

# Revista Paulista de Reumatologia

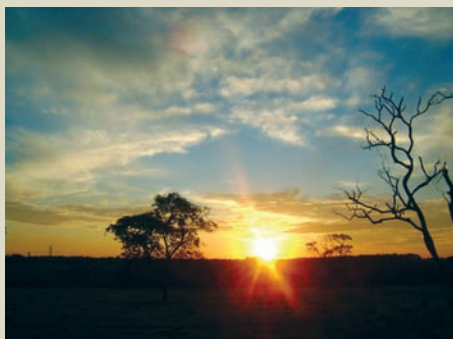
Volume 12

Número 2

Abr./jun. 2013

ISSN 1809-4635

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



Araraquara-SP, também conhecida como a "Morada do Sol"

Uma publicação trimestral da  
Sociedade Paulista de Reumatologia

## **PALAVRA DO PRESIDENTE**

- 3 Caros amigos PAULO LOUZADA JUNIOR

## **EDITORIAL**

- 4 A RPR é nossa!  
FÁBIO JENNINGS, HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA, NAFICE COSTA ARAÚJO, PAULO ROBERTO STOCO ROMANELLI, RENÉ DONIZETI RIBEIRO DE OLIVEIRA, SANDRA H. WATANABE

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

- 5 Síndrome Sapho: relato de caso  
*Sapho syndrome: case report*  
JOSÉ MARQUES FILHO

## **VISÃO DO EXPERT**

- 9 Capilaroscopia periungueal CRISTIANO B. CAMPANHOLO

## **RHEUMA**

- 12 Efeitos do treino aeróbico em pacientes com espondilite anquilosante:  
um estudo controlado e randomizado FÁBIO JENNINGS

## **PUBLICAÇÕES**

- 14 Top 10 FÁBIO JENNINGS, HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA, NAFICE COSTA ARAÚJO,  
PAULO ROBERTO STOCO ROMANELLI

## **ARTRÓFILO**

- 22 Encontro de Reumatologia Avançada HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA

## **ÉTICA**

- 26 O paciente *expert* JOSÉ MARQUES FILHO

## **DEFESA PROFISSIONAL**

- 28 A dignidade anda em falta PAULO ROBERTO STOCO ROMANELLI

## **RAIO X**

- 29 Setor de Reumatologia do Departamento de Pediatria da Unifesp/EPM/Hospital São Paulo  
PAULO ROBERTO STOCO ROMANELLI

## **IMAGEM EM REUMATOLOGIA**

- 31 Farmacodermia simulando dermatomiosite HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA

## **EM SENDO REUMATOLOGISTA**

- 33 Em sendo amigo(a) de um(a) reumatologista MÁRCIA GERARDI

## **LADO B – ALMA LITERÁRIA**

- 34 Reencontro ALZÍRTON FREIRE, MAURÍCIO RAPOSO DE MEDEIROS, SANDRA H. WATANABE,  
PLÍNIO JOSÉ DO AMARAL, ADIL MUHIB SAMARA

- 36 NOTICIÁRIO

- 45 AGENDA




VRAC\*Comunicação

Oferecer o máximo de tecnologia  
em medicamentos não era o suficiente.

**Era preciso que eles fossem  
acessíveis a todos os pacientes  
com Artrite Reumatoide.**

Tão importante quanto produzir medicamentos  
eficazes e com alta tecnologia é proporcionar  
saúde a mais pessoas.

Agora, os imunobiológicos da Roche  
para tratamento da Artrite Reumatoide foram  
incluídos no mercado público, permitindo acesso  
aos pacientes em **todo o Brasil**.

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



**Conselho Editorial**

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

**Correspondência**

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

**Sociedade Paulista de Reumatologia**

**DIRETORIA EXECUTIVA 2012/2013**

**Presidente**

Paulo Louzada Junior

**Vice-Presidente**

Silvio Figueira Antonio

**Diretor Científico**

Eduardo Ferreira Borba Neto

**1º Secretário**

Flávio Calil Petean

**2º Secretário**

José Alexandre Mendonça

**1º Tesoureiro**

Marcelo de Medeiros Pinheiro

**2º Tesoureiro**

Renê Donizeti Ribeiro de Oliveira

**Presidente Eleito 2014/2015**

Dawton Yukito Torigoe

**Conselho Fiscal e Consultivo**

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

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

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

**Comissão Científica**

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

**Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional**

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

**Comissão de Educação Médica**

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

**Comissão do Interior**

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

**Representantes da Reumatologia Pediátrica**

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

**Site**

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

**Endereço**

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

**Et Cetera Editora de Livros e Revistas**

**Direção**

Kleber Kohn

**Coordenação**

Silvia Souza

**Jornalista**

Luciana C. N. Caetano (MTb 27.425)

