

# Revista Paulista de Reumatologia

Volume 10  
Número 3  
Jul./set. 2011  
ISSN 1809-4635

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



Uma publicação trimestral da  
Sociedade Paulista de Reumatologia

## PALAVRA DO PRESIDENTE

- 3** A todo vapor... LUIZ CARLOS LATORRE

## EDITORIAL

- 4** Segundo semestre movimentado!

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

## ARTIGOS ORIGINAIS/REVISÕES/DESCRIÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

- 5** Síndrome da ardência bucal: relato de caso

*Burning mouth syndrome: case report*

JOSÉ MARQUES FILHO

## VISÃO DO EXPERT

- 8** Fibromialgia: como estamos? EDUARDO DOS SANTOS PAIVA

## PUBLICAÇÕES

- 11** Top 10 RENATA FERREIRA ROSA, MARIA JOSÉ NUNES

## ARTRÓFILO

- 16** Congresso Anual da Liga Europeia Contra o Reumatismo (Eular)

ANDREA B. V. LOMONTE

## ÉTICA

- 22** A residência médica e a ética JOSÉ MARQUES FILHO

## RAIO X

- 24** Serviço de Reumatologia Pediátrica da Faculdade de Medicina de Botucatu,  
Universidade Estadual Paulista (Unesp)

CLAUDIA SAAD MAGALHÃES

## IMAGEM EM REUMATOLOGIA

- 26** Síndrome de Sweet

DÉBORA CHAVES S. PINTO, FERNANDA CALIL MACHADO NETTO,  
DENISE DE FÁTIMA FORTESKI, GLEYCE YAKUSHIJIN ISHISAKI

## EM SENDO REUMATOLOGISTA

- 28** A doença do Aleijadinho ACHILES CRUZ FILHO

## LADO B – ALMA LITERÁRIA

- 30** A certeza da alma BARBARA CARVALHO

## CARTA AOS EDITORES

## NOTICIÁRIO

## AGENDA

## Resultados Positivos

## Resultados Positivos



**Contraindicações:** Hipersensibilidade conhecida ao rituximabe e a qualquer componente do produto ou a proteínas murinas.

**Interações:** Não há interações de rituximabe com alimentos. Informe seu médico sobre qualquer medicamento que esteja usando, antes do início, ou durante o tratamento, em especial, anti-hipertensivos.

**Referências:** 1. Dörner T, Kinman 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) 464-475. 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. Poster de nº FRI0256 apresentado no EULAR 2009. [http://www.abstracts2view.com/eular/view.php?n=EULAR02L\\_FRI0256](http://www.abstracts2view.com/eular/view.php?n=EULAR02L_FRI0256). Acessado em 10/01/2011.

**Nome do produto:** 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 ou resistente à quimioterapia e terapia de manutenção; LNH, difuso de grandes células, CD20 positivo, associado à quimioterapia CHOP; Artrite Reumatoide após falha ou intolerância aos anti-TNFs, em combinação com metotrexato. **Contraindicações:** MabThera® é contra-indicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida ao rituximabe e a qualquer componente do produto ou a proteínas murinas. **Precauções e advertências:** reações infusoriais 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 reativação de hepatite B foram relatados em artrite reumatóide. A solução preparada para infusão não deverá ser administrada como injeção intravenosa ou em infusão em bolo. Gestação e lactação: Não deve ser administrado a não ser que os benefícios superem os riscos. **Interações:** Não há interações de MabThera® com alimentos. Existem dados limitados sobre as possíveis interações medicamentosas com MabThera®. **Reações adversas:** Febre e calafrios/tremores. Náusea, urticária/rubor facial, fadiga, cefaléia, 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 Reumatóide, 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 3 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. **Artrite Reumatoide:** 1.000mg IV no dia 1 e no dia 15. **Primeira infusão:** a velocidade inicial recomendada é de 50mg/h; posteriormente poderá ser aumentada em 50mg/h a cada 30 minutos até o máximo de 400mg/h. **Infusões subseqüentes iniciadas a uma velocidade de 100mg/h com incrementos de 100mg/h a cada 30 minutos até o máximo de 400mg/h.** **Via de administração:** Solução injetável para infusão intravenosa. **Registro MS:** 1.0100.0548. Venda sob prescrição médica. A PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. Informações adicionais disponíveis à classe médica mediante solicitação a Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A. - Av. Engenheiro Billings, 1729 - Jaguaré - CEP 05321-900 - São Paulo - SP - Brasil. IMI 179610.

Fevereiro/2011

**MABTHERA®**  
rituximabe

*AR SORÓPOSITIVA, RESPOSTA POSITIVA<sup>1,2</sup>*

## REVISTA PAULISTA DE REUMATOLOGIA

Órgão Oficial da Sociedade Paulista de Reumatologia

### Conselho Editorial

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

### Correspondência

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

## Sociedade Paulista de Reumatologia

### DIRETORIA EXECUTIVA 2010/2011

#### Presidente

Luiz Carlos Latorre

#### Vice-Presidente

Dawton Y. Torigoe

#### Diretor Científico

Cristiano A. F. Zerbini

#### 1<sup>a</sup> Secretária

Maria Guadalupe B. Pippa

#### 2<sup>a</sup> Secretária

Sandra H. Watanabe

#### 1<sup>a</sup> Tesoureira

Andrea B. V. Lomonte

#### 2<sup>a</sup> Tesoureiro

Silvio Figueira Antonio

### Presidente Eleito 2012/2013

Paulo Louzada Jr.

### Conselho Fiscal e Consultivo

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

### Departamento de Reumatologia da Associação Paulista de Medicina

Presidente: Maurício Levy Neto; 1<sup>a</sup> Secretário: José Carlos Mansur Szajubok; 2<sup>a</sup> Secretária: Emilia Inoue Sato; Coordenador Científico: Paulo Roberto Stocco Romanelli

### Comissão Científica

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

### Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional

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

### Comissão de Educação Médica

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

### Comissão do Interior

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

### Representantes da Reumatologia Pediátrica

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

### Site

Daniel Brito de Araújo, Luiza Helena Coutinho Ribeiro, Marina Gonçalves Veras de Morais, Nafice Costa Araújo

### Endereço

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

## Et Cetera Editora de Livros e Revistas

Direção      Coordenação      Jornalista  
Kleber Kohn      Silvia Souza      Luciana C. N. Caetano (MTb 27.425)

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

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

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

## PALAVRA DO PRESIDENTE

# A todo vapor...



Prezado associado, como prevíamos, o I Fórum de Doenças Raras foi um grande sucesso. Já estamos recebendo sugestões para o próximo. Tivemos a oportunidade de discutir casos extremamente interessantes que, embora raros, ocorrem em nossos consultórios e tiveram seu diagnóstico e conduta terapêutica amplamente abordados. Em maio, o ERA foi, também, um grande sucesso. Os 500 participantes de todos os Estados do Brasil aproveitaram muito os temas clínicos e básicos e suas aplicações na prática clínica. Nossos convidados estrangeiros fizeram conferências extremamente interessantes. Ele continua sendo o evento mais importante da SPR e a participação ativa de todos é fundamental para a continuidade de seu sucesso. Embora tenhamos poucos meses até o final do ano (e de nossa gestão), muitas atividades estão por vir. Em agosto, teremos o Curso de Revisão para Clínicos, este ano organizado pelo Dr. Paulo Romanelli, que será realizado com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde. Ainda em agosto, teremos os Encontros de São Carlos-Araraquara e do Vale do Paraíba. Para 10 de setembro está agendado o esperado e concorrido III Curso de Imunologia organizado pelo Dr. Luís Eduardo Coelho Andrade. Outubro é o mês do Combate à Artrite e do Combate à Osteoporose. É o mês, também, da VI edição do Ação Reumato. Este ano mudamos o formato do Ação Reumato, atendendo a restrições orçamentárias e a uma tentativa de sua maior abrangência. Haverá, entre os dias 25 e 29 de outubro, um estande fixo em uma estação do Metrô, com faixas dentro dos vagões, divulgação na TV dos vagões e plataforma. Haverá ainda, com assessoria de imprensa, incursões na mídia da capital e do interior, com entrevistas com nossos representantes. Novamente a participação de todos na divulgação de nossa especialidade e das doenças reumáticas é fundamental. Contamos com você. Em 30 de setembro e 1º de outubro teremos o I Curso de Emergências em Reumatologia, na APM, organizado pelo Dr. Mauricio Levy, que será de fundamental importância no maneuseio do paciente reumático grave. Encerrando o ano e a atual gestão, de 8 a 10 de dezembro teremos o XIX Encontro Rio-SP de Reumatologia e a XXI Jornada Paulista de Reumatologia, com organização de São Paulo em conjunto com o Rio de Janeiro. Os temas são muito interessantes e teremos, além das palestras nacionais, duas internacionais da Dra. Jane Salmon, reconhecida por sua linha de pesquisa no LES, em Nova York. Temos, também, confirmada a participação do Dr. Gurkirpal Singh, de São Francisco, com uma miniconferência no Curso de Imunologia na Prática Reumatológica. Todas essas programações estão prontas e, com certeza, vão propiciar a oportunidade de atualização nas mais diversas e abrangentes situações de nossa especialidade. Novamente, sua participação é muito importante. A SPR é sua. Participe.

Forte abraço.

LUIZ CARLOS LATORRE

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia  
Gestão 2010/2011

# www.reumatologiasp.com.br

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

## Segundo semestre movimentado!



Pois é gente, chegamos ao segundo semestre do ano. Muito trabalho e muitas novidades em nossa especialidade! Neste número da *RPR* estão resumidos os trabalhos paulistas apresentados no Eular. Leia na seção Artrófilo os excelentes estudos realizados pelos pesquisadores paulistas em nosso País ou em associação com pesquisadores estrangeiros. Você sabe o que é síndrome da ardência bucal? Na seção Artigos Originais/Revisões/Descrição de Casos Clínicos, nosso colega José Marques Filho relata um caso muito interessante acompanhado na Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba e que nos faz pensar nos possíveis diagnósticos diferenciais de problemas que surgem em nossos consultórios e ambulatórios (xerostomia, candidíase oral, penfigo, Behçet?). Mudando de assunto, qual foi a doença que acometeu o maior escultor do barroco brasileiro, Antonio Francisco Lisboa, tornando-o conhecido como Aleijadinho? Lá de Minas, o Prof. Achiles Cruz Filho nos conta, na seção Em Sendo Reumatologista, como foram realizadas pesquisas para determinar uma possível enfermidade causadora do infortúnio do brilhante artista. Um fato interessante é que, nas visitas à cidade de Congonhas, em Minas Gerais, onde se encontram as famosíssimas esculturas dos 12 Profetas, os guias oficiais citam como causa a artrite reumatoide, não listada no artigo do Dr. Achiles. Achamos que, agora, vai haver polêmica! Tem mais. Como conversar com os residentes sobre ética médica no dia a dia do trabalho e torná-la parte da formação de nossos colegas mais jovens? Confira o excelente artigo sobre residência e ética médica, mais uma valiosa contribuição do José Marques. Que tal uma atualização na seleção de artigos da seção Publicações? Procuramos trazer alguns estudos entre os melhores publicados nos meses mais recentes. Temos também uma programação científica intensa neste segundo semestre. Uma pena que dois eventos muito importantes tenham sido marcados para a mesma época: O 4º Bradoo, Congresso Brasileiro de Densitometria Clínica, Osteoporose e Osteometabolismo (11 a 14 de outubro em Belo Horizonte, MG) e a XVIII Jornada de Reumatologia do Cone Sul (13 a 15 de outubro em Florianópolis, SC). Não tem jeito, teremos que fazer uma opção! O nosso presidente Latorre programou uma Ação Reumato bastante interessante para a divulgação de nossa especialidade este ano (25 a 29 de outubro). Uma nova dinâmica com, inclusive, o envolvimento do Metrô, trará mais visibilidade para a reumatologia, com melhor custo-benefício para a SPR. Como vamos comemorar o Dia de Combate à Artrite e Dia de Combate à Osteoporose durante o evento, a SPR terá vários colaboradores, incluindo a Sociedade Brasileira de Osteoporose (Sobrao), o Grupasp (Grupo de Pacientes com Artrite Reumatoide), a Fenapco (Sociedade de Pacientes com Osteoporose) e o Superando o Lúpus (Grupo de Pacientes com Lúpus). Mais para o final do ano (8 a 10 de dezembro), teremos a XXI Jornada Paulista e o XIX Encontro Rio-São Paulo de Reumatologia em nossa cidade. Ufa, agende-se! Venha para a nossa RPR, mande sua contribuição, cartas, comentários, artigos. Aguardamos você!

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

*Editores*

# Síndrome da ardência bucal: relato de caso

*Burning mouth syndrome: case report*

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

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

## RESUMO

A queixa de ardência ou queimação oral é frequente nos pacientes que procuram atendimento médico. Na área da reumatologia, a avaliação de pacientes com queixas relacionadas à mucosa oral ou ocular é fundamental para uma boa investigação diagnóstica. A síndrome da ardência bucal (SAB) é uma síndrome relativamente comum, pouco diagnosticada e deve ser cogitada em pacientes com queixa de ardência ou dor na cavidade bucal. A SAB é considerada atualmente uma doença neuropática. Relatamos um caso de SAB em paciente idoso, do sexo masculino, com boa resposta ao uso de gabapentina.

**Unitermos:** ardência bucal, queimação bucal, dor neuropática.

## SUMMARY

*The complaint of oral ardency or burning sensation is frequent in the patients who seek medical care. In the rheumatology area the evaluation of patients with complaints related to the oral or ocular mucosa is fundamental for an appropriate diagnostic analysis. The burning mouth syndrome (BMS) is relatively common syndrome, not often diagnosed, and it must be remembered for those patients with complaints of ardency, burning or pain in the bucal cavity. BMS is currently considered a neuropathic illness. We relate a case of BMS in an elderly male patient with a good reaction to gabapentina.*

**Key words:** mouth ardency, mouth burning, neuropathic pain.

## INTRODUÇÃO

As queixas relacionadas à mucosa oral e ocular são frequentes nas doenças reumatológicas e necessitam de cuidadosa investigação.

As manifestações relacionadas à cavidade bucal podem representar sintomas ou sinais de doenças conhecidas, efeitos colaterais de medicamentos ou síndromes cuja manifestação principal esteja relacionada à cavidade bucal.

A queixa de ardência ou queimação bucal é sintoma frequente na prática clínica; muitas vezes, sua investigação é negligenciada pelo clínico, mas, principalmente quando é a queixa principal do paciente, requer cuidadosa investigação.

A síndrome da ardência bucal (SAB)<sup>(1)</sup> se manifesta como sensação de ardência, queimação, dor ou descon-

forto em diversos pontos da cavidade bucal ou mesmo em toda a cavidade.

Pode envolver em suas manifestações aspectos sistêmicos e complexos mecanismos psicológicos.

Embora sua etiologia seja idiopática, é classificada atualmente como uma dor neuropática.

Este relato visa a divulgar entre os reumatologistas a possibilidade da ocorrência desta síndrome, cujo diagnóstico necessita de cuidadosa exclusão de outras causas conhecidas para a referida sintomatologia, incluindo, obrigatoriamente, avaliação odontológica.

## RELATO DE CASO

Trata-se de paciente do sexo masculino, 77 anos de idade, nascido no Japão e procedente da cidade de Valparáiso-SP.

Apresentou-se à consulta queixando-se de ardência e dor na região do palato duro havia aproximadamente um ano. Dor contínua, sem fatores de melhora ou piora, intensidade moderada, sem irradiação para outros locais.

Negava secura oral ou ocular, alteração de paladar, artralgias, perda de peso ou outros sintomas sistêmicos.

A família informava que a dor interferia de forma importante nas atividades sociais do paciente.

Referiu que inicialmente consultou vários dentistas, com realização de procedimentos dentários, mas sem melhora dos sintomas. Posteriormente procurou atendimento médico, com realização de exames laboratoriais, sempre dentro da normalidade e sem melhora com as medicações prescritas.

Apresentava passado mórbido de dengue e prostataite aproximadamente três anos antes da consulta, negava doenças crônicas, tabagismo e uso de bebidas alcoólicas. Referia uso de clonazepam 0,25 mg via oral, na vigência de crises de pânico.

Ao exame físico se apresentava em bom estado geral, corado, orientado no tempo e espaço, deambulando sem dificuldades, sinais vitais normais.

O exame físico geral dos diversos aparelhos estava dentro da normalidade. Ao exame osteoarticular apresentava uma discreta escoliose lombar e leve crepitação nos joelhos bilateralmente, sem dor a flexão total.

O exame da mucosa oral e da língua não demonstrou lesões visíveis, as mucosas estavam úmidas e o exame do palato apresentava sensibilidade normal.

Os exames laboratoriais demonstravam hemoglobina de 12,1 g/dL, hematócrito de 38%, leucócitos totais de 4.000/mm<sup>3</sup>, velocidade de hemossedimentação de 37 mm na primeira hora, proteína C reativa negativa, creatinina de 0,8 mg%, glicose de jejum de 80 mg%, exames de função hepática normais, fator reumatoide negativo, TSH de 2,2 mcUI, Fator antinuclear negativo, anti SSA e anti SSB negativos.

Raio X de tórax e eletrocardiograma normais.

Feita hipótese de dor neuropática, foi medicado com gabapentina 300 mg por dia inicialmente, atingindo a dose de 900 mg por dia, com boa resposta ao tratamento.

## DISCUSSÃO

A síndrome da ardência bucal foi descrita por Grushka em 1987<sup>(1)</sup>. É definida como uma afecção dolorosa da

cavidade bucal, cujo principal sintoma é sensação de ardência, queimação ou dolorimento na ausência de lesões primárias na mucosa oral ou de outras doenças que cursam com sintomatologia na cavidade bucal.

Esse sintoma principal pode ser acompanhado de secura oral e de alterações do paladar<sup>(2)</sup>.

O diagnóstico de SAB requer cuidadosa investigação diagnóstica.

