobianco

• **22/11/2012 – 20:00-22:00 h**  
 Imagens em espondiloartrites  
 Dr. André Aihara



2012

Todas as edições da *Revista Paulista de Reumatologia*  
 já estão disponíveis na íntegra em nosso [site](http://www.reumatologiasp.com.br)  
[www.reumatologiasp.com.br](http://www.reumatologiasp.com.br).



# CURSO DE REVISÃO EM REUMATOLOGIA PARA CLÍNICOS

Data: **28 e 29 de Setembro**

Horários: 28/09 - das 08h30 às 16h30

29/09 - das 08h30 às 11h00

## Módulo I

Algoritmo do pensamento reumatológico:

Diagnóstico inicial/ diferencial das patologias reumatológicas

## Módulo II

Reumatologia e Saúde Pública | Manifestações

Osteomusculares e cutâneas da Hanseníase

Osteoporose

Lombalgia

Reumatismo de partes moles

## Módulo III

Tratamento das Patologias

Reumatológicas mais comumente atendidas pelos  
médicos clínicos

## Local do Evento e Informações

Associação Paulista de Medicina

Av. Brigadeiro Luis Antônio, 278 - Bela Vista - São Paulo / SP

Tel: (11) 3188-4281

E-mail: [inscricoes@apm.org.br](mailto:inscricoes@apm.org.br)

Certificação:



Realização:



SOCIEDADE  
PAULISTA DE  
REUMATOLOGIA

Organização:



Federada da



DEPARTAMENTO DE  
REUMATOLOGIA DA APM

Presidente:

Dra. Ivone Minhoto Meinão

Inscrições: [www.apm.org.br/revisaoemreumato](http://www.apm.org.br/revisaoemreumato)

# Agenda

12 DE OUTUBRO  
DIA MUNDIAL DA ARTRITE

## 2012

### NACIONAIS

#### IV Curso de Imunologia

**Data:** 1 de setembro

**Local:** São Paulo, SP

**Contato:** [www.eventus.com.br/reumato\\_imuno](http://www.eventus.com.br/reumato_imuno)

#### XXIX Congresso Brasileiro de Reumatologia

**Data:** 19 a 22 de setembro

**Local:** Vitória, ES

**Contato:** [www.cbr2012.com.br](http://www.cbr2012.com.br)

#### Curso de Revisão em Reumatologia para Clínicos

**Data:** 28 e 29 de setembro

**Local:** São Paulo, SP

**Contato:** [inscricoes@apm.org.br](mailto:inscricoes@apm.org.br)

#### IV Curso de Infiltrações em Reumatologia – Disciplina de Reumatologia da Unifesp

**Data:** 26 e 27 de outubro

**Local:** São Paulo, SP

**Contato:** [www.cursoinfiltracao.com.br](http://www.cursoinfiltracao.com.br)

### INTERNACIONAIS

#### 15th Congress of Asia Pacific League of Associations for Rheumatology (APLAR)

**Data:** 10 a 14 de setembro

**Local:** Mar Morto, Jordânia

**Contato:** [www.aplar2012.com](http://www.aplar2012.com)

#### 2012 Annual Meeting of the American Society for Bone and Mineral Research (ASBMR)

**Data:** 12 a 15 de outubro

**Local:** Minneapolis, Minnesota

**Contato:** [www.asbmr.org](http://www.asbmr.org)

#### ACR 2012

**Data:** 9 a 14 de novembro

**Local:** Washington, DC

**Contato:** [www.rheumatology.org](http://www.rheumatology.org)

## 2013

### NACIONAIS

#### VII Curso de Revisão para Reumatologistas

**Data:** 2 e 3 de março

**Local:** São Paulo, SP

**Contato:** [reumatologiasp@reumatologiasp.com.br](mailto:reumatologiasp@reumatologiasp.com.br)

#### XIX Encontro de Reumatologia Avançada

**Data:** 14 a 16 de março

**Local:** São Paulo, SP

**Contato:** [reumatologiasp@reumatologiasp.com.br](mailto:reumatologiasp@reumatologiasp.com.br)

### INTERNACIONAIS

#### The 10th International Congress on SLE

**Data:** 18 a 21 de abril

**Local:** Buenos Aires, Argentina

**Contato:** [lupus2013@metgroup.com.ar](mailto:lupus2013@metgroup.com.ar)

## 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](mailto: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.



# HUMIRA<sup>®</sup>

## adalimumabe

O único anti-TNF totalmente humano  
com eficácia em **6 indicações** no Brasil em:<sup>1-8</sup>