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

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

www.etceteraeditora.com.br

## Caros amigos

Em março de 2013, realizamos dois grandes eventos, que muito nos orgulhamos: o Curso de Atualização em Reumatologia (200 participantes) e o Encontro de Reumatologia Avançada (450 participantes). Gostaria imensamente de agradecer a todos que ajudaram a tornar ambos os eventos um marco em termos de atualização científica e confraternização. No segundo semestre, estaremos promovendo

o Curso de Atualização em Imunologia, o III Encontro de Reumatologia do Interior e a Jornada Paulista de Reumatologia. Espero que esses eventos sejam tão proveitosos para os sócios da SPR quanto foram os que ocorreram em março.

Grande abraço,



PAULO LOUZADA JUNIOR

*Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia*

*Gestão 2012/2013*



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

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

## A RPR é nossa!



A *Revista Paulista de Reumatologia* é, estatutariamente, um órgão oficial da Sociedade Paulista de Reumatologia. Por meio deste veículo, a diretoria da SPR comunica aos associados conhecimento, informações e pontos de vista sobre os mais diversos assuntos do universo dos reumatologistas. Por outro lado, a *RPR* também é uma forma importante de você, leitor, participar ativamente de nossa Sociedade. Reclamar, reivindicar, criticar, lançar sugestões, divulgar seu trabalho, fazer-se ouvir, enfim.

Todas as nossas seções estão abertas a sua contribuição. Gostaríamos de receber artigos de cunho científico, além de textos que versem sobre seu dia a dia, profissional e pessoal. Suas dificuldades, desabafos e opiniões terão espaço em nossas páginas. A *RPR* é democrática. Acolhe a todos, acadêmicos e clínicos, experientes e novatos, sempre em prol de um bem único, nossa especialidade.

Acreditamos em nossa capacidade de aperfeiçoamento e transformação. Grandes ideias podem ser viabilizadas e não devem ser guardadas no fundo da gaveta.

Nós, editores, trabalhamos para que sua voz seja ouvida. Participe. A *RPR* é nossa!

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

*Editores*

### NOSSOS CONTATOS

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

# Síndrome Sapho: relato de caso

## *Sapho syndrome: case report*

José Marques Filho

Médico especialista em Reumatologia e Clínica Médica. Doutor em Bioética  
Departamento de Clínica Médica da Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba-SP

Endereço para correspondência: Clínica de Reumatologia e Fisioterapia.  
Rua Silva Jardim, 343, Centro, CEP 16010-340, Araçatuba-SP  
E-mail: filho.jm@bol.com.br

### RESUMO

A síndrome Sapho (acrônimo de sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte) é uma rara afecção inflamatória musculoesquelética de etiologia desconhecida, mais frequente em adultos jovens e crianças, com envolvimento inflamatório osteoarticular e manifestações cutâneas. Trata-se do caso de um adolescente de 15 anos de idade, com quadro de *acne fulminans*, sintomatologia sistêmica (febre e perda ponderal), oligoartrite e osteíte, com resposta terapêutica adequada com o uso de anti-inflamatório não hormonal. Destaca-se a importância da cintilografia óssea para o diagnóstico e a inclusão da síndrome Sapho como diagnóstico diferencial nos casos com dor em parede anterior do tórax, manifestações musculoesqueléticas e cutâneas, principalmente *acne fulminans* e pustulose palmoplantar.

**Unitermos:** Sapho, cintilografia óssea, *acne fulminans*.

### SUMMARY

*Sapho syndrome (acronym of synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis and osteitis) is a rare chronic inflammatory disorder of unknown etiology observed in young adults and children, with involves both osteo-articular inflammation and skin lesions. This case report is a 15 year old boy with acne fulminans, fever, lost weight, oligoarthritis and osteitis with a good response to nonsteroidal antiinflammatory drugs. Bone scintigraphy has a prominent role in the diagnosis. This syndrome must be considered for each patient presenting with pain in the upper anterior chest wall associated with skin lesions, mainly acne fulminans and palmoplantar pustulosis.*

**Key words:** Sapho, scintigraphy, acne fulminans.

### INTRODUÇÃO

A síndrome Sapho é uma afecção inflamatória musculoesquelética incomum, de etiologia desconhecida, observada com maior frequência em crianças e adultos jovens.