A síndrome deve ser cogitada quando houver queixa clínica compatível, após exclusão de alterações locais e sistêmicas que poderiam explicar a sintomatologia<sup>(2)</sup>.

Os dados referentes à prevalência desta síndrome são muito variáveis, encontrando-se na literatura taxas de 0,7% a 18% na população adulta; existe predominância entre as mulheres e a faixa etária mais atingida é de 45 a 60 anos<sup>(3)</sup>.

Reconhecidamente, a SAB é uma doença de difícil diagnóstico.

Geralmente os pacientes se queixam de dor e alteração de paladar.

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP)<sup>(4)</sup>, os sintomas devem ter duração contínua de pelo menos quatro meses, para que se possa fazer o diagnóstico de SAB.

O início da sintomatologia geralmente é espontâneo ou pode se relacionar com eventos anteriores, como tratamentos odontológicos, lesões da mucosa oral ou doenças sistêmicas.

O local mais frequentemente afetado é a língua, seguindo-se os lábios, mucosa jugal, gengiva e palato<sup>(2)</sup>.

Alguns pacientes podem apresentar ageusia ao sabor amargo e ácido, podendo ocorrer nesses pacientes alteração de função tireoidiana<sup>(5)</sup>.

Foram descritas alterações psicológicas relacionadas à SAB, como depressão, ansiedade, somatização, hipocondria e cancerofobia<sup>(2)</sup>.

A etiologia da doença é desconhecida, sendo classificada como idiopática.

Atualmente, é classificada como uma doença neuropática.

Acredita-se que ocorra desinibição trigeminal a partir do comprometimento do nervo corda do tímpano, ramo do nervo facial responsável pela aferência gustativa. A interação entre os sistemas do paladar e da dor é regulada por interneurônios presentes no sistema nervoso central<sup>(6)</sup>.

Os estímulos excitatórios ou inibitórios gerados nas terminações nervosas gustativas são enviadas ao encéfalo; os provenientes dos dois terços anteriores da língua são transmitidos pelo nervo corda do tímpano, e os da região mais posterior, pelo nervo glossofaringeo. Anormalidades relacionadas ao nervo corda do tímpano poderiam gerar desinibição dos nervos trigêmeo e glossofaringeo, intensificando sensações somatossensitivas como dor, sensação táctil e secura bucal<sup>6</sup>.

Anormalidades gustativas e sensitivas são fatores que podem caracterizar a SAB como dor neuropática.

Não foram observadas alterações na concentração de substância P e do peptídio relacionado ao gene da calcitonina, mas foi encontrada deficiência de neurocinina-A nos pacientes com SAB<sup>7</sup>.

Os autores de um relato brasileiro<sup>8</sup> sugerem que as condições que devem ser excluídas para o diagnóstico de SAB são a xerostomia, a irritação da mucosa oral por próteses dentárias, a candidíase oral, outras infecções ou lesões orais, doenças gástricas, câncer bucal e doenças reumatológicas.

Concluindo, pode-se afirmar que a queixa de ardência bucal é muito frequente entre pacientes que procuram atendimento médico, inclusive na área de reumatologia, que o diagnóstico de SAB deve sempre ser lembrado nos casos com critérios clínicos para esse diagnóstico, e que a utilização de fármacos indicados para dor neuropática deve ser tentada, após cuidadosa exclusão de outras causas, inclusive com avaliação odontológica em todos os pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Grushka M. Clinical features of burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1987;63:30-6.
2. Lopes-Jornet P, Camacho-Alonso F, Andujar-Mateos P, Sánchez-Siles M, Gómez-García F. Burning mouth syndrome: an update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15:562-8.
3. Lamey PJ. Burning mouth syndrome. *Dermatol Clin*. 1996;14:339-54.
4. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Seattle, WA:IASP Press; 1994.
5. Femiano F, Gombos F, Espósito V, Nunziata M, Scully C. Burning mouth syndrome (BMS): evaluation of thyroid and taste. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006;11:E22-5.
6. Bartoshuk L. Clinical evaluation of the sense of taste. *Ear Nose Throat J*. 1989;68:331-7.
7. Boras W, Savage NW, Brailo V, Lukac M, Alajbeg IZ. Salivary and serum levels of substance P, neuropeptide Y and gene related peptide in burning mouth syndrome. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15:E427-31.
8. Nasri C, Teixeira MJ, Formigoni G, Heir G, Siqueira JT. Burning mouth complaints: clinical characteristics of a Brazilian sample. *Clinics (São Paulo)*. 2007;62:561-6.

## FIBROMIALGIA: COMO ESTAMOS?



EDUARDO DOS SANTOS PAIVA\*

Professor assistente, reumatologia. Chefe do Ambulatório de Fibromialgia do HC-UFPR

\* O autor participa do *board* e é *speaker* das companhias Lilly e Pfizer.

O teor deste artigo é de responsabilidade do autor e não representa a opinião ou posição da Comissão de Dor, Reumatismo de Partes Moles e Fibromialgia da Sociedade Brasileira de Reumatologia.

Sempre que leio a introdução de um artigo sobre fibromialgia (FM) e invariavelmente aparecem frases como “é uma doença de causa desconhecida”, “embora os mecanismos não estejam elucidados”, “alguns discutem se é uma síndrome real”, não consigo deixar de pensar quantos pacientes com essa doença misteriosa eu vejo no meu dia a dia, no consultório, no Ambulatório de Fibromialgia na Universidade Federal do Paraná e mesmo no ambulatório de pacientes novos. Como todos estes pacientes apresentam as mesmas queixas, expressam seu sofrimento da mesma maneira, descontando, é claro, o “colorido” próprio de cada um. Seria impossível que todos tivessem combinado de dizer a mesma coisa! – e isso acontecia antes também, mesmo quando a internet não existia e a informação não era tão facilmente disseminada. Quanto à causa, realmente ainda não a temos, como não temos a da artrite reumatoide (AR) ou do lúpus. Quanto aos mecanismos, dizer que eles não estão elucidados é ignorar uma plethora de artigos dos últimos 30 anos.

Jornada interessante é esta da FM, e me orgulho de fazer parte dela. De uma condição tida como psicossomática, depois como uma “síndrome do espectro afetivo” e agora uma condição dolorosa crônica, em que somos capazes de enxergar o cérebro destas pessoas no momento em que sentem dor, e como elas processam esta dor. Em certo momento de minha vida como acadêmico de medicina quis ser neurocirurgião, pois adorei a neuroanatomia, mas odiei o centro cirúrgico, e no final me apaixonei pela clínica médica. Mal sabia eu que iria voltar a estudar neurofisiologia, neuroanatomia e que palavras como córtex neurosensorial primário (onde a dor é caracterizada em sua intensidade e localização), giro do cíngulo ante-

rior (onde o desprazer emocional da dor é processado) e ínsula (que evoca memórias de dores no passado) fariam parte das palestras que eu faço.

Valeu e vale a pena aguentar a ironia dos colegas: “Isso não existe”, “Como assim, gostar de fibromialgia?”, “Essa paciente é para o Eduardo”, “Ambulatório de fibro, sério?!”. Como diz o colega José Eduardo Martinez, a fibro nos faz melhores reumatologistas e clínicos. Não sei se eu perguntaria tanto sobre a dor, sobre fadiga, sobre o sono, sobre o bem-estar psicológico dos meus pacientes com AR e lúpus, se não fosse pela FM. Acho que os pacientes apreciam isto, esta visão mais global, que, pelo menos para mim, foi o dia a dia com pacientes com FM que trouxe. Sem contar que a falha em identificar a FM em pacientes com outras condições pode levar a falsas avaliações, como a Aline Ranzolin tão bem demonstrou na AR<sup>(1)</sup>.

Outro fato divertido acontece quando outros pensam que por ser um “especialista” na área da fibromialgia, devo ser uma pessoa aberta a tratamentos alternativos, transcendenciais, pois uma condição tão esotérica como a FM tem que ser alvo desses tratamentos. Muitos me procuram para “fazer um estudo” com isto ou aquilo nos pacientes com FM. Mal sabem que sou um céitico de carteirinha, que para mim não existe medicina alternativa, existe o que é provado e o que não é provado através do método científico. Peneirar a literatura para encontrar artigos de qualidade em um assunto como a FM é um exercício constante de análise crítica, de discernimento e de defesa da melhor ciência possível, especialmente quando se trata de divulgar a informação em artigos como este ou em aulas. Mas as terapias não provadas não devem desistir – de maneira um tanto irônica, o primeiro artigo

sobre FM publicado no prestigioso *New England Journal of Medicine* foi sobre o impacto de um tratamento “alternativo”, de Tai-Chi, na FM<sup>(2)</sup>. Isso demonstra dois pontos importantes: primeiro, a atividade física é vista pela maioria dos experts como fundamental para pacientes com FM, e, segundo, tudo o que é utilizado na FM pode ser estudado de maneira séria e científica.

E como está a fibromialgia hoje? O que temos de novidades? Podemos começar com as novas propostas de critérios diagnósticos<sup>(3)</sup>, que retiraram os *tender points* e valorizaram as queixas de dor, de alteração do sono, da piora cognitiva, de fadiga e de sintomas somáticos múltiplos. Ponto positivo: incluiu queixas muito típicas, muito úteis na avaliação e planejamento terapêutico dos pacientes com FM, e que antes não eram contempladas. Ponto negativo: os novos critérios dão a sensação de que não é mais necessário examinar os pacientes, o que obviamente não é verdade – pois uma das condições básicas dos novos critérios é que outros diagnósticos sejam excluídos, e isso só é possível mediante exame físico. De minha parte, vou continuar palpando os *tender points*, talvez não todos (a não ser em pesquisa clínica), pois me fornecem uma ideia do limiar doloroso.

Quanto à fisiopatologia, cada vez mais se define a FM como um processo onde existe uma sensibilização central à dor. Isto já é provado de maneira bioquímica e por imagem funcional. Muito do que se encontra em pacientes com FM, como as alterações do sono, do humor, e até endócrinas são mais provavelmente decorrentes da dor do que sua causa. Revisar o que é a sensibilização central não é o foco aqui, mas basta dizer que nosso sistema nervoso não é estático, e sim apresenta alta plasticidade – no caso da FM, amplificando impulsos dolorosos e com uma ineficiência nos mecanismos endógenos de controle da dor<sup>(4)</sup>. Outra vez a FM colaborou com a reumatologia; reconhece-se hoje que este processo acontece em outras condições dolorosas, como a osteoartrite e a lombalgia crônica. Este reconhecimento levou ao uso de medicações utilizadas inicialmente na FM, como auxiliares no alívio destas outras condições dolorosas<sup>(5)</sup>.

No tratamento, vivemos um momento interessante – pela primeira vez, temos medicações aprovadas para o tratamento da fibromialgia – duloxetina e pregabalina. Estas medicações foram testadas com estudos de boa qualidade, e vão ao encontro do que se conhece da fisiopatologia até agora. Elas permitem uma abordagem mais racional na terapêutica, e conquistaram uma posição de

drogas “âncora”, que podem ser iniciadas no momento do diagnóstico<sup>(6)</sup>. Desta maneira, ao invés de utilizarmos uma medicação para cada grande domínio da FM: dor, sono e alterações de humor, podemos agir em mais de um domínio por vez. Dito de uma maneira bem simplista, a duloxetina age mais na dor e no humor, e a pregabalina na dor e no sono. As drogas que tradicionalmente eram usadas, como tricíclicos e outras medicações para o sono e analgésicos, podem ainda ser utilizadas nos sintomas residuais. A Comissão de Dor, Reumatismo de Partes Molles e Fibromialgia da SBR, capitaneada pelo Roberto Heymann, avaliou cuidadosamente a evidência científica por trás de cada medicação usada na FM<sup>(7)</sup>.

Mas mesmo com estes avanços, os desafios na vida real são muitos. Os pacientes com FM são extremamente sensíveis a efeitos colaterais de medicações, e muitas vezes têm dificuldade em perceber o ganho que a medicação traz, fixando-se muito nos efeitos deletérios. Isso é especialmente importante se o paciente e médico veem a droga como um fim, e não como um meio. Isso pode ser minimizado se o foco do tratamento não for a mudança de intensidade da dor, e sim a mudança de qualidade de vida. Tenho uma experiência com um questionário de qualidade de vida na FM, o FIQ. Todo paciente responde ao FIQ antes de entrar na consulta. Muitas vezes, mostro ao paciente que relata não estar melhorando nada como o escore do questionário vem caindo em consultas consecutivas, mesmo que a percepção da intensidade da dor continue a mesma.

Para que a “mágica aconteça”, isto é, essa mudança de qualidade de vida ocorra, os avanços farmacológicos não são suficientes. As medicações, como já mencionado, devem ser um meio, não um fim. Elas devem facilitar para que o paciente engaje-se no principal tratamento da FM, que é a atividade física programada. Não se sabe ao certo porque o exercício funciona na FM, mas a maioria dos pacientes que consegue atingir uma prática regular de algum exercício aeróbico e de alongamentos atinge um equilíbrio bastante satisfatório com relação a seus sintomas.

Como nas medicações, os pacientes também são sensíveis aos “efeitos colaterais” dos exercícios, e devem começar devagar, se necessário com apoio medicamentoso intensivo no início da programação. Médicos deveriam passar o mesmo tempo discutindo a prática de exercícios que aquele despendido discutindo medicações. Desnecessário dizer que as escolas médicas não valorizam o

ensino da prescrição de exercícios, e é aqui que a interdisciplinaridade é fundamental. Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e educadores físicos têm muito que nos ensinar – é só estar disposto a ouvir e trabalhar em conjunto.

O tratamento não farmacológico da FM não se restringe à prática de exercícios. Anormalidades do *coping* (enfrentamento) destes pacientes são um desafio, e colaboram muito com a dificuldade que muitos profissionais têm de atender a estes pacientes. Existe um alto grau de catastrofização (fenômeno do “copo meio vazio, ao invés de meio cheio”), uma procura excessiva por apoio externo (“ninguém me entende”), grande antecipação da dor (“como vou fazer exercício com tanta dor?”). É necessário compreender que a dor crônica gera respostas emocionais diferentes das geradas pela dor aguda, e que, assim como a dor afeta a cognição e o comportamento, o paciente pode ser ensinado a “contra-atacar”. A terapia cognitivo-comportamental, infelizmente não amplamente disponível, tem sido uma aliada nesta tarefa.

Não é necessário que o profissional esteja em um centro terciário, com todos os profissionais necessários no mesmo ambiente, para aperfeiçoar o tratamento da FM. O profissional no consultório pode e deve montar uma rede com pessoas que estejam aptas para tratar pacientes com FM, e trocar informações sempre que possível, para o ganho de todos: profissionais de saúde e principalmente do paciente<sup>⑧</sup>.

Nós, reumatologistas, somos famosos por lidar com doenças complexas, muitas vezes com potencial de incapacidade ou de letalidade, mas a fibromialgia destaca-se como uma das que mais cobra disposição do profissional. No Ambulatório de Fibromialgia da UFPR, nota-se isso nos rostos dos residentes no final da manhã. Vários perguntam: “Mas estes pacientes melhoraram um dia?”. Essa é uma resposta complicada. A literatura aponta que cerca de 50% dos pacientes continuam com o mesmo nível de dor depois de cinco anos de tratamento, mas que a qualidade de vida melhora em 70% deles. Os pacientes de centro terciário, especialmente no serviço público, são muito mais difíceis. Existe uma taxa maior de comorbidades psiquiátricas graves, uma situação social muito ruim e um alarmante nível de compensação terciária (afastamento do trabalho e ganho pela Previdência). Este último leva a um dilema constante: embora seguramente o paciente com FM apresente um grau de dificuldade para o trabalho, o afastamento e o ganho previdenciário são extremamente deletérios para a evolução do quadro. Infelizmente, nosso sistema previdenciário é falho, permissivo em excesso e não valoriza a reabilitação, o que dificulta muito a volta do paciente à força de trabalho. Em meu ponto de vista, a única opção é que o profissional faça o possível para convencer o paciente de que este não é o melhor caminho para a sua condição e tentar mantê-lo em atividade, auxiliando-o com suas dificuldades do dia a dia.

## REFERÊNCIAS

1. Ranzolin A, Brenol JC, Bredemeier M, et al. Association of concomitant fibromyalgia with worse disease activity score in 28 joints, health assessment questionnaire, and short form 36 scores in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2009;61(6):794-800.
2. Wang C, Schmid CH, Rones R, et al. A randomized trial of tai chi for fibromyalgia. *N Engl J Med.* 2010;363(8):743-54.
3. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010;62(5):600-10.
4. Clauw DJ. Fibromyalgia: update on mechanisms and management. *J Clin Rheumatol.* 2007;13(2):102-9.
5. Chappell AS, Ossanna MJ, Liu-Seifert H, et al. Duloxetine, a centrally acting analgesic, in the treatment of patients with osteoarthritis knee pain: a 13-week, randomized, placebo-controlled trial. *Pain.* 2009;146(3):253-60.
6. Boomershine CS, Crofford LJ. A symptom-based approach to pharmacologic management of fibromyalgia. *Nat Rev Rheumatol.* 2009;5(4):191-9.
7. Heymann RE, Paiva ES, Helfenstein M Jr, et al. Brazilian consensus on the treatment of fibromyalgia. *Rev Bras Reumatol.* 2010;50(1): 56-66.
8. Paiva ES, Jones KD. Rational treatment of fibromyalgia for a solo practitioner. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2010;24(3):341-52.