Artrite Reumatoide<sup>2</sup>



Espondilite Anquilosante<sup>2</sup>



Artrite Psoriásica<sup>2</sup>



Artrite Idiopática Juvenil<sup>2</sup>



Doença de Crohn<sup>2</sup>



Psoríase<sup>2</sup>



humanizar



A Abbott apoia a atualização científica: [www.rima.org](http://www.rima.org)

**Referências:** 1. Burmester GR, Mease P, Dijkman BAC, et al. Adalimumab safety and mortality rates from global clinical trials of six immune-mediated inflammatory diseases. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:1863-9. 2. Bula do produto. 3. van der Heijde D, Breedveld D, Kavanaugh A et al. Disease activity, physical function, and radiographic progression after long term therapy with adalimumab plus methotrexate: 5-Year results of PREMIER. *The Journal of Rheumatology.* 2010;37(11): 2237-46. 4. van der Heijde D, Kivitz A, Schiff MH, et al. Efficacy and safety of adalimumab in patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum.* 2006;54:2136-46. 5. Mease PJ, Gladman DD, Ritchlin CT, et al; para o Grupo de estudo sobre eficácia da adalimumab em estudo clínico sobre artrite psoriásica. Adalimumab for the treatment of patients with moderately to severely active psoriatic arthritis: results of a double blind, randomized, placebo-controlled Trial. *Arthritis Rheum.* 2005;52:3279-89. 6. Saurat JH, Stingl G, Dubertret L et al. Efficacy and safety results from the randomized controlled comparative study of adalimumab vs. methotrexate vs. placebo in patients with psoriasis (CHAMPION). *Br J Dermatol.* 2008;158:558-566. 7. Hanauer SB, Sandborn WJ, Rutgeerts P et al. Human anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody (Adalimumab) in Crohn's Disease: The CLASSIC-I Trial. *Gastroenterology* 2006;130:323-333. 8. Lovell DJ, Ruperto N, Goodman S, Reiff A. Adalimumab with or without Methotrexate in Juvenile Rheumatoid Arthritis. *N Engl J Med.* 2008;359:810-20.

**HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe) – MS:** 1.0553.0294. **Indicações:** Artrite reumatoide, Artrite psoriásica, Espondilite Anquilosante, Doença de Crohn, Psoríase em placas, Artrite Idiopática Juvenil Poliarticular. **Contraindicações:** pacientes com conhecida hipersensibilidade ao adalimumabe ou quaisquer componentes da fórmula do produto. **Advertências e Precauções:** **Infecções:** foram relatadas infecções graves devido a bactérias, micobactérias, infecções fúngicas invasivas, virais, parasitárias ou outras infecções oportunistas, sepsis, raros casos de tuberculose, candidíase, listeriose, legionelose e pneumocistose foram relatados em pacientes tratados com antagonistas do TNF. Histoplasmosse e outras infecções fúngicas invasivas são um risco para os pacientes. Pacientes que desenvolvem uma infecção fúngica grave são também advertidos a interromper o uso de bloqueadores de TNF até que a infecção seja controlada. O tratamento com HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe) não deve ser iniciado ou continuado em pacientes com infecções ativas, incluindo infecções crônicas ou localizadas, até que as infecções estejam controladas. Recomenda-se cautela ao uso de HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe) em pacientes com histórico de infecções de repetição ou com doença de base que possa predispor o paciente a infecções. **Tuberculose:** foram relatados casos de tuberculose (frequentemente disseminada ou extrapulmonar) associados ao HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe). Antes de iniciar o tratamento com HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe) todos os pacientes devem ser avaliados quanto à presença de tuberculose ativa ou inativa (latente). Se a tuberculose ativa for diagnosticada, o tratamento com HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe) não deve ser iniciado. Se for diagnosticada tuberculose latente, deve-se iniciar a profilaxia antituberculose apropriada. **Reativação da Hepatite B:** o uso de inibidores de TNF foi associado à reativação do vírus da hepatite B (HBV) em pacientes portadores crônicos deste vírus, podendo ser fatal. Deve-se ter cautela ao administrar inibidores de TNF em pacientes portadores do vírus da hepatite B. **Eventos neurológicos:** foram associados, em raros casos, com exacerbação de sintomas e/ou evidência radiológica de doença desmielinizante, incluindo esclerose múltipla e doença desmielinizante periférica, incluindo Síndrome de Guillain Barré. Deve-se ter cautela ao considerar o uso de HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe) em pacientes com doenças desmielinizantes do sistema nervoso periférico ou central, de início recente ou pré-existent. **Malignidades:** foi observado maior número de casos de linfoma entre os pacientes que receberam antagonistas de TNF. Além disso, há maior risco de linfoma em pacientes com artrite reumatoide com doença inflamatória de longa duração, altamente ativa, o que complica a estimativa do risco. Malignidades, algumas fatais, foram relatadas entre crianças e adolescentes que foram tratados com agentes bloqueadores de TNF. A maioria dos pacientes estava tomando concomitantemente imunossuppressores. Casos muito raros de linfoma hepatoesplênico de células T foram identificados em pacientes recebendo adalimumabe. O risco potencial com a combinação de azatioprina ou 6-mercaptopurina e HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe) deve ser cuidadosamente considerado. **Alergia:** durante estudos clínicos, reações alérgicas graves associadas ao uso de HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe) foram raramente observadas, incluindo reação anafilática. Se uma reação anafilática ou outra reação alérgica grave ocorrer, a administração de HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe) deve ser interrompida imediatamente e deve-se iniciar o tratamento apropriado. A tampa da agulha da seringa contém borracha natural (látex). Pacientes sensíveis ao látex podem ter reações alérgicas graves. **Eventos hematológicos:** raros relatos de pancitopenia, incluindo anemia aplásica. A descontinuação da terapia com HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe) deve ser considerada em pacientes com anormalidades hematológicas significativas confirmadas. **Uso com anacina:** A combinação de adalimumabe e anacina não é recomendada. **Insuficiência cardíaca congestiva:** Casos de piora da ICC também foram relatados em pacientes recebendo HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe). **Processos autoimunes:** o tratamento com HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe) pode resultar na formação de anticorpos autoimunes. Se um paciente desenvolver sintomas que sugiram síndrome Lúpus símile, o tratamento deve ser descontinuado. **Uso em idosos:** a frequência de infecções graves entre pacientes com mais de 65 anos de idade tratados com HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe) foi maior do que para os sujeitos com menos de 65 anos de idade. Devido a uma maior incidência de infecções na população idosa geral, deve-se ter cautela quando do tratamento de pacientes idosos. **Uso na gravidez:** este medicamento só deve ser usado durante a gravidez quando, na opinião do médico, os benefícios potenciais claramente justificarem os possíveis riscos ao feto. Mulheres em idade reprodutiva devem ser advertidas a não engravidar durante o tratamento com HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe). Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **Uso na lactação:** recomenda-se decidir entre descontinuar o tratamento com HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe) ou interromper o aleitamento, levando em conta a importância do medicamento para a mãe. **Interações Medicamentosas:** **Methotrexato:** não há necessidade de ajuste de doses de nenhum dos dois medicamentos. **Outras:** o uso concomitante de HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe) e anacina ou abatacepte não é recomendado. Vacinas vivas não devem ser administradas concomitantemente a HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe). Não foram observadas interações com DMCDs (sulfassalazina, hidroxiquinona, leflunomida e ouro parenteral), glicocorticoides, salicilatos, anti-inflamatórios não esteroidais ou analgésicos. **Reações Adversas:** **Reação muito comum:** infecções no trato respiratório, leucopenia, anemia, aumento de lipídeos, dor de cabeça, dor abdominal, náusea, vômito, elevação de enzimas hepáticas, rash, dor músculo-esquelética, reação no local da injeção. **Reação comum:** infecções sistêmicas, infecções intestinais, infecções de pele e tecidos moles, infecções de ouvido, infecções de trato urinário, infecções fúngicas, infecções articulares, neoplasia benigna, câncer de pele não melanoma, trombocitopenia, leucocitose, hipersensibilidade e alergia, hipocalcemia, aumento do ácido úrico, quantidade anormal de sódio no sangue, hipocalcemia, hiperglicemia, hipofosfatemia, aumento de potássio no sangue, desidratação, alterações de humor, ansiedade, insônia, parestesia, enxaqueca, compressão de raiz nervosa, distúrbio visual, conjuntivite, blefarite, inchaço nos olhos, vertigem, taquicardia, hematoma, hipertensão, rubor, tosse, asma, dispnéia, hemorragia gastrointestinal, dispepsia, doença do refluxo gastroesofágico, síndrome Sicca, prurido, urticária, contusões, dermatite, onicoclase, hiperidrose, espasmos musculares, hematuria, insuficiência renal, dor no tórax, edema, alterações da coagulação e distúrbios hemorrágicos, teste para autoanticorpos positivo, aumento de desidrogenase láctica no sangue, cicatrizações prejudicadas. **Reação incomum:** infecções oportunistas e tuberculose, infecções neurológicas, infecções dos olhos, infecções bacterianas, linfoma, neoplasia de órgãos sólidos, melanoma, púrpura trombocitopênica idiopática, tremor, neuropatia, diplopia, surdez, tinnitus, arritmia, insuficiência cardíaca congestiva, oclusão arterial vascular, tromboflebite, aneurisma aórtico, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumopatia intersticial, pneumonite, pancreatite, disfagia, edema facial, colecistite e colestase, aumento da bilirrubina, esteatose hepática, suores noturnos, manchas, rabdomiólise, lúpus eritematoso sistêmico, noctúria, disfunção erétil, inflamação. **Reação rara:** pancitopenia, esclerose múltipla, parada cardíaca. **Infecções:** As infecções consistiram principalmente de nasofaringites, infecções respiratórias superiores, sinusites, bronquites e infecções do trato urinário. **Reações adversas de pós-comercialização:** diverticulite, linfoma hepatoesplênico de células T, leucemia, anafilaxia, sarcoidose, doenças desmielinizantes, acidente vascular cerebral, embolismo pulmonar, derrame pleural, fibrose pulmonar, perfuração intestinal, reativação da hepatite B, insuficiência hepática, vasculite cutânea, síndrome de Stevens-Johnson, angioedema, aparecimento ou piora da psoríase; eritema multiforme, alopecia, síndrome lúpus símile, infarto do miocárdio. **Posologia:** Artrite Reumatoide, Artrite Psoriásica, Espondilite Anquilosante: a dose para pacientes adultos é de 40 mg, administrados em dose única por via subcutânea, a cada 14 dias. Doença de Crohn: início do tratamento – Semana 0: 160 mg por via subcutânea; Semana 2: 80 mg; Manutenção do tratamento: a partir da Semana 4, 40 mg a cada 14 dias. Psoríase: para pacientes adultos é de uma dose inicial de 80 mg por via subcutânea, seguida de doses de 40 mg administradas em semanas alternadas, começando na semana seguinte à dose inicial. Artrite idiopática juvenil poliarticular: para pacientes com idade superior a 13 anos é de 40 mg solução injetável, administrados em dose única por via subcutânea, a cada 14 dias. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Registrado por: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda. - Rua Michigan, 735 – São Paulo – SP - CNPJ: 56.998.701/0001-16. ABBOTT CENTER: 0800 703 1050.