Em geral, cursa com períodos de exacerbação e remissão, sem resposta à antibioticoterapia.

Foi descrita inicialmente por Chamot et al.<sup>(1)</sup>, após a realização de um estudo retrospectivo multicêntrico na França, para verificar possível correlação entre cinco manifestações clínicas, radiológicas e patológicas frequentemente associadas, das quais deriva o acrônimo que a denomina: sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte.

Os componentes básicos da síndrome são a hiperostose e a osteíte inflamatória. Esses achados tornam obri-

gatório que o clínico e o radiologista considerem a possibilidade diagnóstica da síndrome<sup>(2)</sup>.

As manifestações cutâneas mais frequentes na síndrome incluem pustulose, formas graves de acne e hidradenite supurativa.

A ausência de manifestações cutâneas não exclui o diagnóstico, pois elas podem aparecer antes, durante ou após o quadro osteoarticular.

A patogênese permanece desconhecida.

O objetivo deste relato de caso é descrever os achados clínicos e laboratoriais dessa síndrome – que talvez não seja tão rara – e alertar para a necessidade de incluí-la como diagnóstico diferencial nos casos que cursam com sinovite, osteíte e manifestações cutâneas.

## RELATO DE CASO

Trata-se de paciente do sexo masculino, 15 anos de idade, com 1,72 m de altura e 51 kg de peso.

Referia quadro de piora importante de acne no rosto havia aproximadamente dois meses.

Estava em tratamento com dermatologista, em uso de clindamicina tópica e azitromicina por via oral desde o início do quadro, com resposta parcial das lesões.

A mãe informou que o paciente apresentou quadro caracterizado por apatia, transtornos depressivos, que se recusava a sair de casa e a ter convívio social desde o início da piora das lesões no rosto. Referia também inapetência e perda de aproximadamente seis quilos de peso.

Apresentou quadro febril persistente, com queixas de dor difusa e dificuldade para deambular cerca de três semanas antes da avaliação reumatológica.

Não apresentava antecedentes mórbidos e nem fazia uso regular de medicamentos, exceto os relacionados ao tratamento da acne.

Ao exame apresentava-se em regular estado geral, levemente descorado, apático, com intensa dificuldade para deambular, necessitando de apoio para subir na maca de exames.

Pressão arterial de 110 x 70 mmHg, pulso de 108 batimentos por minutos, temperatura de 37,6 °.

A ausculta precordial demonstrava sopro sistólico em ápice, suave, ++/++++, sem irradiação.

Ausência de hepatoesplenomegalia, adenopatias e outras lesões cutâneas, exceto as lesões acneiformes localizadas na face, apresentando intenso eritema difuso, com descamação.

O exame osteoarticular demonstrava um quadro de oligoartrite muito sintomática (punho direito, joelho direito e quadril esquerdo), com evidente impotência funcional. O cotovelo direito apresentava-se em flexão fixa, com dor intensa na região do antebraço.

Os exames laboratoriais demonstraram uma anemia normocrômica e normocítica (hemoglobina de 10,8 g/dl e hematócrito de 33,5%), leucograma sem leucocitose, elevação de provas de fase aguda (velocidade de hemossedimentação de 64 mm na primeira hora e proteína C reativa de 12 mg/dl), funções hepática e renal preservadas, ausência de anticorpos antinucleares e fator reumatoide, tipagem HLA B27 negativa. As hemoculturas foram negativas para agentes bacterianos.

O ecocardiograma demonstrou prolapso valvar mitral, sem degeneração mixomatosa. Ausência de alterações radiológicas ósseas e articulares nos sítios afetados.

Cintilografia óssea (**Figura 1**): imagens de todo o esqueleto nas projeções anterior e posterior foram obtidas em câmara de cintilação computadorizada, três horas após injeção venosa de <sup>99</sup>Tc-MDP. Observa-se hipercaptação do radiofármaco no 1/3 proximal do rádio direito. No restante do esqueleto, a distribuição é fisiológica. Interpretação: lesão osteogênica focal no rádio direito.

Feita a hipótese diagnóstica de Sapho, iniciou-se terapia com anti-inflamatório não hormonal (naproxeno 500 mg via oral, duas vezes ao dia).