# TOP 10

## 1. RECOMENDAÇÕES DO EULAR PARA O DEPÓSITO DE PIROFOSFATO DE CÁLCIO (DPPC). PARTE I: TERMINOLOGIA E DIAGNÓSTICO

*European League Against Rheumatism recommendations for calcium pyrophosphate deposition. Part I: terminology and diagnosis.* Zhang W, Doherty M, Bardin T, et al. Ann Rheum Dis. 2011;70:563-70

O objetivo desse estudo foi criar um consenso na terminologia e desenvolver as recomendações para o diagnóstico de doença de depósito de pirofosfato de cálcio (DPPC). Com essa finalidade, criou-se uma Força Tarefa do Eular para DPPC, constituída por 15 experts de dez países europeus. Eles concordaram nos termos e recomendações para o diagnóstico de DPPC, utilizando-se da técnica de Delphi. A evidência foi sistematicamente revisada e apresentada em termos de sensibilidade, especificidade e razão de probabilidade (RP) para enfatizar o diagnóstico; já o risco relativo (RR) foi usado para avaliar a associação. A força de recomendação (FR) foi avaliada através da escala visual analógica do Eular. Foi acordado que o termo adotado "DPPC" deve ser abrangente, incluindo a artrite por cristais de pirofosfato de cálcio, osteoartrite (OA) com DPPC e artrite inflamatória crônica de cristais de PPC. A condrocalcinose (CC) define a calcificação da cartilagem, mais comumente devido ao DPPC e detectado através de exames de imagem ou histológico. As 11 recomendações "chaves" surgiram a partir de alguns tópicos, tais como as características clínicas, exame do líquido sinovial, imagem, comorbidades e fatores de risco. O diagnóstico definitivo de DPPC requer a identificação dos cristais de PPC no líquido sinovial. Os sinais e sintomas inflamatórios de início rápido são sugestivos, mas não são definitivos de artrite aguda por cristais de PPC. A CC, evidenciada radiologicamente, não apresenta alta sensibilidade e especificidade; enquanto a ultrassonografia surge com exame de maior utilidade ( $RP=24,2$ , IC 95% 3,51-168,01) para as articulações periféricas. Dentre os fatores de risco reconhecidos para DPPC, destacaram-se a idade, OA e condições metabólicas, tais como hiperparatiroidismo primário, hemocromatose

e hipomagnesemia. Por outro lado, as formas familiares são raras. A FR variou entre 53 a 99 (máximo de 100). Os autores concluem que houve consenso quanto aos termos de DPPC, e as 11 recomendações para o diagnóstico de DPPC foram desenvolvidas a partir de evidência científica e o consenso dos experts.

## 2. RECOMENDAÇÕES DO EULAR PARA O DEPÓSITO DE PIROFOSFATO DE CÁLCIO (DPPC). PARTE II: TRATAMENTO

*European League Against Rheumatism recommendations for calcium pyrophosphate deposition. Part II: Management.* Zhang W, Doherty M, Pascual E, et al. Ann Rheum Dis. 2011; 70:571-5

O objetivo dos autores foi desenvolver as recomendações baseadas em evidência no tratamento da doença de depósito de pirofosfato de cálcio (DPPC). Um grupo multidisciplinar de desenvolvimento de *guideline*, formado por 15 experts de dez países europeus, criaram algumas propostas essenciais no tratamento da DPPC, utilizando-se da técnica de Delphi. Cada evidência de recomendação foi pesquisada sistematicamente. Quando possível, o risco relativo (RR) dos efeitos adversos foi avaliado para as individuais modalidades de tratamento. A força de recomendação (FR) foi estabelecida por meio da escala visual analógica do Eular. Nove recomendações foram sugeridas, incluindo tópicos como o tratamento geral e das crises agudas, profilaxia contra ataques agudos recorrentes e o tratamento de sintomas crônicos. Foi recomendado que o tratamento ideal contemple tanto o tratamento não farmacológico como o farmacológico. No caso da artrite aguda da DPPC, o gelo, o repouso temporário e a artrocentese combinados com a infiltração de corticoides é suficiente. Na profilaxia ou na artrite inflamatória crônica da DPPC, as medicações anti-inflamatórias não esteroidais orais associadas ao protetor gástrico e/ou uso de colchicina em baixas doses (0,5-1,0 mg/d) podem ser usadas. Outras recomendações incluíram o uso do corticóide oral ou parenteral no caso de artrite aguda de DPPC refratária a outras medidas. Na artrite inflamatória crônica

de DPPC, o uso de corticoide em baixa dose, metotrexato ou hidroxicloroquina foi proposto como terapêutica alternativa. Os casos de DPPC assintomático não necessitam de tratamento. A FR varia de 79% a 95%. Por final, os autores sugerem as nove recomendações no tratamento de DPPC associado à artrite, baseando-se no consenso de experts e na revisão sistemática da literatura. Os principais objetivos do tratamento são o alívio dos sintomas e a prevenção de crises agudas. Tratamentos modificadores da doença ainda não foram desenvolvidos e novos ensaios clínicos são necessários.

### **3. PREVALÊNCIA DE DOENÇA TIREOIDIANA AUTOIMUNE EM PACIENTES COM ESPONDILOARTROPATIAS**

*Prevalence of thyroid autoimmunity in patients with spondyloarthropathies.* Peluso R, Lupoli GA, Del Puente A, et al. J Rheumatol. 2011;38(7):1371-7

O objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência de tireoidite autoimune crônica ou tireoidite de Hashimoto (TH) em um grupo de pacientes com espondiloartrite (SpA). Foram avaliados os níveis séricos de hormônio estimulante da tireoide (TSH), tri-iodotironina e tiroxina livre, e títulos de anticorpos antitireoglobulina e antitireoperoxidase (anti-TPO) em 357 pacientes com SpA. Como grupo controle, foram recrutados 318 indivíduos saudáveis, pareados por idade. Os pacientes com SpA foram avaliados quanto à atividade de doença e a ultrassonografia de tireoide foi realizada em todos os participantes do estudo. Os índices de autoimunidade da tireoide foram significativamente mais frequentes em pacientes com SpA do que no grupo controle (24,09% vs 10,69%, respectivamente,  $p < 0,05$ ). No grupo SpA, uma maior prevalência de TH foi encontrada em pacientes com doença ativa do que naqueles com níveis baixos de atividade da doença. Também no grupo SpA, observou-se que os doentes com duração da doença acima de dois anos tinham uma maior prevalência de TH e anticorpos anti-TPO positivos em comparação aos pacientes com duração da doença menor ou igual a dois anos. A ultrassonografia detectou uma frequência significativamente maior de nódulos tireoidianos e o padrão hipoecoico em pacientes com SpA que nos indivíduos do grupo controle. Entre os pacientes com SpA, a TH e a positividade dos anticorpos anti-TPO

foram significativamente mais frequentes em pacientes com envolvimento periférico (68,6%) do que em pacientes com envolvimento axial (31,4%,  $p < 0,05$ ). Desse modo, os autores do estudo mostraram uma prevalência significativamente maior de autoimunidade tireoidiana em pacientes com SpA em comparação aos controles. A tireoidite ocorre mais frequentemente em pacientes com maior tempo de doença e doença ativa. Sugere-se que os testes de função tireoidiana devam fazer parte da avaliação clínica em pacientes com SpA.

### **4. INFECÇÕES NOS PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTêmICO: PERSPECTIVAS NA PREVENÇÃO**

*Infections in the lupus patients: perspectives on prevention.* Barber C, Gold Wayne, Fortin P. Curr Opin Rheumatol. 2011;23:358-65

As infecções são uma das principais causas de morbidade, hospitalização e óbito nos pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES). A literatura sobre infecções no LES é complexa e dificultada pela comparação entre populações diferentes, incluindo coortes ambulatoriais e hospitalizadas. O principal objetivo desse artigo de revisão foi descrever uma abordagem de triagem e a prevenção de infecções nos pacientes com LES baseando-se em evidências recentes. Na ausência de estudos definitivos sobre o uso de profilaxia de infecção no LES, os autores propõem uma estratégia sistemática na prevenção de infecções oportunistas nos paciente com LES, começando com a primeira avaliação clínica e sugerem um checklist que pode ser utilizado na identificação de pacientes com risco de infecções e no reconhecimento das oportunidades de prevenção. O checklist elaborado caracteriza-se da seguinte forma: a) vacina de influenza anual; b) vacinação pneumocócica a cada cinco anos; c) teste periódico de Papanicolaou para triagem de displasia cervical causada pelo HPV; d) teste de PPD antes de iniciar a terapia imunossupressora e o tratamento com isoniazida (INH) nos pacientes com infecção latente de TB; e) sorologia de hepatite B em todos os pacientes no início do estudo; f) sorologia de hepatite C nos pacientes com risco no início do estudo; g) sorologia de HIV nos pacientes com risco no início do estudo; h) triagem para *Strongyloides* nos pacientes de áreas endêmicas previamente ao início da terapia

imunossupressora e, no caso de infecção, tratamento com ivermectina. Há pouca evidência na literatura que apoie a profilaxia com antibioticoterapia dos pacientes com LES em uso de terapia imunossupressora na prevenção de infecção por *Pneumocystis jiroveci* ou mesmo a triagem para citomegalovírus nestes pacientes. Por fim, os autores concluem que a avaliação dos pacientes com LES com risco de alguma dessas infecções deve ser realizada na primeira consulta clínica, antes de iniciar qualquer agente imunossupressor, sendo a profilaxia planejada e adequadamente instituída.

## 5. ALTA PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO VENTRICULAR SUBCLÍNICA ESQUERDA EM PACIENTES COM ARTRITE PSORIÁTICA

*High prevalence of subclinical left ventricular dysfunction in patients with psoriatic arthritis.* Shang Q, Tam LS, Yip GW, et al. J Rheumatol. 2011;38(7):1363-70

Disfunção endotelial e aterosclerose precoce têm sido encontradas em pacientes com artrite psoriática (APs), sem fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV). Poucos estudos têm investigado o comprometimento precoce da função miocárdica na APs. Os objetivos desse estudo foram determinar a prevalência de disfunção ventricular esquerda subclínica (VE) em pacientes com APs e os principais fatores de risco relacionados à doença. Foram incluídos 94 pacientes com APs sem evidência clínica de doença cardiovascular e 63 indivíduos saudáveis. Todos foram submetidos à ecocardiografia convencional e Doppler tissular. Entre os pacientes com APs, 61 (65%) apresentaram evidência de disfunção subclínica de VE, conforme definido pela velocidade sistólica do miocárdio, sendo o pico médio (Sm) de seis segmentos basal <4,4 cm/s, E lateral ' $<11,5$  cm/s, e/ou lateral E / E' > 10. Trinta e seis pacientes (38%) apresentavam apenas disfunção diastólica, quatro (4%) tinham apenas disfunção sistólica, e 21 (22%) apresentavam ambos, disfunção sistólica e diastólica. Os pacientes com APs e disfunção subclínica VE eram mais velhos, tinham idade mais avançada ao diagnóstico da psoríase e APs, maior duração de doença, maior prevalência de hipertensão e hiperlipidemia, níveis mais elevados de creatinina sérica, e o tratamento caracterizado pela pre-

sença de mais anti-hipertensivos do que aqueles com função de VE normal. A análise de regressão multivariada mostrou que a idade ao diagnóstico da APs acima de 40 anos (OR 3,388, 95% IC 1,065-10,777, p = 0,039) e a hipertensão (OR 4,732, 95% IC 1,345-16,639, p = 0,015) foram preditores independentes de disfunção subclínica de VE. Os autores concluem que os pacientes com APs sem doença DCV estabelecida e na ausência de fatores de risco tradicionais CV têm alta prevalência de disfunção subclínica de VE.

## 6. COMBINAÇÃO DE ANGİOTOMOGRAFIA COM O ECOCARDIOGRAMA EM PACIENTES COM ESCLEROSE SISTÊMICA E SUSPEITA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

*CT pulmonary angiography combined with echocardiography in suspected systemic sclerosis-associated pulmonary arterial hypertension.* Condliffe R, Radon M, Hurdman J, et al. Rheumatology. 2011;50:1480-6

A hipertensão arterial pulmonar (HAP) é uma complicação grave da esclerose sistêmica. Embora o ecocardiograma seja largamente usado como um método de investigação inicial, o diagnóstico definitivo ainda é bastante invasivo (cateterização cardíaca direita). A proposta desse trabalho foi avaliar o valor adicional do eco associado à angiotomografia. Os dados de 89 pacientes com esclerodermia, suspeita ecocardiográfica de HAP e submetidos à angiotomo e ao estudo hemodinâmico foram analisados. Os diâmetros dos ventrículos direito (DVD) e esquerdo (DVE), bem como da artéria pulmonar (DAP), aorta ascendente (DAA) e gradiente de regurgitação tricúspide (GRT) foram mensurados pela angiotomo e este último também medido ecocardiograficamente. A razão DVD:DVE correlacionou-se mais fortemente com a resistência vascular pulmonar do que a DAP:DAA ( $r=0,63$  vs  $0,39$ ,  $p>0,001$ ). Um índice composto angiotomo/eco teve uma maior acurácia preditiva ( $AUC = 0,95$ ) do que a DAP:DAA ou o GRT pelo eco, embora o valor preditivo negativo (VPN) foi somente de 77%. Já a combinação do índice citado anteriormente com presença ou ausência do GRT pela angio elevou o VPN para 100%. Além disso, a razão DVD:DVE foi o principal fator prognóstico. Apesar das inúmeras limitações,

sugere-se que a combinação ecoangiotomo aumenta o poder diagnóstico da HAP e pode identificar outras causas potenciais de dispneia nesses pacientes.

## **7. OS DESFECHOS DO ESÔFAGO DE BARRET ASSOCIADO À ESCLEROSE SISTÊMICA: ESTUDO PROSPECTIVO COM SEGUIMENTO DE TRÊS ANOS DO GRUPO EULAR**

*Outcomes of Barret's oesophagus related to systemic sclerosis: a 3-year Eular Scleroderma Trials and Research prospective follow-up study.* Wipff J, Coriat R, Masciocchi M, et al. *Rheumatology.* 2011;50:1440-4

O esôfago de Barret (EB) é o maior fator de risco para adenocarcinoma esofágico e a esclerose sistêmica está associada a um risco maior devido ao refluxo crônico. Os principais objetivos desse trabalho foram determinar os desfechos do EB e estimar o risco de adenocarcinoma nos pacientes esclerodérmicos de um estudo prospectivo e multicêntrico ao longo de três anos. Um total de 50 pacientes com EB (40 sem e 10 com displasia) foram incluídos, e 46 deles completaram o seguimento (138 pacientes-ano). Durante o período de três anos, 4 dos 46 sujeitos (3% por ano) apresentaram displasia de alto grau, dos quais um desenvolveu adenocarcinoma cardial. A incidência desse tumor no subgrupo com displasia aumentou para 4% por ano comparado com a ausência de casos no subgrupo sem displasia avaliado inicialmente. Apesar das limitações, os autores destacaram a necessidade do monitoramento acurado dos pacientes com refluxo e ou esôfago de Barret com o intuito de estabelecer um tratamento efetivo das complicações severas.

## **8. SEGUIMENTO A LONGO PRAZO APÓS REDUÇÃO DO MICOFENOLATO DE MOFETILA DURANTE O TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO DA NEFRITE LÚPICA PROLIFERATIVA**

*Longterm follow-up after tapering mycophenolate mofetil during maintenance treatment for proliferative lupus nephritis.* Laskari K, Tzioufas AG, Antoniou A, et al. *The Journal of Rheumatology.* 2011;38:1304-8

O papel do micofenolato de mofetila (MMF) no tratamento da nefrite lúpica proliferativa tem sido cada vez mais

reconhecido. Entretanto, o risco aumentado de efeitos colaterais e uma relação custo-benefício, a longo prazo, não muito bem estabelecidos, têm gerado questões sobre qual seria o tempo ideal de uso desse fármaco em pacientes com a doença quiescente. A proposta desse estudo foi determinar o momento adequado para uma redução segura da dose do MMF durante a terapia de manutenção da nefrite proliferativa em pacientes com LES. No total, 44 sujeitos foram avaliados de forma retrospectiva e a dose do micofenolato foi reduzida empiricamente em 18 deles até a última observação. O grupo com redução da droga em até 18 meses após a remissão clínica apresentou risco de 6,3 a 6,8 vezes maior de recidiva que aquele com dose estável ( $p = 0,001$ ,  $p = 0,011$ , respectivamente). Por outro lado, os pacientes que tiveram diminuição do MMF após 18 meses não foram associados a uma taxa mais elevada de "flares". Esses dados sugerem que, no contexto da remissão renal, a redução do MMF deve ser mais lenta, ou seja, não menos que 1,5 anos, com o objetivo de manter o benefício clínico pelo maior tempo possível.

## **9. FEBUXOSTATE NA GOTA: RESPOSTA DO URATO SÉRICO NOS SUPERPRODUTORES OU SUBEXCRETORES**

*Febuxostat in gout: serum urate response in uric acid over-producers and underexcretors.* Goldfarb DS, MacDonald PA, Hunt B, et al. *Journal of Rheumatology.* 2011;38:1385-9

A hiperuricemia nos pacientes com gota pode ser decorrente da superprodução ou subexcreção de ácido úrico. Entretanto, as terapias utilizadas não são igualmente efetivas e seguras para os pacientes com doença renal. A proposta desta análise *post-hoc* foi determinar a efetividade do febuxostate, um inibidor da xantina oxidase, na redução dos níveis de ácido úrico sérico (AUS). Sujeitos adultos, com gota e  $\text{AUS} > 8 \text{ mg/dl}$  foram incluídos nesse estudo controlado e multicêntrico para receber 40 mg, 80 mg, 120 mg ou placebo dessa droga. O objetivo primário era a proporção de pacientes que atingissem  $\text{AUS} < 6 \text{ mg/dl}$  com 28 dias. De 153 pacientes, 118 (77%) eram subexcretores e 32 (21%), superprodutores. A maioria dos sujeitos alcançou o objetivo primário com todas as doses usadas. Concluiu-se que o febuxostate é altamente eficaz nos pacientes com gota, independentemente de serem super ou subexcretores.