**Contraindicações/Precauções:** Assim como observado com outros antagonistas de TNF, foram relatados casos de tuberculose associados ao HUMIRA<sup>®</sup> (adalimumabe). A administração concomitante de antagonistas de TNF e abatacepte tem sido associada a aumento do risco de infecções, incluindo infecções sérias, quando comparada a antagonistas de TNF isolados.

Material destinado a profissionais da saúde prescritores. Reprodução Proibida. Produzido em Março/2012.



# mensal Simponi<sup>®</sup> golimumabe

O anti-TNF feito para o paciente<sup>1</sup>

Moderna caneta  
aplicadora com  
formato anatômico

## O primeiro anti-TNF subcutâneo com uma única aplicação mensal.<sup>1</sup>

- Desde o lançamento, o primeiro anti-TNF com indicação para Artrite Reumatoide, Artrite Psoriásica e Espondilite Anquilosante.<sup>1</sup>
- Moderna caneta aplicadora. Basta um único movimento.
- Apenas uma única administração no mesmo dia em cada mês.<sup>1</sup>
- Anticorpo monoclonal humano.<sup>1</sup>
- Baixa incidência de reações no local da aplicação.<sup>1</sup>



**INFOC**  
Informações Científicas  
0800 7013017  
www.portalmed.com.br

**janssen**  
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
OF Johnson & Johnson



**REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** 1. Bula de Simponi. **BULA RESUMIDA. SIMPONI<sup>®</sup> (GOLIMUMABE).** Forma farmacêutica e apresentações: Embalagem com 1 caneta aplicadora SmartJect com solução injetável de SIMPONI<sup>®</sup> 50 mg/0,5 mL. As embalagens de SIMPONI<sup>®</sup> devem ser mantidas sob refrigeração (2°C a 8°C), protegidas da luz e não devem ser congeladas. Não agitar. A caneta aplicadora SmartJect deve ser mantida na embalagem original para proteger da luz. **Uso adulto e pediátrico. Uso subcutâneo.** Indicações: tratamento da artrite reumatóide (AR) ativa em pacientes adultos, quando a resposta à terapia com medicamento antirreumático modificador da doença (DMARD), incluindo metotrexato (MTX), foi inadequada ou em pacientes adultos não tratados previamente com MTX. SIMPONI<sup>®</sup> pode ser usado em pacientes previamente tratados com um ou mais inibidor(es) de TNF; tratamento de artrite psoriásica ativa em pacientes adultos, quando a resposta à terapia prévia com DMARD foi inadequada; tratamento da espondilite anquilosante (EA) ativa em pacientes adultos quando a resposta à terapia convencional foi inadequada. SIMPONI<sup>®</sup> também demonstrou melhorar a função física e a qualidade de vida relacionada à saúde. **Posologia:** para todas as indicações, SIMPONI<sup>®</sup> 50 mg é administrado na forma de uma injeção subcutânea uma vez ao mês, no mesmo dia do mês. **Contraindicações:** hipersensibilidade à golimumabe ou a qualquer um dos excipientes. **Precauções e advertências:** Houve relatos de infecções bacterianas (incluindo septicemia e pneumonia), micobacteriana (tuberculose), fúngica invasiva e oportunistas, até mesmo fatalidades, em pacientes recebendo agentes bloqueadores de TNF, incluindo SIMPONI<sup>®</sup>. SIMPONI<sup>®</sup> não deve ser administrado em pacientes com infecção ativa e clinicamente importante. Deve-se ter precaução quando considerar o uso de SIMPONI<sup>®</sup> em pacientes com infecção crônica ou histórico de infecção recorrente. Os pacientes devem ser aconselhados a evitar a exposição a fatores de risco em potencial para infecção quando apropriado. Os pacientes devem ser avaliados quanto a fatores de risco para tuberculose e testados quanto à tuberculose latente antes do tratamento com SIMPONI<sup>®</sup>. O tratamento da tuberculose latente deve ser iniciado antes da terapia com SIMPONI<sup>®</sup>. O uso de agentes bloqueadores de TNF foi associado com a reativação do vírus da hepatite B em pacientes portadores crônicos. Os portadores crônicos de hepatite B devem ser adequadamente avaliados e monitorados antes e durante o tratamento com SIMPONI<sup>®</sup>, assim como por vários meses após a sua descontinuação. Desconhece-se o papel potencial da terapia bloqueadora de TNF no desenvolvimento de malignidades. Deve-se tomar cuidado ao considerar a terapia bloqueadora de TNF para pacientes com histórico de malignidade, ou quando se considera a continuação do tratamento em pacientes que desenvolvem malignidade: insuficiência cardíaca congestiva; eventos neurológicos; reações hematológicas; vacinas; reações alérgicas. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. Interações medicamentosas: não foi realizado nenhum estudo de interação. A combinação de SIMPONI<sup>®</sup> e anacina e abatacepte não é recomendada. Vacinas de vírus vivos não devem ser administradas concomitantemente com SIMPONI<sup>®</sup>. Embora o uso concomitante de MTX resulte em maiores concentrações mínimas no estado de equilíbrio de SIMPONI<sup>®</sup> em pacientes com AR, AP e EA, os dados não sugerem necessidade de ajuste de dose de SIMPONI<sup>®</sup> ou MTX. Reações adversas mais frequentes: Infecção do trato respiratório superior (nasofaringite, faringite, laringite e rinite), infecções bacterianas (como celulite), infecções virais (como gripe e herpes), bronquite, sinusite e infecções fúngicas superficiais, aumento na alanina aminotransferase, aumento no aspartato aminotransferase, anemia, tontura, parestesia, hipertensão, constipação, alopecia, pirexia, reação no local da aplicação (eritema no local da aplicação, urticária, induração, dor, hematoma, prurido, irritação, parestesia). Superdose: recomenda-se que o paciente seja monitorado quanto a quaisquer sinais ou sintomas de efeitos adversos e o tratamento sintomático apropriado seja instituído imediatamente. Venda sob prescrição médica. Ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado. Schering-Plough Indústria Farmacêutica Ltda. MS-1.0171.0184. Distribuído por Janssen-Cilag Farmacêutica. Informações adicionais para prescrição: vide bula completa. INFOC 0800.7013017 – www.janssen.com.br - Cód.Set2011\_B-simponi31-prof(caneta).doc. **CONTRAINDICAÇÕES:** ESTE MEDICAMENTO É CONTRAINDICADO PARA USO POR PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE À SUBSTÂNCIA ATIVA OU A QUALQUER UM DOS EXCIPIENTES. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** A COMBINAÇÃO DE SIMPONI<sup>®</sup> E ANACINA OU ABATACEPTE NÃO É RECOMENDADA.