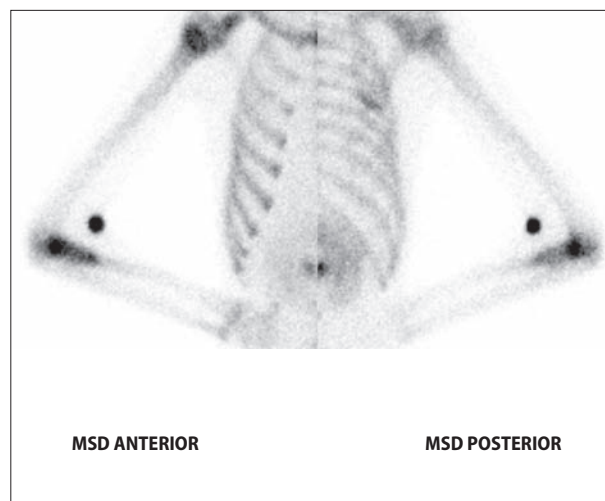
Evoluiu com resposta favorável, apresentando completa remissão do quadro clínico e laboratorial após cerca de dois meses do início da terapia, sem necessidade de terapêuticas adicionais.

## DISCUSSÃO

A associação de lesões cutâneas a manifestações osteoarticulares é relativamente comum na reumatologia.

A síndrome Sapho foi cunhada por Chamot et al.<sup>(1)</sup> em um estudo multicêntrico, retrospectivo, que objetivava estudar a possível correlação entre diversos quadros cutâneos e variadas manifestações osteoarticulares, principalmente osteíte asséptica, sinovite e hiperostose.

A associação de pustulose palmoplantar e osteomielite clavicular bilateral asséptica foi descrita por Kato et al.<sup>(3)</sup> em 1968, gerando uma série de publicações posteriores.



**Figura 1** – Cintilografia óssea – osteíte em terço proximal do rádio direito.



O processo inflamatório esquelético asséptico é o denominador comum dessas manifestações.

Condições semelhantes têm sido discutidas sob uma variedade de nomes, incluindo, “artro-osteíte pustulótica” e “hiperostose esternoclavicular”<sup>(2)</sup>.

Os autores que descreveram a síndrome<sup>(1)</sup> definiram três critérios, bastando a presença de apenas um para a caracterização do quadro: (1) osteíte multifocal asséptica com ou sem manifestações cutâneas; (2) inflamação articular estéril aguda ou crônica associada à pústula ou psoríase palmo plantar, acne ou hidradenite; (3) osteíte estéril, na presença de uma das manifestações cutâneas acima citadas.

Neste relato de caso, as manifestações sistêmicas e osteoarticulares iniciaram logo após o surgimento de *acne fulminans*, em adolescente com quadro de acne vulgar.

Os envolvimento cutâneos mais característicos da síndrome são a pustulose palmoplantar e a acne severa<sup>(1,3,4)</sup>.

A *acne fulminans* é uma manifestação rara, que pode ocorrer durante a evolução da acne vulgar, principalmente em adolescentes masculinos. Pode ser acompanhada de sintomatologia sistêmica, tal como febre, emagrecimento e poliartralgias.

A *acne fulminans* foi descrita por Plewig e Kligman em 1975. Essa denominação foi adotada – e utilizada atualmente – em substituição a outras denominações, como acne conglobata necrótica ulcerativa e acne maligna<sup>(4)</sup>.

O quadro caracteriza-se por formação de placas, nódulos hemorrágicos e úlceras com fundo necrótico que evoluem para cicatrizes extensas, principalmente em face, dorso, tórax e, raramente, coxas, quase sempre com sintomatologia sistêmica.

A etiopatogenia ainda não é completamente conhecida. Fatores como hereditariedade, reações imunológicas de hipersensibilidade e infecções bacterianas, porém, podem estar envolvidas no quadro. O uso de algumas drogas, principalmente isotretinoína, tetraciclina e testosterona, pode ser um fator desencadeante do quadro<sup>(4)</sup>.

As manifestações cutâneas estão presentes de 20% a 60% dos casos e podem aparecer em qualquer tempo durante a manifestação da síndrome.

A afecção cutânea mais frequente é a pustulose palmo plantar, seguida de *acne fulminans*, foliculite acneiforme, hidradenite supurativa, psoríase, síndrome de Sweet e pioderma gangrenoso<sup>(5)</sup>.

O envolvimento osteoarticular caracteriza-se basicamente por osteíte, hiperostose e sinovite.