## 10. EFICÁCIA DO RETRATAMENTO DEPRESSOR DE CÉLULAS B NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: EVOLUÇÃO

*The efficacy of repeated treatment with B-cell depletion therapy in systemic lupus erythematosus: evaluation.* Turner-Stokes T, Lu TY, Ehrenstein MR. *Rheumatology.* 2001;50:1401-8

Inúmeros estudos produziram dados sugerindo que drogas supressoras de células B, particularmente rituximabe, são efetivas no tratamento do LES ativo refratário a imunossupressão padrão. Embora a patogênese dessa doença não seja totalmente compreendida, existem evidências que os linfócitos B exerçam um papel relevante. Os objetivos principais desse trabalho foram avaliar a eficácia e segurança de ciclos repetidos do rituximabe e se o retratamento produziu uma resposta clínica mais sustentada. Ciclofosfamida 750 mg, metilprednisolona 125-50 mg e rituximabe 1 g EV foram usados como tera-

pia depressora de células B, em duas ocasiões e com um intervalo de duas semanas. A resposta clínica parcial ou completa foi baseada nos escores do Bilag (tempo médio de seguimento 58,7 meses). Um total de 18 pacientes tinha dados suficientes para uma análise detalhada. A atividade da doença foi reduzida significativamente após o primeiro ciclo, e observou-se um número mais elevado de sujeitos em remissão após o segundo ciclo (82 vs 61%, respectivamente), a qual foi mantida em 65% dos casos no 12º de avaliação. O intervalo de tempo para o aparecimento de um novo “flare” foi expressivamente mais longo após o segundo ciclo ( $p<0,001$ ) e cerca de 33% deles estavam completamente assintomáticos no momento do ciclo seguinte programado. Esse trabalho destacou a importância do retratamento com o intuito de se obter uma resposta terapêutica mais sustentada, mesmo nos pacientes que não apresentaram, inicialmente, resultado satisfatório.

# CONGRESSO ANUAL DA LIGA EUROPEIA CONTRA O REUMATISMO (EULAR)

Neste ano, durante o Eular 2011, realizado em Londres, entre os dias 25 e 28 de maio, foram apresentados inúmeros trabalhos científicos produzidos em nosso Estado. O Artrófilo traz um resumo destes estudos, parabenizando todos os autores.

## 1. ABATACEPT IN ASSOCIATION WITH TRADITIONAL DMARDS SEVERELY IMPAIRS HUMORAL RESPONSE TO PANDEMIC A H1N1 INFLUENZA VACCINATION IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

Ribeiro A<sup>1</sup>, Guedes L<sup>1</sup>, Moraes J<sup>1</sup>, Saad C<sup>1</sup>, Calich A<sup>1</sup>, Aikawa N<sup>2</sup>, Gonçalves C<sup>1</sup>, Sampaio-Barros P<sup>1</sup>, França I<sup>3</sup>, Carvalho J<sup>1</sup>, Borba E<sup>1</sup>, Timenetsky M<sup>4</sup>, Precioso A<sup>5</sup>, Duarte A<sup>6</sup>, Bonfá E<sup>1</sup>, Lau-rindo IMM<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Rheumatology; <sup>2</sup>Pediatric Rheumatology; <sup>3</sup>Division of Infectious Diseases, Hospital das Clínicas da FMUSP; <sup>4</sup>Instituto Adolfo Lutz; <sup>5</sup>Instituto Butantan; <sup>6</sup>Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo-SP, Brazil

O objetivo deste estudo foi Investigar a eficácia da vacinação contra a gripe pH1N1 na AR nos pacientes em terapia com abatacept. Onze pacientes com AR sob abatacept (RA-ABTA) foram vacinados com uma preparação adjuvante de influenza monovalente pH1N1 livre. Todos os indivíduos foram submetidos à avaliação clínica e laboratorial antes e 21 dias pós-vacinação. Concluímos que a redução marcante na resposta humorada após uma vacinação contra a gripe adjuvante livre pH1N1 em pacientes com AR e uso de abatacept não era esperada e requer mais estudos. Nesse meio tempo, atenção especial deve ser dada a estes pacientes quanto a campanhas de vacinação e para garantir a vacinação adequada antes da administração deste agente biológico.

## 2. CHLOROQUINES FOR OSTEOARTHRITIS-A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW OF CLINICAL TRIALS WITH COCHRANE METHODOLOGY

Fidelix TSDA, Trevisani VM. Brazilian Cochrane Centre, São Paulo-SP, Brazil

O objetivo desse estudo foi avaliar a eficácia e segurança da hidroxicloroquina no tratamento da osteoartrose (OA). Uma revisão sistemática da literatura foi procedida (Cochrane) e três trabalhos foram selecionados, totalizando 226 pacientes. Índice de Lequesne, contagem articular e EVA de dor foram os principais instrumentos utilizados. Além disso, hidroxicloroquina, acetominophen e placebo foram os grupos comparadores. Essa revisão mostrou uma baixa ou muito baixa evidência de ação terapêutica da hidroxicloroquina. Observaram-se inúmeros problemas metodológicos que comprometeram a credibilidade dos dados para a prática clínica, sendo necessário, portanto, estudos adicionais para melhor avaliação do perfil dos antimaláricos nessa patologia.

## 3. EPILEPSY AND BEHÇET'S DISEASE: CORTICAL AND HIPPOCAMPAL INVOLVEMENT IN BRAZILIAN PATIENTS

Dutra LA<sup>1</sup>, Braga-Neto P<sup>1</sup>, Pedroso JL<sup>1</sup>, De Souza AWS<sup>2</sup>, Gonçalves CR<sup>3</sup>, Barsottini OGP<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Neurology; <sup>2</sup>Rheumatology, Federal University of São Paulo; <sup>3</sup>Rheumatology, University of São Paulo, Brazil

O objetivo deste estudo é determinar a frequência de epilepsia em pacientes brasileiros com neuro-Behçet NBD, descrever sua clínica, achados radiológicos e eletrofisiológicos. Foram revisados 178 prontuários de pacientes com doença de Behçet (BD) e concluímos que a prevalência de epilepsia em pacientes com NBD é relativamente alta e pode ocorrer durante qualquer fase da doença. O hipocampo também pode estar envolvido na definição de meningoencefalite em NBD. Pacientes epilépticos com NBD e lesões corticais e hipocampais podem justificar a ocorrência de epilepsia.

#### 4. IMMUNOGENICITY AND SAFETY OF THE 2009 INFLUENZA A/H1N1 VACCINE IN A LARGE COHORT OF AUTOIMMUNE RHEUMATIC DISEASE

Saad C<sup>1</sup>, Borba E<sup>1</sup>, Aikawa N<sup>2</sup>, Silva S<sup>2</sup>, Pereira R<sup>1</sup>, Calich AL<sup>1</sup>, Moraes J<sup>1</sup>, Ribeiro AC<sup>1</sup>, Viana V<sup>1</sup>, Pasoto S<sup>1</sup>, Carvalho J<sup>1</sup>, França I<sup>3</sup>, Guedes L<sup>1</sup>, Shinjo S<sup>1</sup>, Sampaio-Barros P<sup>1</sup>, Caleiro MT<sup>1</sup>, Gonçalves C<sup>1</sup>, Fuller R<sup>1</sup>, Levy-Neto M<sup>1</sup>, Timenetsky MDC<sup>4</sup>, Precioso A<sup>5</sup>, Bonfá E<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Rheumatology; <sup>2</sup>Pediatric Rheumatology; <sup>3</sup>Infectious Disease, Hospital das Clínicas-FMUSP; <sup>4</sup>Instituto Adolfo Lutz; <sup>5</sup>Instituto Butantan, São Paulo-SP, Brazil

O objetivo deste estudo foi avaliar a resposta humoral e a segurança da vacina contra a influenza A H1N1/2009 em pacientes imunossuprimidos com várias doenças reumatológicas autoimunes, em comparação com pacientes saudáveis. No total, 1.668 pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES), artrite reumatoide (AR), espondilite anquilosante (EA), esclerose sistêmica (ES), artrite psoriática (AP), doença de Behçet (BD), doença mista do tecido conjuntivo (DMTC), síndrome antifosfolípide primária (SAFP), dermatomiosite (DM), síndrome de Sjögren primária (PSS), arterite de Takayasu (AT), polimiosite (PM) e granulomatose de Wegener (WG), e 234 controles saudáveis foram vacinados e avaliados antes e 21 dias pós-vacinação. A porcentagem de soroconversão, soroproteção, e o aumento no fator de título médio geométrico (GMT) foram calculados. Acredita-se que o reconhecimento da vacina e da imunogenicidade em distintas doenças reumáticas autoimunes suporta a importância de que um reforço da dose pode ser recomendada para doenças com resposta imunossuprimida. Este grande estudo também resolve a questão da segurança das vacinas.

#### 5. IMPLICATIONS OF REDUCED SEROPROTECTION (SP) AFTER PANDEMIC H1N1 (2009) INFLUENZA ADJUVANT-FREE VACCINATION IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS ON ACTIVE SYSTEMIC TREATMENT (CLASSICAL AND BIOLOGIC DMARDS)

Ribeiro A<sup>1</sup>, Guedes L<sup>1</sup>, Moraes J<sup>1</sup>, Saad C<sup>1</sup>, Aikawa N<sup>2</sup>, Calish A<sup>1</sup>, França I<sup>3</sup>, Gonçalves C<sup>1</sup>, Sampaio-Barros P<sup>1</sup>, Carvalho J<sup>1</sup>, Borba E<sup>1</sup>, Timenetsky M<sup>4</sup>, Precioso A<sup>5</sup>, Duarte A<sup>6</sup>, Bonfa E<sup>1</sup>, Laurindo IMM<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Rheumatology; <sup>2</sup>Pediatric Rheumatology; <sup>3</sup>Division of Infectious Diseases, FMUSP – Universidade de São Paulo; <sup>4</sup>Instituto Adolfo Lutz; <sup>5</sup>Instituto Butantan; <sup>6</sup>FMUSP – Universidade de São Paulo, Brazil

O objetivo deste estudo foi avaliar a curto prazo a segurança, eficácia e o efeito da vacina anti-H1N1 sobre a atividade da doença em pacientes com AR em clássica terapia, com DMARD e biológico. Os pacientes adultos com AR em acompanhamento regular e tratamento, e indivíduos saudáveis (grupo controle) receberam vacinação H1N1 em nosso hospital. Avaliação da atividade da doença (DAS28) foi realizada em todos os pacientes e amostras de sangue foram colhidas no início do estudo e 21 dias após a vacinação de todos os indivíduos. Sobre a influência da vacinação sobre a atividade da doença, apenas nove pacientes (2,6%) relataram piora dos sintomas, com média do DAS 28 de 5,15. A vacinação foi bem tolerada por todos, sem eventos adversos graves, embora um número maior de indivíduos no grupo de pacientes tenha relatado mais eventos adversos. Pacientes com AR e em uso de MTX apresentaram menores taxas de soroproteção ao H1N1. O objetivo desse estudo foi avaliar a resposta humoral e a segurança da vacina contra a influenza A H1N1/2009 em pacientes imunossuprimidos com várias doenças reumatológicas autoimunes, em comparação com pacientes saudáveis. A segurança da vacina foi confirmada e agentes anti-TNF não interferiram na resposta imune.

#### 6. MOBILITY AND DISEASE ACTIVITY BUT NOT AEROBIC CAPACITY RELATE TO FUNCTIONAL DISABILITY IN ANKYLOSING SPONDYLITIS

Jennings F, Oliveira HA, De Sousa MC, Cruz VG, Natour J. Rheumatology, Federal University of São Paulo, Brazil

O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre variáveis clínicas, mobilidade, atividade da doença, capacidade aeróbica e incapacidade funcional em pacientes com espondilite anquilosante (EA). Trinta pacientes com EA sem doença cardiopulmonar foram avaliados. A mobilidade foi medida utilizando o Basmi e a atividade da doença foi avaliada utilizando o Basdai. Níveis de PCR e VHS foram medidos. O Basfi foi utilizado para avaliar a incapacidade funcional. A capacidade aeróbica foi avaliada através de um protocolo de teste cardiopulmonar incrementado por exercício em esteira. Além disso, o teste de caminhada de seis minutos foi aplicado. O estudo mostrou que a atividade de mobilidade é a mais importante determinante de incapacidade funcional em pacientes com EA. As descobertas sugerem que o controle adequado da inflamação e intervenções para evitar a rigidez articular são necessários para prevenir a deficiência da EA.

## 7. PANDEMIC INFLUENZA A (H1N1) 2009 VACCINE: LOW RATE OF SEROCONVERSION AFTER VACCINATION IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Borba EF<sup>1</sup>, Saad CG<sup>1</sup>, Calich AL<sup>1</sup>, Pasoto SG<sup>1</sup>, Viana VS<sup>1</sup>, Ribeiro ACM<sup>1</sup>, Moares JC<sup>1</sup>, Fuller R<sup>1</sup>, Goncalves CR<sup>1</sup>, Guedes LK<sup>1</sup>, Costa LP<sup>1</sup>, Timenetsky MDCS<sup>2</sup>, Precioso AR<sup>3</sup>, Bonfá E<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Rheumatology Division, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>2</sup>Instituto Adolfo Lutz; <sup>3</sup>Instituto Butantan, São Paulo-SP, Brazil

Este estudo tem como objetivo avaliar a eficácia e a segurança de uma vacina com um único fragmento viral, inativado, de H1N1 no lúpus eritematoso sistêmico (LES). No total, 173 pacientes com LES (critérios ACR) de um único centro terciário e 159 saudáveis pareados por idade foram imunizados com a vacina contra a gripe H1N1. Efeitos adversos pós-vacinais foram analisados. Antes da vacinação, oito (4,6%) pacientes e 20 (11,1%) controles ( $p = 0,01$ ) apresentaram um título de HAI de 1:40, e 21 dias após a vacinação 115 (66,4%) pacientes e 136 (85,5%) controles ( $p = 0,0001$ ) apresentaram um título de HAI de 1:40. A vacina contra a pandemia é segura em pacientes com LES, independentemente da atividade da doença, mas a soroconversão é menor do que em indivíduos saudáveis, particularmente em pacientes sob terapia MMF. Mais estudos são necessários para determinar se uma segunda dose irá aumentar a taxa de soroconversão.

## 8. PERIODONTAL DISEASE HAMPERS ANTI-TNF TREATMENT RESPONSE IN RHEUMATOID ARTHRITIS

Savioli C<sup>1</sup>, Fabri GM<sup>1</sup>, Ribeiro ACM<sup>2</sup>, Calich AL<sup>2</sup>, Moraes JC<sup>2</sup>, Saad CG<sup>2</sup>, Carvalho JF<sup>2</sup>, Silva C<sup>3</sup>, Bonfá E<sup>2</sup>, Siqueira JT<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Dentistry Division; <sup>2</sup>Rheumatology Division; <sup>3</sup>Pediatric Rheumatology Unit, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brazil

Os objetivos desse trabalho foram avaliar o efeito da terapia anti-TNF na doença periodontal (DP) e sua possível associação com a resposta ao tratamento da artrite reumatoide (AR). No total, 18 sujeitos foram evoluídos antes e após seis meses de uso de infliximabe ( $n=15$ ), adalimumabe ( $n=2$ ) e etanercepte ( $n=1$ ). Dentre outros resultados, observou-se que, ao contrário dos pacientes com DP, aqueles sem DP apresentaram melhora significante da atividade da AR (DAS 28 5.3 vs. 3.7,  $p=0.021$ ). Este

estudo suporta a ideia de que uma doença periodontal subjacente afeta a eficácia dessa classe de drogas em pacientes com AR e isso é bastante relevante, pois é uma condição tratável.

## 9. PILATES TO TREAT CHRONIC NON-SPECIFIC LOW BACK PAIN

Natour J, Baptista AS, Ribeiro LHC, Cazotti LDA, Jones A. Rheumatology Division, Federal University of São Paulo, Brazil

O objetivo desse estudo foi avaliar a efetividade de um programa de Pilates na lombalgia crônica não específica, considerando os seguintes aspectos: dor, função, qualidade de vida e consumo de AINHs. Durante 90 dias, 60 pacientes participaram de um programa experimental (duas vezes por semana) ou de um grupo controle (tratamento farmacológico de rotina). Melhoras nos escores de dor ( $p<0,001$ ), Roland Morris ( $p=0,001$ ) e alguns domínios do SF-36 (capacidade funcional  $p=0,046$ , dor  $p=0,010$  e vitalidade  $p=0,029$ ), bem como diminuição da ingestão de AINHs ( $p=0,001$ ) foram observados no grupo "ativo". Esses dados sugerem o papel relevante dessa modalidade no manejo da dor lombar crônica inespecífica.

## 10. PREDICTORS OF OUTCOME RELATED TO INTRA-ARTICULAR INJECTION (IAI) IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS (RA): A PROSPECTIVE ANALYSIS

Furtado RNV, Machado FS, Luz KR, Lopes RV, Santos MF, Konai MS, Natour J. Rheumatology Division, Federal University of São Paulo, Brazil

Os objetivos desse estudo foram identificar as variáveis clínicas relacionadas a melhor ou pior resposta a curto e médio prazos em pacientes com artrite reumatoide submetidos à infiltração intra-articular (IIA) com hexacentonido de triancinolona (HT). Dos 289 sujeitos, monoinfiltração ocorreu em 175 (60.55%), pauci-infiltração em 68 (23.53%) e poli-infiltração em 46 (15.92%). Análise individual dos preditores de desfechos mostrou que as variáveis relacionadas a melhor resposta (>70%) foram: metacarpofalangeanas seguidas pelo joelho e classe funcional 2. Entretanto, variáveis associadas à melhora <20% e >70%, concomitantemente, foram: dose maior de HT, dose total de HT mais elevada e infiltração poliarticular.

## 11. PREVALENCE AND CLINICAL FEATURES OF METABOLIC SYNDROME IN JUVENILE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Sinicato NA<sup>1</sup>, Longhi BS<sup>2</sup>, Peres FA<sup>1</sup>, Peliçari KO<sup>1</sup>, Postal M<sup>1</sup>, Marini R<sup>2</sup>, Appenzeller S<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Medicine; <sup>2</sup>Pediatrics, State University of Campinas, Campinas-SP, Brazil

A proposta desse trabalho foi analisar a prevalência e as características clínicas e laboratoriais da síndrome metabólica (Smet) associada ao lúpus eritematoso sistêmico juvenil (LESJ). Um total de 51 pacientes, selecionados de uma coorte longitudinal, e igual número de controles foi submetido a avaliações pré-determinadas. A Smet foi definida e monitorizada de acordo com as diretrizes da SBC (Sociedade brasileira de Cardiologia). Mostrou-se que os sujeitos com LESJ tiveram uma maior prevalência de Smet do que a população geral (9 LESJ e 1 controle). Adicionalmente, a atividade da doença foi a única característica associada a essa síndrome, em que foi observada uma correlação significante entre os escores do Sledai, ao longo do tempo, e a prevalência da Smet. Portanto, parece ser bastante relevante a investigação dessa condição nos pacientes com LESJ, já que é conhecido o risco mais elevado de doença coronariana na síndrome metabólica.

## 12. QUALITY APPRAISAL OF CLINICAL PRACTICE GUIDELINES ON THE USE OF PHYSICAL THERAPY IN RHEUMATOID ARTHRITIS: A SYSTEMATIC REVIEW

Hurkmans E<sup>1</sup>, Jones A<sup>2</sup>, Li L<sup>3</sup>, Vliet Vlieland T<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Department of Rheumatology, Leiden University Medical Center, Leiden, Netherlands; <sup>2</sup>Department of Physical Therapy, Federal University of São Paulo, Brazil; <sup>3</sup>Department of Physical Therapy, University of British Columbia, Vancouver, Canadá; <sup>4</sup>Department of Rheumatology and Orthopaedics, Leiden University Medical Center, Leiden, Netherlands

As principais propostas desse trabalho foram identificar e revisar as diretrizes disponíveis para o manejo da terapia física no tratamento da artrite reumatoide (AR), bem como a qualidade dessas recomendações, utilizando o instrumento Agree (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*). Uma revisão de literatura selecionou, de 2.020 citações, oito "guides" baseados em evidências, mas somente seis preencheram os critérios pré-estabe-

leidos. Modalidades como *Tens* (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*), termoterapia e ultrassom foram discutidas escassamente nas citações. Entretanto, exercícios e educação do paciente foram as intervenções mais fortemente recomendadas e deveriam ser consideradas no manejo da AR.

## 13. REGULAR EXERCISE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: IS THERE ANY EFFECT IN THE FUNCTIONAL CAPACITY AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE?

Souza FMB<sup>1</sup>, Farias FF<sup>1</sup>, Kieling I<sup>1</sup>, Carmo CM<sup>1</sup>, Ide M<sup>2</sup>, Gonzalez-Gay M<sup>3</sup>, Liorca J<sup>4</sup>, Laurindo IMM<sup>5</sup>, Tanaka C<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Physiotherapy, Communication Science and Disorders, Occupational Therapy, University of São Paulo; <sup>2</sup>State University of Oeste do Paraná, Cascavel, Brazil; <sup>3</sup>Hospital Xeral-Calde, Lugo; <sup>4</sup>Epidemiology and Computational Biology, University of Cantabria, Santander, Spain; <sup>5</sup>Rheumatology, Intern Medicine, University of São Paulo, Brazil

O objetivo desse estudo foi verificar a relação entre a capacidade funcional, bem como um autorrelato de qualidade de vida relacionada com a prática de exercício físico regular em pacientes com artrite reumatoide (AR). Um total de 134 pacientes diagnosticados com AR foi recrutado e dividido em dois subgrupos: prática de exercícios regulares e não regulares. Foram utilizados HAQ e SF-36 para avaliar a capacidade funcional e a qualidade de vida. Dados com distribuição normal foram analisados utilizando *t-student*. Dados com distribuição não paramétrica foram analisadas por Mann-Whitney. O exercício regular mostrou um impacto positivo na capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes com AR. Estimular a prática de exercício físico regular pode ser útil para a melhora da função nestes pacientes.

## 14. RHEUMATOLOGISTS ARE CONSIDERABLY MORE LIKELY TO COLLECT QUANTITATIVE DATA FROM LABORATORY TESTS THAN FROM A JOINT COUNT OR PATIENT SELF-REPORT QUESTIONNAIRE IN USUAL CARE OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Pincus T<sup>1</sup>, Hamburger M<sup>2</sup>, Mysler E<sup>3</sup>, Fanti L<sup>4</sup>. <sup>1</sup>NYU Hospital for Joint Diseases, New York, NY; <sup>2</sup>RALI, Port Jefferson Station, NY, United States; <sup>3</sup>OMI, Buenos Aires, Argentina; <sup>4</sup>BMS, São Paulo-SP, Brazil

Os objetivos desse trabalho foram analisar a probabilidade de inclusão de questionários autoaplicados, contagem articular (28) ou testes laboratoriais de pacientes com artrite reumatoide (AR) por 127 reumatologistas latino-americanos. Observou-se que esses profissionais tendem muito mais a coletar dados quantitativos provenientes de laboratório do que proceder à avaliação articular e considerar questionários que avaliam a doença do ponto de vista do paciente. Entretanto, os dois últimos são, de longe, mais relevantes em estabelecer o prognóstico AR severa (incapacidade ocupacional e mortalidade). Os autores propõem que programas educacionais possam reforçar o uso mais rotineiro do exame articular e dos questionários.

## **15. THE MECHANISM OF ACTION OF BELIMUMAB, A BLYS-SPECIFIC INHIBITOR, IS CONSISTENT WITH BIOMARKER AND VACCINE RESULTS FROM THE PHASE 3 BLISS STUDIES**

Hiepe F<sup>1</sup>, Stohl W<sup>2</sup>, Scheinberg M<sup>3</sup>, Tegzova D<sup>4</sup>, Pasquali J<sup>5</sup>, Doria A<sup>6</sup>, Zhong Z<sup>7</sup>, Hough D<sup>7</sup>, Migone T<sup>7</sup>, Freimuth W<sup>7</sup>, Chatham W<sup>8</sup>, BLISS-52 and BLISS-76 Study Groups. <sup>1</sup>Charité Universitätsmedizin, Berlin, Germany; <sup>2</sup>USC Keck School of Medicine, Los Angeles, California, United States; <sup>3</sup>Hospital Abreu Sodré Pesquisa Clínica, São Paulo, Brazil; <sup>4</sup>Institute of Rheumatology and Rheumatologic Clinic, Prague, Czech Republic; <sup>5</sup>Nouvel Hôpital Civil – Medecine Interne et Immunologie Clinique, Strasbourg, France; <sup>6</sup>University of Padova, Italy; <sup>7</sup>Human Genome Sciences, Inc., Rockville, Maryland; <sup>8</sup>UAB Division of Clinical Immunology and Rheumatology, Birmingham, Alabama, United States

A proposta desse trabalho foi determinar o efeito da neutralização terapêutica do BLyS solúvel, baseado nos parâmetros imunológicos, em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES) incluídos nos estudos Bliss. Um total de 1.684 participantes, soropositivos (FAN e/ou anti-DNA) e com Selena-Sledai ≥ 6, receberam

belimumab 1,10 mg/kg ou placebo associados à terapia padrão. O tratamento com essa droga levou a uma redução rápida, significante e sustentada dos autoanticorpos (anti-DNA: placebo, 6,8%; belimumab 1 mg/kg, 15% e 10mg/kg, 16%), da hipergamaglobulinemia e normalização dos complementos (C3: 17% com placebo vs 26,4% e 38,1% com belimumab 1 e 10 mg/kg, respectivamente). Esses achados, juntamente com a diminuição seletiva de subtipos de linfócitos B com meia-vida curta e a manutenção dos títulos de anticorpos de imunizações de rotina são consistentes com o mecanismo de ação do belimumab.

## **16. TREATING TO TARGET IN REAL LIFE – IS REMISSION A VIABLE GOAL IN LONG-STANDING RHEUMATOID ARTHRITIS?**

Favarato MH, Guedes LKN, Moraes J, Ribeiro AC, Sampaio-Barros PD, Gonçalves CR, Laurindo IMM. Rheumatology Division, University of São Paulo, Brazil

Os objetivos de estudo foram avaliar a presença e a duração do estado de remissão, definidos pelos DAS28 > 2,6 ou novo critério do ACR/Eular, numa coorte de 336 pacientes com artrite reumatoide (AR). Todos os participantes receberam tratamento padrão de acordo com as diretrizes nacionais e um protocolo pré-estabelecido. Em relação às DMARDs, o metotrexate foi a droga mais usada (64,2%), seguida pela cloroquina (43,2%) e leflunomide (33,4%). Já 36,7% dos pacientes estavam recebendo anti-TNFs, 13,4% tocilizumabe, 13,4% rituximabe e 3,4% abatacepte. Remissão sustentada de 12 e 24 meses foram alcançadas por somente 8,9% e 3,5% dos sujeitos, respectivamente. As taxas de remissão pelo DAS28, em concordância com a literatura, foram de 26,5%. Por outro lado, quando se aplicou o novo critério do ACR/Eular, as mesmas taxas foram significativamente reduzidas (8,6%), levando os autores a recomendar esse instrumento para a monitorização a longo prazo da AR.

Liberdade na hora de prescrever.<sup>1</sup>  
Liberdade na hora de usar.<sup>2</sup>



Muda o curso da  
artrite reumatoide.<sup>3</sup>

83%

dos pacientes tratados com  
leflunomida não necessitaram trocar  
o tratamento ou associar um agente biológico.<sup>4</sup>

**"A leflunomida foi recomendada em todos os estágios da doença para todos os graus de atividade, independentemente de prognósticos desfavoráveis."<sup>1</sup>**

Guidelines ACR 2008

Considere a praticidade de Arava<sup>®</sup>

Via oral



Não injetável



Não requer  
infusão



Arava<sup>®</sup> é contraindicado para mulheres grávidas. Pode ocorrer aumento das reações adversas quando associado a substâncias hepatotóxicas, incluindo álcool.

**Referências bibliográficas:** 1. Saag KG, et al. American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*. 2008; 59(6):762-84. 2. Bula do produto. 3. Sharp JT, et al. Treatment with leflunomide slows radiographic progression of rheumatoid arthritis: results from three randomized controlled trials of leflunomide in patients with active rheumatoid arthritis. Leflunomide Rheumatoid Arthritis Investigators Group. *Arthritis Rheum*. 2000 Mar;43(3):495-505. 4. Carswell CI, et al. Management of rheumatoid arthritis: defining the role of leflunomide. *Dis Manage Health Outcomes*. 2003 Sep;11(11):745-65.

**ARAVA<sup>®</sup> (leflunomida).** **INDICAÇÕES:** para o tratamento de artrite reumatoide ativa e da artrite psoriática ativa. **CONTRAINDICAÇÕES:** em pacientes com hipersensibilidade à leflunomida ou a qualquer um dos componentes da fórmula; em mulheres grávidas ou que possam vir a engravidar e não estejam utilizando métodos contraceptivos eficazes durante o tratamento ou que após o tratamento estejam com níveis plasmáticos do metabolito ativo acima de 0,02 mg/L. A gravidez deve ser excluída antes de se iniciar o tratamento. **REAÇÕES ADVERSAS:** Sistemas Gastrintestinal e Fígado: 1 a 10% dos pacientes podem apresentar diarreia, náusea, vômitos, anorexia, alterações da mucosa oral, dor abdominal, elevação dos parâmetros laboratoriais hepáticos; raramente (0,01 – 0,1%) pode ocorrer hepatite, icterícia/colestase; muito raramente (< 0,01% dos pacientes) pode ocorrer dano hepático grave, como insuficiência hepática e necrose hepática aguda, e também pancreatite. Sistema Cardiovascular: 1 a 10% dos pacientes podem apresentar elevação da pressão sanguínea. Sistema Hematológico e Linfático: 1 a 10% dos pacientes podem apresentar leucopenia; 0,1 a 1,0% dos pacientes podem apresentar anemia, trombocitopenia; Raramente 0,01-0,1% dos pacientes podem apresentar leucopenia e eosinofilia ou pancitopenia. Sistema Nervoso: 1 a 10% dos pacientes podem apresentar cefaleia, vertigem e parestesia; 0,1 a 1% dos pacientes podem apresentar distúrbios do paladar e ansiedade; muito raramente (em ≤ 0,01% dos pacientes) pode ocorrer neuropatia periférica. **Reações alérgicas, pele e anexos:** 1 a 10% dos pacientes podem apresentar reações alérgicas leves, prurido, eczema, pele ressecada, aumento da perda de cabelo; 0,1 a 1% dos pacientes podem apresentar urticária; muito raramente (em ≤ 0,01% dos pacientes) podem ocorrer reações anafiláticas/anafilactoides graves, síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica; muito raramente (em ≤ 0,01% dos pacientes) pode ocorrer vasculite, incluindo vasculite cutânea necrotizante. **Infeção:** raramente (0,01-0,1% dos pacientes) podem ocorrer infecções severas e sepsis, que pode ser fatal. **Doenças do mediastino, torácica e respiratória:** raramente (em 0,01 – 0,1% dos pacientes) pode ocorrer doença intersticial pulmonar (incluindo pneumonite intersticial), que pode ser fatal. **Outras reações:** 1 a 10% dos pacientes podem apresentar perda de peso e astenia; 0,1 a 1% dos pacientes podem apresentar hipototassemia; Pode ocorrer hiperlipidemia leve. Pequena diminuição na concentração de espermatozoide, contagem total de espermatozoide e na motilidade progressiva rápida, todas reversíveis, não podem ser excluídas. O risco de malignidade, particularmente desordens linfoproliferativas, também é conhecido por estar aumentado com o uso de alguns fármacos imunossupressores. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** Geral: devido à meia-vida prolongada do metabolito ativo da leflunomida - A771726, reações adversas podem ocorrer ou persistir mesmo após a interrupção do tratamento com leflunomida. Caso ocorra uma reação adversa grave com leflunomida, ou se por qualquer outra razão for necessário eliminar rapidamente o A771726 do organismo, deve-se iniciar a administração de colestiramina ou carvão ativado, conforme descrito no item Superdosagem, e mantê-la ou repeti-la, se clinicamente necessário. **Sistema Hepático:** deve ser utilizada com cautela em pacientes com função hepática prejudicada. O uso de leflunomida é desaconselhado em pacientes com insuficiência hepática significativa ou com doença hepática pré-existente. Deve-se monitorizar o nível de TGP antes do início do tratamento e, no mínimo, em intervalos mensais durante os seis primeiros meses de tratamento, e posteriormente, em intervalos de 6 – 8 semanas. **Sistema Imunológico e Hematopoiético:** em pacientes com anemia pré-existente, leucopenia e/ou trombocitopenia, bem como em pacientes com alteração da função da medula óssea ou naqueles que apresentam risco de supressão da medula óssea, o risco da ocorrência de reações hematológicas é aumentado. Antes do início do tratamento com leflunomida deve-se realizar hemograma completo, incluindo a contagem diferencial de leucócitos e plaquetas, bem como mensalmente nos primeiros seis meses de tratamento e posteriormente a cada 6-8 semanas. **Infeções:** medicamentos como a leflunomida podem aumentar a susceptibilidade dos pacientes às infecções, incluindo infecções oportunistas. **Gravidez:** ARAVA<sup>®</sup> é contraindicado em mulheres grávidas ou que possam vir a engravidar. Caso seja utilizado durante a gravidez, ou se a paciente vier a engravidar durante o tratamento, a mesma deve ser informada sobre os riscos potenciais para o feto. **Lactação:** estudos com animais indicam que a leflunomida e seus metabólitos são excretados no leite materno, não sendo conhecido, entretanto, se a sua excreção ocorre ou não em humanos. Não é recomendado, portanto, que lactantes amamentem seus filhos durante o tratamento com ARAVA<sup>®</sup>. **Idade:** não é necessário ajuste de dose em pacientes com mais de 65 anos de idade. A segurança e eficácia de ARAVA<sup>®</sup> na população pediátrica não foram estabelecidas, portanto o seu uso em pacientes menores de 18 anos de idade não é recomendado. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** pode ocorrer aumento das reações adversas quando do uso recente ou concomitante de ARAVA<sup>®</sup> e substâncias hepatotóxicas (incluindo álcool, hematotóxicas ou imunossupressoras). É recomendada a monitorização cuidadosa das enzimas hepáticas durante a fase inicial da substituição de leflunomida para metotrexato. Não foi observada interação farmacocinética entre a leflunomida (10 a 20 mg por dia) e metotrexato (10 a 25 mg por semana). Deve-se considerar o potencial de aumento dos níveis plasmáticos de leflunomida após administrações múltiplas em pacientes recebendo concomitantemente leflunomida e rifampicina. A administração de colestiramina ou carvão ativado provoca a diminuição rápida e significativa da concentração plasmática de A771726. A utilização de vacinas ativas é desaconselhada. A meia-vida prolongada da leflunomida deve ser considerada quando da administração de vacina ativa após a interrupção da leflunomida. **POSOLOGIA:** dose de ataque (artrite reumatoide e artrite psoriática): recomenda-se 100mg/dia, por 3 dias consecutivos. Dose de manutenção (artrite reumatoide e artrite psoriática): são recomendadas doses diárias de 20 mg. Doses superiores a 20 mg/dia não são recomendadas. Se a dose de 20 mg/dia não for clinicamente bem tolerada, a dose pode ser reduzida a critério médico. ARAVA<sup>®</sup> deve ser ingerido inteiro, com quantidade suficiente de líquido. ARAVA<sup>®</sup> não é recomendado para uso em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos. Não é necessário ajuste de dose em pacientes acima de 65 anos de idade. **USO ADULTO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA.** Registro MS 1.1300.0264. Farm. Resp. Antonia A. Oliveira CRF-SP nº 5854. Última revisão: 30/09/2009. Para maiores informações antes de sua prescrição, favor ler a bula completa do produto.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

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

sanofi aventis  
O essencial é a saúde



## A RESIDÊNCIA MÉDICA E A ÉTICA

A residência médica é uma forma de pós-graduação na qual o médico cumpre um programa de treinamento assistido e orientado por preceptores. Nessa modalidade de pós-graduação a aquisição de habilidades é parte fundamental na formação do profissional. É considerada o padrão ouro na área de especialização médica.

Provavelmente, do ponto de vista educacional, seja o período mais importante e determinante na qualidade do futuro profissional, tanto do ponto de vista técnico quanto do ético.

O médico e professor canadense conhecido como "O moderno Hipócrates", Sir William Osler, um dos maiores educadores médicos de todos os tempos, foi o responsável pela implantação da primeira residência médica, juntamente com o professor e cirurgião Dr. William Halsted, no Johns Hopkins Hospital, em Baltimore, EUA, no ano de 1879.

No Brasil a residência médica foi implantada, informalmente, em São Paulo e no Rio de Janeiro na década de quarenta do século passado.

A residência médica passou a ser reconhecida oficialmente no Brasil após o Decreto n. 80.281/1977, que a reconheceu como modalidade de pós-graduação e criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Através de resoluções a CNRM tem normatizado o funcionamento e a estrutura da residência médica, desde sua criação.

A Resolução CNRM n. 4/2003 tornou obrigatória a abordagem teórica e prática da Bioética nos programas de residência médica.

Infelizmente, devido a dificuldades estruturais e econômicas, a implantação desse tipo de atividade não ocorreu, na prática, na maioria de nossos programas de residência em Reumatologia.

É desnecessário enfatizar a fundamental importância da abordagem da Bioética e da Ética Médica no processo de educação do jovem médico, que completa sua formação em treinamento.

A residência médica, diferentemente da graduação e da pós-graduação *stricto sensu*, carece de regras formais em relação a seus professores e preceptores. Muitos não têm treinamento formal para o exercício da preceptoria.

A dimensão ética da educação se torna mais complexa quando examinada na prática médico-educativa dos programas de residência médica.

Além das características e aspectos éticos relacionados à área pedagógica, somam-se aspectos éticos associados à prática assistencial aos pacientes nas instituições que oferecem programas de residência médica.

O paciente desempenha duplo papel – será objeto de estudo e de assistência.

Não pode haver dúvida – e isto deve ficar bem claro aos médicos residentes desde o inicio do programa – de que a assistência ao paciente e seu melhor interesse são o principal objetivo de um serviço que ofereça um programa de residência médica.

A boa prática médica e o respeito à dignidade do paciente são aspectos fundamentais e devem nortear toda a atividade didática.

Questões didáticas são sempre secundárias a questões assistenciais.

Primeiro, a assistência de qualidade e depois, com prudência e delicadeza, o ensino.

Por outro lado, sabe-se que o ensino da Bioética e da Ética Médica é muito mais eficiente através de exemplos do que de aulas práticas ou teóricas.

O corpo docente e sua postura, assim como o comportamento nas enfermarias ou fora delas, são exemplos didáticos e modelos que devem ser cuidadosamente observados pelos responsáveis pelo programa de residência médica.

O cenário ético que o médico residente observa no serviço tem peso extraordinário em sua formação global.

A heterogeneidade do corpo docente e preceptores é a regra na maioria dos serviços que oferecem programas de residência médica na área de Reumatologia no Brasil. Esse aspecto deve ser abordado pelos responsáveis pelo programa de residência médica com extremo cuidado, porém, com firmeza e determinação.

Seminários com temas de Bioética e Ética Médica devem ser programados, com participação do corpo docente e discente.

Essa atividade tem o escopo de tornar o corpo docente mais uniforme, e deveria ser obrigatória a participação de todos.

A educação à beira do leito e as tradicionais visitas a enfermarias são uma forma tradicional e eficiente de treinamento nas residências médicas.

Essa atividade didática é uma excelente oportunidade para a prática do ensino do comportamento e da reflexão ética.

Destaca-se, nesse sentido, que no atual Código de Ética Médica foi introduzido um artigo específico para a atividade didática junto aos pacientes:

É vedado ao médico:

[...]

Art. 110. Praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.

Aspectos como sigilo das informações, respeito à privacidade e ao pudor do paciente e à sua dignidade são temas que devem permeiar as discussões e não somente aspectos técnicos relacionadas à doença propriamente dita.

Assim, passa-se a incorporar, de forma natural, a discussão e reflexão ética, levando-se em conta os valores do paciente e da própria equipe, qualificando assim a assistência médica, o ensino técnico e principalmente a formação ética do jovem médico em treinamento.

JOSÉ MARQUES FILHO

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

# SERVIÇO DE REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA (UNESP)



Campus da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp.

A abordagem e o tratamento das doenças reumáticas pediátricas é um desafio, pois são doenças raras, diagnósticos difíceis e, sobretudo, há poucas evidências sobre seu tratamento. Mas o conhecimento em reumatologia pediátrica está em expansão e o desafio de tratar casos difíceis tem motivado a colaboração científica. Recentemente, a condução de ensaios clínicos controlados em colaboração multicêntrica e o desenvolvimento de medidas padronizadas de desfecho para as artrites pediátricas implementaram ainda mais seu desenvolvimento.

Na FMB-Unesp, o Serviço de Reumatologia Pediátrica iniciou-se em 1988 e atualmente constitui uma disciplina específica na graduação, pois desde 2001 foi incluída entre as áreas de atuação e disciplinas de Pediatria. A assistência vem se expandindo, com atendimento médio de 500 consultas anuais de 2000 a 2005 e passando a 1.000 consultas anuais, de 2005 a 2010. No atendimento ambulatorial, participam residentes de Pediatria em rodízio de dois meses e residentes de Clínica Médica e Reumatologia por três meses.

O atendimento ambulatorial específico para crianças com dor em membros, artrites crônicas, doenças do tecido

do conectivo e vasculites, de acordo com a complexidade, e também para protocolos de dispensa de medicação, DMARD e biológicos, foi recentemente estabelecido. A faixa etária dos pacientes atendidos vem se ampliando também, na medida do acompanhamento a longo prazo, tão necessário nas doenças crônicas. Assim, foi proposto um modelo de assistência multidisciplinar para o adolescente até a transferência para a clínica de adultos, o que ocorre por volta dos 18 anos de idade. Há um sistema de pronto-atendimento e comunicação por meio da Central de Vagas do Hospital das Clínicas para referência e contrarreferência. Há três leitos disponíveis para a Reumatologia Pediátrica, sistema de atendimento em hospital-dia para administração de pulsos e infiltrações articulares no setor de Cirurgia Ambulatorial.

O centro de infusão para medicação biológica vem sendo implementado em parceria com a rede dos Cede-macs, conveniando hospitais públicos e a Secretaria de Saúde de São Paulo num projeto híbrido de pesquisa e extensão de serviços à comunidade. Este projeto é coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Eloisa Bonfá, da FMUSP, reunindo quatro hospitais públicos para dispensa, infusão e monitorização de medicação anti-TNF, para adultos e crianças.

A colaboração com o Serviço de Reumatologia do Departamento de Clínica Médica, para treinamento do residente e formação de especialistas, ocorreu desde a implantação do Programa de Residência em Reumatologia. Estagiaram no serviço: Sula Gláucia Lage Drumond Pacheco (2001), Priscila Rodrigues Aoki (2002-2003), Cleicy Frota da Silva (2003-2004), Juliane Waideman (2005), Marina Canineo Brandão (2006), Licia Affonso Silva (2007), Sergio Arone Filho (2008), Raphael Antonio Ovídio (2009) e Antonio Baccari (2010). O Programa de Residência (R3) em Reumatologia Pediátrica foi credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica em 2002. Concluíram R3: Taciana Pedrosa Fernandes (2003), Silvana Paula Cardin (2004), Juliana de Oliveira Sato (2005), Simone Manso de Carvalho (2005), que também obtiveram título de especialista e concluíram o mestrado. Estagiaram também no serviço a pediatra Federica Rossi, de Bérgamo, Itália (2005), e a médica Joana Paula Leite Brito, de Manaus-AM (2010). Recentemente foi contratada como docente em Reumatologia Pediátrica na FMB-Unesp, Juliana de Oliveira Sato e Taciana Pedrosa Fernandes, como médica assistente.

Entre as atividades de colaboração importantes, devo mencionar a participação nos comitês científicos das Sociedades de Pediatria e de Reumatologia, por meio de educação continuada, manuais, condutas, consensos, livros didáticos, jornadas e também projetos multicêntricos como o Registro de Dermatomiosite Juvenil. A colaboração internacional com a rede Printo, Paediatric Rheu-

matology International Organisation ([www.printo.it](http://www.printo.it)), tem propiciado a adesão aos ensaios clínicos para aprovação de medicação biológica como o abatacepte, colaboração no desenvolvimento de novas medidas de desfecho e critérios de remissão para artrite, a nova classificação das vasculites pediátricas, os critérios de atividade global do lúpus juvenil e a adaptação cultural de instrumentos de qualidade de vida. Propiciou, além de avanços, oportunidade de inclusão de pacientes, implementando o treinamento de novos especialistas.

Somos gratos por mais uma oportunidade gentilmente concedida pela *RPR* de escrever sobre nosso serviço, oferecer a colaboração e disponibilizar a referência. A convivência no âmbito da reumatologia, além de contribuir com nosso aprimoramento profissional, tem sido uma experiência de vivência maravilhosa, pois a cada ano agregamos novos e caros amigos.

CLAUDIA SAAD MAGALHÃES

Responsável pelo Serviço de Reumatologia  
Pediátrica da FMB-Unesp

ENDEREÇO:

Departamento de Pediatria,  
Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp  
CEP 18 618-970, Campus da Unesp, Botucatu-SP  
E-mail: claudi@fmb.unesp.br



Em reunião de discussão de casos ambulatoriais, da esquerda para a direita, Jorgiana Bueno Schiavon, Bianca Lima Zimmer (residentes de Pediatria), Juliana de Oliveira Sato, Enf.<sup>a</sup> Rosemeire Guimarães de Brito, Claudia Saad Magalhães, Taciana Pedrosa Fernandes.

## SÍNDROME DE SWEET

Débora Chaves S. Pinto<sup>(1)</sup>, Fernanda Calil Machado Netto<sup>(2)</sup>, Denise de Fátima Forteski<sup>(2)</sup>, Gleyce Yakushijin Ishisaki<sup>(3)</sup>

1. Residente de Dermatologia do Hospital Heliópolis.
2. Residente de Reumatologia do Hospital Heliópolis.
3. Residente de Anatomia Patológica do Hospital Heliópolis.

**RFS, 29 anos de idade, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico com envolvimento cutâneo, de predomínio papular. Diagnóstico histológico de síndrome de Sweet.**

A síndrome de Sweet (SS), também conhecida como dermatose neutrofílica febril aguda, é uma doença rara, com distribuição universal, sem predileção racial. Acomete preferencialmente mulheres, entre 30 e 60 anos de idade. Sua etiologia não é bem estabelecida, porém acredita-se ser devida a um desequilíbrio de citocinas<sup>(1)</sup>. Existem quatro formas clínicas descritas<sup>(1,2)</sup>:

- Clássica ou idiopática: associada a infecções das vias aéreas superiores, do tubo gastrointestinal ou a doenças inflamatórias (intestinal, autoimunes etc.).
- Associada a doenças malignas.
- Induzida por medicamentos.
- Associada a gravidez.

A SS apresenta-se de forma aguda em forma de pápulas (**Figura 1**), placas e/ou nódulos<sup>(4)</sup>, de coloração

eritematosa e/ou violácea, frequentemente dolorosas. As manifestações extracutâneas incluem sintomas constitucionais, além dos associados à doença de base.

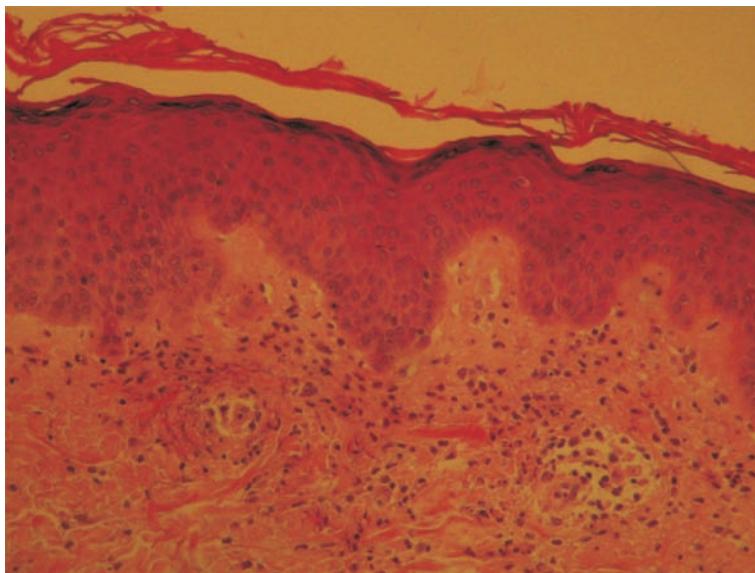
A histopatologia (**Figura 2**) é caracterizada por infiltrado neutrofílico denso e difuso na derme<sup>(2,4)</sup>. Achados laboratoriais incluem leucocitose periférica com neutrofilia, aumento de provas inflamatórias.

O diagnóstico é definido por dois critérios maiores: início abrupto de nódulos ou placas eritematosas dolorosas associadas à evidência histopatológica de denso infiltrado neutrofílico na derme, e de pelo menos dois critérios menores: febre, infecção do trato respiratório ou do trato gastrintestinal anterior ao quadro ou associação com vacinação, doença inflamatória (ex.: LES)<sup>(3)</sup>, neoplasias ou gestação; e achados laboratoriais<sup>(1,2,6)</sup>.

A terapêutica principal para SS é a terapia oral com corticosteroide na dose de 0,5 a 1,5 mg/kg/dia, com redução gradual em duas a quatro semanas.



**Figura 1** – Síndrome de Sweet em forma de pápulas, placas e/ou nódulos, de coloração eritematosa e/ou violácea.



**Figura 2** – H. E. (40 x). Corte histológico de pele demonstra epiderme com discreta hiperqueratose; na derme superficial há moderado infiltrado inflamatório com neutrófilos de permeio e debrêis celulares de padrão intersticial.

## REFERÊNCIAS

1. Azulay L, Bonalumi A, Azulay DR, Leal F. Atlas de Dermatologia da semiologia ao diagnóstico. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. p. 203.
2. James WD, Berger TG, Elston DM. Andrews' Doenças da pele – Dermatologia clínica. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. p. 144-6.
3. Wojcik ASL, Nishimori FS, Santamaría JR. Síndrome de Sweet: estudo de 23 casos. An Bras Dermatol. 2011;86(2):265-71.
4. Bonamigo RR, Razera F, Olm GS. Dermatoses neutrofílicas: Parte I. An Bras Dermatol. 2011;86(1):11-27.
5. Ribeiro LHS, Sampaio RF. Síndrome de Sweet. RBM. Jul 2010; v. 76, n. 7.
6. Franco M, Giusti C, Malieni D, et al. Síndrome de Sweet associada a neoplasias. An Bras Dermatol. 2006;81(5): 473-82.

## A DOENÇA DO ALEIJADINHO

A discussão em torno do diagnóstico da moléstia que afetou Antônio Francisco Lisboa, o Aleijadinho, e que o levou à invalidez, tem empolgado muitos médicos, há décadas.

O ponto de partida para qualquer hipótese tem sido o único documento histórico disponível, que descreve os sintomas e as deformidades que acometeram o artista. Trata-se da descrição de Rodrigo José Ferreira Bretas, publicada no *Correio Oficial de Minas*, nos dias 19 e 20 de março de 1858, sob o título "Traços Biográficos do finado Antônio Francisco Lisboa". Bretas era jornalista, professor de Filosofia em Barbacena-MG e depois deputado. Dois outros personagens colaboraram de alguma maneira com informações sobre Aleijadinho, ambos estrangeiros. O primeiro foi o geólogo alemão Barão Von Eschwege, que morou em Vila Rica (Ouro Preto), entre 1810 e 1820. Ele pôde, portanto, viver alguns dos últimos anos do Aleijadinho, que faleceu em 1814. O segundo personagem foi o botânico francês Auguste de Saint-Hilaire, que esteve hospedado por 18 dias na casa de Von Eschwege, em dezembro de 1816, visitando depois as obras do artista em Congonhas.

No dia 29 de agosto de 1930, deu-se a exumação dos despojos do Aleijadinho e sua transladação para a urna definitiva, que foi guardada em frente ao altar de N. Sra. da Boa Morte, na Igreja de N. Sra. da Conceição, em Ouro Preto. Observador atento, Manuel de Paiva Júnior, zelador da igreja, registrou que os ossos do artista eram avermelhados. Em 1971, o Prof. Paulo da Silva Lacaz, da UFRJ, abriu a urna, com autorização oficial, para constatar o aspecto avermelhado dos ossos e o confirmou. Finalmente, no dia 16 de março de 1998, na presença de numeroso grupo, inclusive várias autoridades civis e eclesiásticas, foram exumados mais uma vez os ossos do Aleijadinho, os quais foram confiados a uma comissão de cinco médicos, coordenada pelo Dr. Geraldo Barroso de Carvalho, dermatologista em Barbacena-MG, para estudos mais aprofundados. Foram enviadas duas vértebras torácicas para análise no Departamento de Bioquímica da UFMG e por espectroscopia ótica e atômica,

na USP-Ribeirão Preto. O aspecto avermelhado dos ossos sugeriu a hipótese de porfiria. A análise da USP constatou, de fato, aumento de teor de ferro nos ossos, como ocorre naquela patologia, mas não se pode descartar a hipótese de que isso tenha ocorrido a partir de absorção de ferro do solo ouro-pretano, rico nesse metal. Além disso, presença de ferro nos ossos é típico, mas não patognomônico de porfiria.

A ideia clássica é de que Aleijadinho teria tido hanseíase, hipótese sempre defendida por alguns estudiosos, como o Dr. Geraldo Barroso de Carvalho e o Prof. Tancredo Furtado, da UFMG. Mas há importantes argumentos contra. O primeiro é o de que a doença já era, àquela época, estigmatizante, no entanto Aleijadinho nunca foi segregado na comunidade. Segundo, em 1778, o governador Luís da Cunha Menezes enviou a Vila Rica (Ouro Preto) dois médicos para retirar da cidade os portadores de lepra. Foram selecionadas 19 pessoas, que passaram a viver confinadas, para evitar contaminação. Entre elas, não estava Aleijadinho. Mas várias outras hipóteses diagnósticas vêm sendo levantadas.

No Congresso Brasileiro de Reumatologia, em Belo Horizonte, em 1980, publiquei um trabalho, mostrando a possibilidade de o artista ter sido acometido de esclerose sistêmica (esclerodermia). Levantei os sintomas e deformidades de 20 de meus pacientes com esse diagnóstico e os comparei com as descrições de Bretas, ocorrendo clara semelhança entre o descrito por Bretas e minha série de casos.

Na realidade, a hipótese mais viva que se tem hoje é de que Aleijadinho portava porfiria cutânea tarda. Nessa patologia, por deficiência enzimática, se acumula o heme, precursor da hemoglobina, na medula óssea. As lesões são basicamente cutâneas, do tipo bolhoso, mas, em casos avançados, ocorrem ulcerações desfigurantes, podendo chegar a mutilações, com perda dos dedos das mãos. Acúmulo de ferro nos ossos dá-lhes cor avermelhada. Mas as outras hipóteses diagnósticas não podem ser descartadas. Resumo-as a seguir, registrando entre parênteses o nome de quem defende cada uma das ideias.

PORFIRIA CUTÂNEA TARDÀ	(Paulo da Silva Lacaz, UFRJ)
HANSENÍASE	(Geraldo Barroso de Carvalho e Tancredo Furtado, UFMG)
TROMBOANGIITE OBLITERANTE	(Alípio Correa Neto, USP)
SIRINGOMIELIA	(Agripa Vasconcelos)
ESCLEROSE SISTÊMICA	(Achiles Cruz Filho, UFMG)
ACIDENTE DE TRABALHO + AVC	(Geraldo Guimarães da Gama, UFMG)

Não se descarta a hipótese de que Aleijadinho tenha tido mais de uma doença, para justificar as muitas deformidades que apresentava e as dores intensas que sofria nas mãos, a ponto de pôr o formão sobre um dos dedos e ordenar a seu escravo que batesse com o martelo, promovendo uma automutilação. A dor desse procedimento, no entanto, seria menor do que aquelas que

o acometiam por causa da doença. O tema do diagnóstico do Aleijadinho é empolgante e certamente ainda se encontra longe de uma definição.

ACHILES CRUZ FILHO

Doutor e livre-docente em Reumatologia  
Universidade Federal de Minas Gerais



Aleijadinho, escultor, entalhador e arquiteto mineiro da arte barroca, considerado o maior escultor do período barroco brasileiro.

## A CERTEZA DA ALMA

Difícil expressar no papel  
Aquilo que está no coração.  
As letras se perdem,  
As palavras não se formam,  
As frases se tornam perdidas...  
Mas no peito há algo  
Que quer arrombar a porta e sair.  
Não sei afirmar o que é,  
De onde veio  
Ou pra onde vai.  
A leveza e consolo que traz  
Acalmam o ser  
E me fazem querer mais.  
Sonho ou ilusão... Não importa!  
Quero provar dessa loucura  
Que faz tremer o corpo  
E respirar a alma.  
No palco da vida, simplesmente viver!  
Sem medo ou constrangimento  
Com dor e sentimento.

BARBARA CARVALHO  
Médica reumatologista  
Hospital Heliópolis

A EFICÁCIA E A TOLERABILIDADE DE  
ENBREL® JÁ SÃO BEM CONHECIDAS  
POR MÉDICOS E PACIENTES.<sup>1</sup>

CHEGOU A MANEIRA MAIS PRÁTICA DE  
APLICAR ESSA EXPERIÊNCIA NO DIA A DIA.

## Novo Enbrel® PFS: seringa pré-preenchida pronta para usar.

Agora, não é mais preciso misturar o pó de Enbrel® antes do uso. A seringa pré-preenchida pronta para usar de Enbrel® PFS já vem com a dose certa do medicamento, o que torna a autoaplicação mais simples e a adesão do paciente maior.<sup>2</sup>



Apresentação:<sup>2</sup>

Cartucho com 4 seringas de Enbrel® PFS 50mg.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** 1. Gibofsky A, Palmer W R, Keystone E C, et al. Rheumatoid Arthritis Disease-modifying Antirheumatic Drug Intervention and Utilization Study: Safety and Etanercept Utilization Analyses from the RADIUS 1 and RADIUS 2 Registries. *The Journal of Rheumatology*. 2011 Jan; 38(1): 1-8. 2. Bula Enbrel PFS.

**Enbrel® PFS (etanercepte) APRESENTAÇÃO COMERCIAL:** Cartucho contendo 4 seringas preenchidas de Enbrel® PFS 50 mg e 8 lenços umedecidos com álcool. **INDICAÇÕES:** Adultos: artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriásica e psoríase crônica em placas. Pediátrico: artrite idiopática juvenil poliarticular (AJU) (4-17 anos) e psoríase em placas (8-17 anos). **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade ao etanercepte ou a qualquer componente da fórmula do produto. Pacientes com infecção localizada ou generalizada, crônica ou ativa, ou em risco de desenvolvê-la. **PRECAUÇÕES:** Relatadas reações alérgicas com Enbrel® PFS. Caso ocorra, descontinuar imediatamente a medicação. **ADVERTÊNCIAS:** Imunossupressão: terapia anti-TNF pode comprometer a defesa do hospedeiro contra infecções e doenças malignas. No período pós-comercialização, há relatos de doenças malignas em diversos órgãos, mas ainda não se sabe qual o impacto do tratamento com etanercepte sobre o desenvolvimento e a progressão das malignidades e infecções ativas e/ou crônicas. Reações hematológicas: casos incomuns de trombocitopenia, raros de pancitopenia e muito raros de anemia aplástica, alguns evoluindo para óbito. Cautela em pacientes com história pregressa de discrasia sanguínea. Procurar aconselhamento médico imediato caso desenvolva sinais e sintomas sugestivos de discrasias sanguíneas ou infecções durante o tratamento. Se as discrasias forem confirmadas, etanercepte deve ser descontinuado. Enbrel® PFS pode estar associado à formação de anticorpos autoimunes. Não administrar concomitantemente vacinas com microrganismos vivos. Atualizar cartão vacinal de acordo com normas locais antes do início da terapia. Eventos neurológicos: ocorreram relatos raros de distúrbios desmielinizantes, porém não se sabe qual a relação causal com etanercepte. Recomenda-se avaliação da relação risco/benefício ao prescrever este medicamento a pacientes com doença desmielinizante ou com risco aumentado de desenvolvê-la. Distúrbios cardíacos: relatos pós-commercialização de piora da insuficiência cardíaca congestiva (ICC), com e sem a identificação dos fatores precipitantes. Embora não conclusivos, os dados de estudo clínico sugerem possível tendência à piora da ICC com etanercepte. Recomenda-se cautela nesses pacientes. Infecções: paciente deve ser avaliado para infecções antes, durante e depois do tratamento com Enbrel® PFS. Tuberculose (TB): antes do início da terapia com Enbrel® PFS, o paciente deve ser avaliado para infecção ativa ou latente. A profilaxia de TB infecção latente deve ser iniciada antes da terapia com Enbrel® PFS seguindo as diretrizes locais. Havendo TB ativa, o Enbrel® PFS não deve ser iniciado. Não se sabe se a terapia com Enbrel® PFS aumenta esse risco. Reativação da Hepatite B: relatada reativação do vírus da hepatite B (HBV) em portadores crônicos usando terapia anti-TNF. Cautela no uso do etanercepte em portadores do HBV. Monitorar sinais e sintomas de infecção ativa pelo HBV. Hepatite C: relatos de piora embora sem estabelecer relação causal com o etanercepte. Gravidez: não usar durante a gravidez ou em risco de engravidar. Lactação: o médico deve optar entre descontinuar a amamentação ou descontinuar Enbrel® PFS durante o período de amamentação. Pediátrico: não usar em menores de 4 anos. Idosos: não se recomenda ajuste posológico específico. Dirigir veículos e operar máquinas: não há estudos sobre este tipo de efeito. **REAÇÕES ADVERSAS:** Adultos: Reação no local da injeção com eritema, prurido, dor, inchaço, sangramento e hematoma. Infecção do trato respiratório superior, infecções por bactérias, micobactérias, vírus e fungos. Doenças malignas. Reações comuns: reações alérgicas, autoanticorpos, febre, prurido. Incomuns: urticária, rash, psoríase, uveite, trombocitopenia, doença pulmonar intersticial, câncer de pele não melanoma. Raras: reação anafilática, convulsões, evento desmielinizante do SNC ou localizada, vasculite cutânea, lúpus cutâneo, lúpus discóide, síndrome do tipo lúpus, anemia, leucopenia, neutropenia, pancitopenia, elevação de enzimas hepáticas, hepatite autoimune, melanoma, piora de ICC. Muito raras: anemia aplásica, necrólise epidérmica tóxica. Pediátrico: eventos semelhantes aos observados em adultos. Não há interações de Enbrel® PFS com glicocorticoides, salicílicos, anti-inflamatórios não esteroides (AINS), analgésicos ou metotrexato. Não recomendado uso de Enbrel® PFS com anakinra e sulfassalazina. Não há interações farmacocinéticas com digoxina e varfarina. **POSOLOGIA:** Uso em adultos ( $\geq 18$  anos): Artrite Reumatoide, Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica: 50 mg por semana (uma injeção subcutânea de 50 mg ou duas de 25 mg no mesmo dia, em locais separados ou com 3 ou 4 dias de intervalo). Psoríase em Placas: 50 mg por semana (uma injeção subcutânea de 50 mg ou duas injeções únicas de 25 mg no mesmo dia ou com 3 a 4 dias de intervalo). Psoríase em Placas ( $\geq 8$  e  $< 18$  anos): 0,8 mg/kg por semana (máximo 50 mg por dose) administrada 1 vez por semana durante período máximo de 24 semanas. Descontinuar caso paciente não responda após 12 semanas. Mesma dose no retratamento. A cada nova aplicação, usar local diferente a, pelo menos, 3 cm do local anterior. NÃO aplicar a injeção em áreas com pele sensível, hematoma, avermelhada ou endurecida. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Registro MS - 1.2110.0274. Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação: Wyeth Indústria Farmacêutica Ltda. - Rua Verbo Divino, 1.400 - Chácara Santo Antônio, São Paulo - CEP 04719-002. Para informações completas, consultar a bula do produto, ENBPEFS1110CDS28V3SER. A PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

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

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

Material destinado à classe médica

Abri/2011



Wyeth Indústria Farmacêutica Ltda.  
Rua Verbo Divino, 1.400  
CEP 04719-002 - São Paulo - SP  
www.wyeth.com.br



Wyeth uma empresa do grupo Pfizer.

Senhores editores,

Quando resolvi escrever um email para todos os médicos da Sociedade Paulista de Reumatologia em 30/8/2010, eu estava desesperada e pensei... Poxa, não custa nada tentar e se Deus me ajudar encontrarei um anjo bom que poderá nos ajudar.

Acho que mandei umas 25 mensagens, mas recebi apenas quatro respostas.

Meu objetivo não é criticar, eu sei que todo médico é muito ocupado.

Para minha agradável surpresa, entre elas estava a resposta do Dr. Henrique Josef, já com o fone de seu consultório.

Desde o primeiro momento, ele me atendeu com muita atenção e cuidado.

Eu disse a ele qual era o problema do meu marido... Ele sentia dores horríveis em todas as juntas do corpo e, quando resolvi procurar ajuda, ele estava no meio de uma crise terrível. Falei também (assim como havia escrito no e-mail) que não tínhamos dinheiro para pagar uma consulta particular.

Mesmo assim, ele disse que não seria por causa de dinheiro que meu marido não seria atendido.

Não é que eu não confie no "serviço público". É que a demora para conseguir um atendimento é muito grande, principalmente quando se precisa de um especialista.

O Dr. Henrique marcou para o dia seguinte, e levei meu marido, José Carlos Henrique, a seu consultório (no dia seguinte!), onde fomos atendidos por um senhor muito paciente que soube ouvir as angústias de uma pessoa doente já havia muito tempo (com o mesmo problema havia 15 anos). Após longo e meticoloso exame físico, foi diagnosticado o seu problema: artrite gotosa.

Saímos de lá com muita esperança e confiantes no tratamento que seria iniciado.

Desde então, o Dr. Henrique (que até nos deixou seu telefone celular) tem nos atendido prontamente.

Esse fato faz a gente acreditar que Deus sempre coloca um anjo em nosso caminho.

Existem médicos que, embora sejam profissionais renomados, nunca esqueceram o "juramento de Hipócrates" que fizeram na formatura da faculdade.

Agradeço o acesso que tivemos e o atendimento que temos recebido.

Gostaria que essa carta fosse publicada e que os médicos mais jovens se espelhassem no Dr. Henrique Josef.

Que Deus continue ajudando a todos nós.

CRISTINA HENRIQUE

## MASTER OF THE AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY

O nome de nosso querido professor Adib Muhib Samara foi escolhido para o Master of the American College of Rheumatology. Essa nomeação é fruto da incansável carreira acadêmica do Dr. Samara, que, à frente da Unicamp, criou um grande centro da reumatologia nacional, desenvolvendo inúmeros trabalhos científicos e formando diversos profissionais na área. A Sociedade Paulista de Reumatologia parabeniza e presta homenagem a este grande nome da reumatologia do Estado de São Paulo.



## SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO DE SÃO PAULO PROMOVE XVI CURSO DE RECICLAGEM

Aconteceu nos dias 14 a 16 de abril, no Sofitel Jequitimar Hotel, em Guarujá, o XVI Curso de Reciclagem dos Ex-Residentes e Estagiários do Serviço de Reumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE)-XVI Curso de Reciclagem do CERIR/CEPCER. Pioneiro nessa modalidade de evento, o Serviço de Reumatologia do HSPE, sob o comando do Dr. Chahade, mais uma vez conseguiu reunir a maioria de seus egressos para um evento marcado pela descontração no reencontro de amigos e antigos colegas e alto nível científico da programação.

O encontro contou com mais de 250 convidados que tiveram a oportunidade de reciclar os conhecimentos nas mais variadas áreas da reumatologia, bem como estreitar relações com os colegas de Portugal – Mario Viana de Queiroz, João Eurico Fonseca e José Antônio Pereira da Silva –, excepcionais em suas apresentações. Como já é tradição, na programação social o grupo homenageou seus novos membros honorários e todos puderam dançar com o show da animada banda Number 9, comandada pelo reumatologista do HSPE Silvio Figueira Antonio.



## XVII ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA 2011

Sucesso! Essa foi a avaliação final do XVII Encontro de Reumatologia Avançada, realizado entre os dias 19 e 21 de maio de 2011, em São Paulo. Foram ministrados dois cursos pré-evento: "Novos conceitos em osteoporose e metabolismo ósseo" – com organização da Sociedade Paulista de Reumatologia e Sociedade Brasileira de Osteoporose e coordenação da Dra. Elaine de Azevedo e Dr. João Francisco Marques Neto, e "Prescrição de atividade física para paciente reumático" – com organização da Sociedade Paulista de Reumatologia e Setor de Reabilitação, Procedimentos e Coluna Vertebral da Disciplina de Reumatologia da Unifesp e organização do Dr. Fábio Jennings. O evento contou com as conferências internacionais do Dr. Michael McClung e do Dr. Robert Lafyatis, dos Estados Unidos. Nesse encontro foram também apresentados 46 trabalhos de alto nível científico, distribuídos em oito mesas redondas, com a participação de diversos colegas reumatologistas de renome.



### XVII ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA 2011.

Pré-Evento 1 – "Novos conceitos em osteoporose e metabolismo ósseo". **(1)** Da esquerda para a direita, Dr. João Francisco Marques Neto, Dra. Elaine Azevedo, Dr. Sebastião Cezar Radominski, Dra. Rosa Maria Rodrigues Pereira, Dr. Plínio José do Amaral. Curso Pré-Evento 2 – "Prescrição de atividade física para paciente reumático". **(2)** Da esquerda para a direita, Dra. Rita Furtado, Dr. Fábio Jennings, Ft. Anamaria Jones; **(3)** da esquerda para a direita, Dr. Luiz Carlos Latorre, Dra. Maria Guadalupe Barbosa Pippa, Dr. Michael McClung, Dr. Cristiano Augusto de Freitas Zerbini; **(4)** da esquerda para a direita, Dra. Romy Beatriz Christmann, Dr. Luiz Carlos Latorre, Dr. Robert Lafyatis; **(5)** visão geral da plateia.

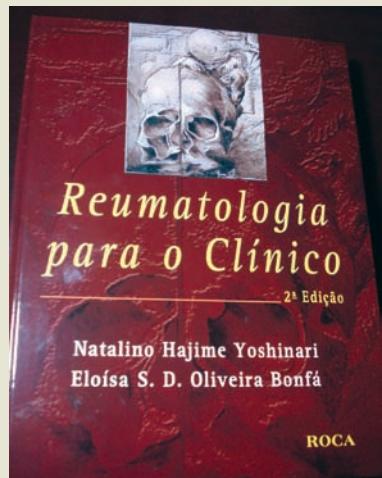
## 2<sup>a</sup> EDIÇÃO DO LIVRO “REUMATOLOGIA PARA O CLÍNICO”

O livro *Reumatologia para o Clínico* foi planejado para abordar o maior número possível de enfermidades reumatológicas. Neste sentido, o livro é destinado aos jovens reumatologistas e aos clínicos gerais, procurando mostrar a abrangência e a relevância do conhecimento das enfermidades que acometem o aparelho locomotor. Esta visão ampla da Reumatologia não é ensinada no Curso de Graduação tampouco comentada nas atualizações da especialidade.

Consideramos que, mesmo nos tempos atuais, em que os conhecimentos acumulam-se rapidamente e podem ser acessados via internet, a apresentação sistematizada e clara da maioria do conteúdo programático da Reumatologia seja de fundamental importância na formação do jovem médico.

Infelizmente, os médicos recém-formados encontram sérias dificuldades frente à multiplicidade de queixas feitas pelos enfermos, pois o conhecimento adquirido foi insuficiente para o discernimento das distintas doenças, frustrando o seu desempenho na prática diária. O reumatologista competente destaca-se pela sua capacidade de diagnosticar, tratar e acompanhar com sabedoria as diferentes condições clínicas desta especialidade.

Em resumo, o livro procura sanar parte das deficiências na formação do médico, através da exposição sistematizada das diferentes enfermidades do aparelho locomotor, trazendo benefícios na melhoria da capacitação científica e estreitamento da relação médico-paciente.



NATALINO HAJIME YOSHINARI E ELOISA SILVA DUTRA BONFÁ

## XIX Encontro Rio-São Paulo XXI Jornada Paulista de

# Reumatologia



# Fórum de Debates

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

Veja, a seguir, os temas debatidos no último encontro:

## SEGUNDO FÓRUM DE DEBATES (4 DE MAIO DE 2011)

**Tema:** "O valor do ultrassom no diagnóstico das artropatias microcristalinas"

**Coordenação:** Dr. José Roberto Provenza (professor titular de Reumatologia da PUC-Campinas)

**Apresentação:** Dra. Mariana Bittar Lopes (residente de Reumatologia da PUC-Campinas) e Dr. André Marun Lyrio (residente de Reumatologia da PUC-Campinas)

**Debatedor:** Dr. José Alexandre Mendonça (professor adjunto de Reumatologia da PUC-Campinas)

## TERCEIRO FÓRUM DE DEBATES (8 DE JUNHO DE 2011)

**Tema:** "Os reumatologistas e os pacientes: fatores que vêm contribuindo para a deterioração da relação médico-paciente"

**Palestrantes:** Dr. José Marques Filho (médico reumatologista, mestre em Bioética e Conselheiro do Cremesp) e Prof. Dr. José Eduardo de Siqueira (professor de Bioética e ex-presidente da Sociedade Brasileira de Bioética)

**Moderador:** Dr. Paulo Roberto Stocco Romanelli (médico reumatologista, reumatologista pediátrico e coordenador científico do Departamento de Reumatologia da APM)

## FÓRUNS DE DEBATES DE SÃO PAULO – 2011:

Confira as datas para este ano:

14 de setembro • 5 de outubro • 16 de novembro

## ONDE E QUANDO

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

## QUARTO FÓRUM DE DEBATES (3 DE AGOSTO DE 2011)

**Tema:** "Comprometimentos sistêmicos de diferentes doenças mimetizando doenças autoimunes"

**Coordenação:** Profa. Dra. Emilia Inoue Sato (professora titular da Disciplina de Reumatologia da Unifesp e coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Disciplina de Reumatologia da Unifesp)

**Apresentação:** Dr. Avelino Zacarias Caetano (residente de Reumatologia da Disciplina de Reumatologia da Unifesp) e Dra. Bruna Aurora Nunes Cavalcante (residente de Reumatologia da Disciplina de Reumatologia da Unifesp)

**Debatedores:** Dr. Rui Toledo Barros (nefrologista, professor doutor do Departamento de Clínica Médica, coordenador do Programa de Pós-Graduação em Nefrologia da USP e diretor do Serviço de Nefrologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP) e Dra. Simone Appenzeller (professora doutora da Disciplina de Reumatologia da Unicamp)



**SEGUNDO FÓRUM DE DEBATES:** (1) da esquerda para a direita: Dra. Mariana Bittar Lopes, Dr. José Alexandre Mendonça, Dr. André Marun Lyrio, Dr. José Roberto Provenza, Dr. Jader Silva e Dr. Luiz Carlos Latorre; **TERCEIRO FÓRUM DE DEBATES:** (2) da esquerda para a direita: Dr. Paulo Roberto Stocco Romanelli, Prof. Dr. José Eduardo de Siqueira, Dr. José Marques Filho e Dr. Luiz Carlos Latorre; **QUARTO FÓRUM DE DEBATES:** (3) da esquerda para a direita: Dr. Avelino Zacarias Caetano, Dra. Simone Appenzeller, Dra. Bruna Aurora Nunes Cavalcante, Dr. Rui Toledo Barros, Profa. Dra. Emilia Inoue Sato e Dr. Luiz Carlos Latorre.

# Agenda

## 2011

12 DE OUTUBRO  
DIA MUNDIAL DA ARTRITE

### NACIONAIS

**Emergência em Reumatologia:  
O Que Todo Médico Deve Saber**  
**Data:** 30 de setembro e 1º de outubro  
**Local:** São Paulo, SP  
**Contato:** reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

**4º BRADOO – Congresso Brasileiro de Densitometria Óssea,  
Osteoporose e Osteometabolismo**  
**Data:** 11 a 14 de outubro  
**Local:** Belo Horizonte, MG  
**Contato:** www.sbdens.org.br

**XVIII Jornada de Reumatologia do Cone Sul**  
**Data:** 13 a 15 de outubro  
**Local:** Florianópolis, SC  
**Contato:** www.screumatologia.com.br

**Ação Reumato 2011 – 6ª edição**  
**Data:** 25 a 29 de outubro  
**Local:** São Paulo, SP  
**Contato:** reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

**II Jornada de Reumatologia do ABC e Litoral**  
**Data:** 18 a 20 de novembro  
**Local:** Guarujá, SP  
**Contato:** reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

**XXI Jornada Paulista de Reumatologia  
e XIX Encontro Rio-São Paulo de Reumatologia**  
**Data:** 8 a 10 de dezembro  
**Local:** São Paulo, SP  
**Contato:** reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

### INTERNACIONAIS

**2011 Annual Meeting of the American Society  
for Bone and Mineral Research (ASBMR)**  
**Data:** 16 a 20 de setembro  
**Local:** San Diego, EUA  
**Contato:** asbmr@asbmr.org

**2011 World Congress on Osteoarthritis**  
**Data:** 15 a 18 de setembro  
**Local:** San Diego, EUA  
**Contato:** oarsi@oarsi.org

**2011 ACR Annual Scientific Meeting**  
**Data:** 5 a 9 de novembro  
**Local:** Chicago, EUA  
**Contato:** www.rheumatology.org

**ACA – Autoimmunity Congress Asia 2011**  
**Data:** 17 a 19 de novembro  
**Local:** Singapura  
**Contato:** www2.kenes.com

## 2012

### NACIONAIS

**VI Curso de Revisão para Reumatologistas**  
**Data:** 11 e 12 de fevereiro  
**Local:** São Paulo, SP  
**Contato:** reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

**XVIII Encontro de Reumatologia Avançada**  
**Data:** 3 a 5 de maio  
**Local:** São Paulo, SP  
**Contato:** reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

**XXIX Congresso Brasileiro de Reumatologia**  
**Data:** 12 a 22 de setembro  
**Local:** Vitória, ES  
**Contato:** www.reumatologia.com.br

### INTERNACIONAIS

**Excellence in Rheumatology 2012**  
**Data:** 25 a 28 de janeiro  
**Local:** Madri, Espanha  
**Contato:** www.excellence-in-rheumatology.org

**2nd Scleroderma World Congress**  
**Data:** 2 a 4 de fevereiro  
**Local:** Madri, Espanha  
**Contato:** www.fesca-scleroderma.eu/upcoming-events

**XVII Congreso Panamericano de Reumatología – Panlar**  
**Data:** 18 a 21 de abril  
**Local:** Punta Cana, República Dominicana  
**Contato:** info@panlar2012.org

**2012 World Congress on Osteoarthritis**  
**Data:** 25 a 29 de abril  
**Local:** Barcelona, Espanha  
**Contato:** oarsi@oarsi.org

**1st Latin America Osteoporosis Meeting**  
**Data:** 24 a 27 de maio  
**Local:** São Paulo, Brasil  
**Contato:** www.iofbonehealth.org

## NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1. Serão publicados artigos originais, revisões, descrição de casos clínicos e atualização em reumatologia, conforme a ortografia oficial da língua portuguesa.
2. O trabalho deverá conter, necessariamente:
  - a) título (em português e inglês);
  - b) nome completo dos autores;
  - c) citação do local (endereço completo) de realização do trabalho;
  - d) formação acadêmica/titulação dos autores;
  - e) unitermos (em português e inglês);
  - f) resumo do trabalho (em português e inglês), até o limite de 250 palavras. Deverá conter, quando se tratar de artigo original: objetivo, métodos, resultados e conclusão;
  - g) introdução;
  - h) material ou casuística e métodos ou descrição de caso;
  - i) resultados;
  - j) discussão e/ou comentários (quando for o caso);
  - k) conclusões;
  - l) ilustrações anexas devem seguir regulamentação adequada (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.



# EXPLORE POSSIBILIDADES

SEGURANÇA<sup>†</sup>

EFICÁCIA SUSTENTADA<sup>2,3,4</sup>

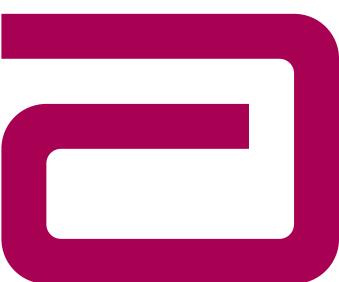
<sup>†</sup> Foram avaliados dados de segurança, por 7 anos, no tratamento com abatacepte em pacientes com artrite reumatoide.

<sup>2,4</sup> Em pacientes com artrite reumatoide, abatacepte manteve a eficácia após 5 anos de tratamento, e as altas taxas de retenção suportam o benefício clínico a longo prazo.<sup>2,4</sup>

**INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** A administração concomitante de um antagonista do TNF com ORENCA® está associada a um risco elevado de infecções sérias e nenhuma eficácia adicional significativa sobre o uso de antagonistas do TNF isoladamente. A terapia concomitante de ORENCA® e antagonistas do TNF não é recomendada. Não há experiência suficiente para avaliar a segurança e a eficácia de ORENCA® administrado concomitantemente com outra terapia biológica para artrite reumatoide, como anakinra, e, portanto, seu uso não é recomendado. Intereração com testes laboratoriais: o sistema de monitoração de glicose baseada na GDH-PQQ pode reagir com a maltose presente em ORENCA®, resultando em leituras falsas de elevação de glicose sanguínea no dia da infusão. **CONTRAINDICAÇÕES:** Pacientes com hipersensibilidade conhecida a abatacepte ou quaisquer de seus componentes.

**Referências:** 1. Long-term safety of abatacept: integrated analysis of the clinical program data up to 7 years of treatment. Hochberg M, Westhovens R, Aranda P, et al. ACR/AHP Annual Scientific Meeting, Atlanta, GA, November 7-11, 2010(390). 2. Westhovens P, Kremer JM, Moreland LW et al. Safety and efficacy of the selective costimulation modulator abatacept in patients with rheumatoid arthritis receiving background methotrexate: a 5-year extended phase IIb study. J Rheumatol. 2009 Apr;36(4):736-42. 3. Kremer JM, Russell AS, Emery P, et al. Abatacept demonstrates consistent safety and sustained improvements in efficacy through 5 years of treatment in biologic-naïve patients with RA. Ann Rheum Dis. 2009;68(Suppl 3):444. 4. Genovese MG, Schiff M, Lungen ME, et al. Abatacept demonstrates consistent safety and sustained improvements in efficacy through 4 years of open-label treatment in patients with an inadequate response to anti-TNF therapy. Program and abstracts of the American College of Rheumatology Annual Meeting; October 17-21, 2009; Philadelphia. Presentation 1689, Poster 422.

**ORENCIA® (abatacepte) – PÓ LIÓPOLI PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL – BRISTOL-MYERS SQUIBB: ORENCA® – Uso intravenoso, uso adulto e pediátrico. INDICAÇÕES: ORENCA® é um medicamento usado para tratar adultos com artrite reumatoide (AR) moderada a grave. ORENCA® também é indicado para tratar pacientes pediátricos a partir de 6 anos de idade com artrite idiopática juvenil / artrite reumatoide juvenil (AJU / ARJ) particular de atividade moderada a grave que tenham tido uma resposta inadequada a uma ou mais DMARDs, como MTX ou antagonistas de TNF. ORENCA® pode ser usado como monoterapia ou em combinação com DMARDs orais que não sejam antagonistas do fator de necrose tumoral (TNF). CONTRAINDICAÇÕES: Pacientes com hipersensibilidade conhecida a abatacepte ou quaisquer de seus componentes. PRECAUÇÕES: Gravidez Categoria C: ORENCA® deve ser usado durante a gravidez somente se claramente necessário. Não há estudos adequados e bem-controlados em mulheres grávidas. Lactação: o abatacepte demonstrou estar presente no leite do rato. Não se sabe se o abatacepte é excretado no leite humano ou absorvido sistematicamente após a ingestão. Hipersensibilidade: medidas apropriadas de suporte médico para o tratamento de reações de hipersensibilidade devem estar disponíveis para uso no caso de uma reação. Infecções: a administração de ORENCA® deve ser descontinuada se um paciente desenvolver uma infecção séria. Uma taxa mais elevada de infecções sérias foi observada em pacientes tratados de forma concomitante com antagonistas do TNF e ORENCA®. Pacientes com resultados positivos na seleção para tuberculose devem ser tratados com a prática médica padrão antes da terapia com ORENCA® ou em 3 meses de sua descontinuação. Uso em Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): o uso de ORENCA® em pacientes com artrite reumatoide e DPOC deve ser feito com cuidado e esses pacientes devem ser monitorados em relação à pioria de sua condição respiratória. Imunossupressão: existe a possibilidade de drogas que inhibem a ativação da célula T incluindo ORENCA®, afetarem as defesas do hospedeiro contra infecções e malignidades uma vez que as células T median respostas imunocitulares. ADVERTÊNCIAS: A terapia concomitante com ORENCA® e um antagonista do TNF não é recomendada. Ao fazer a transição da terapia com antagonista do TNF para a terapia com ORENCA®, os pacientes devem ser monitorados para sinais de infecção. USO GERIATRICO: Como há uma maior incidência de infecções e malignidades na população idosa em geral, deve-se ter cuidado ao tratar idosos. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: A administração concomitante de um antagonista do TNF com ORENCA® está associada a um risco elevado de infecções sérias e nenhuma eficácia adicional significativa sobre o uso de antagonistas do TNF isoladamente. A terapia concomitante de ORENCA® e antagonistas do TNF não é recomendada. Não há experiência suficiente para avaliar a segurança e a eficácia de ORENCA® administrado concomitantemente com outra terapia biológica para artrite reumatoide, como anakinra, e, portanto, seu uso não é recomendado. Intereração com testes laboratoriais: o sistema de monitoração de glicose baseada na GDH-PQQ pode reagir com a maltose presente em ORENCA®, resultando em leituras falsas de elevação de glicose sanguínea no dia da infusão. REAÇÕES ADVERSAS: AR Geral: as reações adversas mais sérias foram infecções sérias e malignidade. Os eventos adversos mais comuns (> 10% dos pacientes) foram dor de cabeça, infecção do trato respiratório superior, rinite, sinusite, infecção do trato urinário, gripe e bronquite. As infecções: os eventos adversos que mais frequentemente resultaram em interrupção da dose foram infecção do trato respiratório superior (1,0%), bronquite (0,7%) e herpes-zóster (0,7%). As infecções mais frequentes que resultaram em interrupção da dose foram infecção do trato respiratório superior (0,2%), infecção urinária (0,2%) e bronquite (0,1%). Maligndades: nos estudos clínicos com ORENCA® um total de 8 casos de câncer de pulmão (0,21 casos por 100 pacientes/ano) e 4 linfomas (0,10 casos por 100 pacientes/ano) foram observados em 2.688 pacientes (3.827 pacientes/ano). Outras maligndades incluíram cânceres de pele de mama, do duto biliar, de bexiga, cervical, endometrial, linfoma, melanoma, síndrome mielodisplásica, ovariano, de próstata, renal, da tireoide e de útero. Reações relacionadas à infusão e reações de hipersensibilidade: os eventos relatados com mais frequência em pacientes tratados com ORENCA®, em comparação aos pacientes tratados com placebo, incluíram exacerbação da DPOC, tosse, roncos e dispneia. AJU / ARJ: As infecções ocorreram em uma frequência de 36%. As infecções mais comuns foram infecção do trato respiratório superior e rinite. As infecções se resolveram sem sequelas, e os riscos de infecções foram consistentes com os tipos comumente observados em populações pediátricas ambulatoriais. Outros eventos que ocorreram em prevalência de pelo menos 5% foram cefaleia, rinite, dor, dor e dor abdominal. POSOLOGIA: ORENCA® deve ser administrado como infusão intravenosa de 30 minutos. Após a administração inicial, ORENCA® deve ser administrado 2 e 4 semanas após a primeira infusão, depois a cada 4 semanas. Qualquer porção não utilizada nos frascos-ampola deve ser imediatamente descartada. Para pacientes adultos com AR, ORENCA® deve ser administrado nas seguintes doses: 500 mg (2 frascos-ampola) para pacientes com peso corporal < 60 kg, 750 mg (3 frascos-ampola) para pacientes com peso corporal entre 60 – 100 kg e 1g (4 frascos-ampola) para pacientes com peso corporal > 100 kg. A dose recomendada de ORENCA® para pacientes com 6 a 17 anos de idade com AJU / ARJ que pesam < 75 kg é de 10 mg/kg, calculada com base no peso corporal do paciente em cada administração. Os pacientes pediátricos com peso > 75 kg devem receber ORENCA® segundo-se o esquema posológico para adultos, não superando uma dose máxima de 1.000 mg. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA – USO RESTRITO A HOSPITAIS. Reg. MS – 1.0180.0390. A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**



# Abbott

Pioneirismo nos cuidados com a saúde

Sua capacidade de pesquisa diferenciada combina ciência e inovação para desenvolver medicamentos e tecnologias médicas avançadas. Com a missão de renovar a esperança na vida.



Medicamentos e produtos médicos, incluindo suplementos alimentares, equipamentos e métodos de diagnóstico.

**Abbott**  
A Promise for Life