A osteíte é uma manifestação frequente da síndrome, caracterizada por infiltrado inflamatório estéril ao exame histopatológico. Pode se manifestar em diversos sítios. Afeta usualmente a parede torácica, vértebras e pelve, porém, pode envolver a mandíbula e ossos longos<sup>(6)</sup>. O envolvimento de ossos longos é mais característico em crianças e adolescentes<sup>(7)</sup>, como neste relato de caso.

A maioria dos pacientes tem sinovite axial ou periférica, prevalecendo o envolvimento axial, enquanto o acometimento periférico é geralmente assimétrico e de grandes articulações<sup>(8)</sup>.

A sacroileíte aparece em cerca de 40% dos casos e 30% são HLA B27 positivos, levando muitos autores a classificar a síndrome com uma espondiloartrite e artrite reativa<sup>(9,10)</sup>.

A hiperostose é muito frequente e um achado dominante. A parede torácica anterior é o local mais acometido, principalmente a articulação esternoclavicular. O processo inflamatório crônico desse local se caracteriza por evoluir em três fases: (a) entesopatia primária, (b) comprometimento da articulação com esclerose óssea e (c) hiperostose<sup>(2)</sup>.

O diagnóstico é fundamentalmente clínico, podendo ser auxiliado por métodos de imagem. Os exames laboratoriais, em geral, mostram alteração nas provas de atividade inflamatória. Destaca-se a importância da cintilografia óssea, evidenciando hipercaptação nas áreas acometidas, principalmente nos processos inflamatórios ósseos.

Não há tratamento específico para a síndrome Sapho.

Os anti-inflamatórios não hormonais devem sempre ser a primeira escolha. Alguns estudos relatam respostas excelentes ao uso isolado desses agentes, como neste relato de caso<sup>(8)</sup>.

Em casos mais severos outros agentes têm sido usados com sucesso, como corticosteroides em doses anti-inflamatórias, metotrexato, colchicina, ciclosporina, pamidronato e agentes antiTNF-alfa<sup>(5,6,10)</sup>.

Concluindo, a síndrome Sapho deve ser incluída como diagnóstico diferencial em pacientes com quadro de dor na parede torácica anterior ou outros sintomas osteoarticulares, acompanhados de manifestações dermatológicas, principalmente *acne fulminans* e pustulose palmoplantar.

## REFERÊNCIAS

1. Chamot AM, Benhamou CL, Kahn MF, Beraneck L, Kaplan G, Prost A. Le syndrome acné pustulose hyperostose osteíte (SAPHO): résultats d'une enquête nationale – 85 observations. *Rev Rhum Mal Osteoartic.* 1987;54:187-96.
2. Guerra JG, Corrêa Lima FA, Macedo LMG, Rocha AAL, Fernandes JL. Síndrome SAPHO: entidade rara ou subdiagnosticada? *Radiol Bras.* 2005;38:265-71.
3. Kato T, Kambara H, Hoshi E. Case of bilateral clavicular osteomyelitis with palmar and plantar pustulosis. *Seikei Geka.* 1968;19:590-3.
4. Zanelato TP, Gontijo GMA, Alves CAXM, Lopes Pinto JCC, Cunha PR. Acnes fulminans incapacitante. *An Bras Dermatol.* 2011;86:9-12.
5. Souza A, Solomon GE, Strober BE. SAPHO syndrome associated with hidradenitis suppurativa successfully treated with infliximab and metrotexate. *Bull NYU Hosp Jt Dis.* 2011;69:185-7.
6. Machado LG, Capp AA, Paes MAS, Oliveira RB, Bonfante HL. Uso de pamidronato na síndrome SAPHO. *Rev Bras Reumatol.* 2005;45:409-12.
7. Silva PCG, Goldenzom AV, Rodrigues MCF, Oliveira EF, Silva PCG. Desafios no diagnóstico e tratamento de um caso de síndrome SAPHO na infância. *An Bras Dermatol.* 2011;86: S46-9.
8. Hayem G, Bouchaud-Chabot A, Benali K, et al. SAPHO syndrome: a long-term follow-up study of 120 cases. *Semin Arthritis Rheum.* 1999;29:159-71.
9. Takigawa T, Tanaka M, Nakanishi K, et al. SAPHO syndrome associated spondylitis. *Eur Spine.* 2008;17:1391-7.
10. Garcovich S, Amelia R, Magarelli N, Valenza V, Amerio P. Long Term treatment of severe SAPHO syndrome with adalimumabe: case report and a review of the literature. *Am J Clin Dermatol.* 2012;13:55-9.



## CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL



CRISTIANO B. CAMPANHOLO

Assistente da Reumatologia da Santa Casa de São Paulo.

Membro da Sociedade Paulista de Reumatologia (SPR) (Comissão Científica: 2012-2013),

da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) e do GRAPPA

(Group for Research and Assessments of Psoriasis and Psoriatic Arthritis)

Meu primeiro contato com um caso de artrite psoriásica (APs) ocorreu durante a residência médica em reumatologia, e chamou minha atenção a presença de edema difuso do 2º e 4º dedos da mão direita, que os limitava para flexão e que pouco respondeu ao uso de corticosteroide, anti-inflamatórios não esteroidais (Aines) e metotrexato, na ocasião medicamentos tidos como opção terapêutica. Intrigou-me ainda mais o fato de outras articulações responderem ao tratamento instituído e aqueles dedos, não.

Aprofundando o estudo do tema, passei a compreender que não se tratava apenas da concomitância de duas doenças, psoríase e artrite reumatoide (AR), mas sim de uma entidade com características distintas, conforme já proposto por Moll e Wright ao final da década de 1960 e confirmado nas publicações da última década.

### SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS

Estudos da última década confirmam o conceito de a APs e a AR serem doenças distintas do ponto de vista histológico e radiográfico<sup>(1-3)</sup>. Em AR, a presença de peptídeos citrulinados intracelulares e anticorpos está aumentada na zona da linha, enquanto na APs há uma hipervascularização, aumento de linfócitos CD163 e polimorfonucleares além de moléculas de adesão intracelular-1 na membrana sinovial<sup>(4)</sup>.

Comparação de grupos de pacientes com AR e APs em suas formas poliarticular e oligoarticular demonstrou que a AR tem maior número e simetria de articulações acometidas, nódulos reumatoides, presença de fator reumatoide e anti-CCP, enquanto a APs tem maior frequência de dactilites, entesites e envolvimento axial<sup>(5)</sup>.

Radiografias podem evidenciar achados de diminuição de espaço em articulações interfalangianas, sem osteopenia periarticular, com neoformação óssea além da possibilidade de irregularidades no periósteo justa articular. Outro achado típico da APs é a imagem de "lápis na xícara", que corresponde à osteólise marginal de extremidades falangianas. Métodos de imagem como ultrassonografia e ressonância magnética demonstraram mais anormalidades nas estruturas periarticulares da APs, inferindo uma fisiopatologia entesítica<sup>(6)</sup>.

### PSORÍASE E ARTRITE PSORIÁSICA: EXTENSÃO DE UMA MESMA DOENÇA?

A psoríase é uma doença inflamatória autoimune complexa, que ocorre em indivíduos geneticamente suscetíveis e se apresenta com o desenvolvimento de placas inflamatórias eritematodescamativas na pele. Acomete cerca de 2% a 3% da população e, segundo o senso da Sociedade Brasileira de Dermatologia realizado em 2000, corresponde a 2,5% dos atendimentos por dermatologistas, ocupando assim o décimo lugar do *ranking* cutâneo<sup>(7)</sup>.

Estímulos antigênicos contribuem para a ativação das células dendríticas plasmocitoides e outras células imunes inatas na pele. Citocinas pró-inflamatórias, incluindo o interferon alfa, são produzidas e ativam células dendríticas mieloides na pele, que, por sua vez, produzem outras citocinas, como interleucina (IL) -23 e IL-12, que estimulam a atração, a ativação e a diferenciação de células-T. Estas estimulam a proliferação de queratinócitos, peptídeos antimicrobianos e citocinas pró-inflamatórias<sup>(4)</sup>.

Manifestações extracutâneas da doença, como uveítes, inflamações intestinais, alterações no metabolismo de glicose, lípidos e uratos, podem ocorrer. Até 42% dos pacientes com psoríase podem apresentar acometimento musculoesquelético envolvendo enteses, articulações e/ou esqueleto axial.

### QUANDO PENSAR EM ARTRITE PSORIÁSICA?

Sintomas típicos da APs são: dor de caráter inflamatório em articulações, enteses e/ou coluna vertebral em indivíduos que tenham história atual, prévia ou familiar de psoríase cutânea ou ungueal, o que corresponde à maioria dos casos. Geralmente com fator reumatoide negativo e achados radiográficos compatíveis com uma doença proliferativa e, ao mesmo tempo, erosiva<sup>(8)</sup>.

Cerca de 75% dos pacientes já apresentam lesões cutâneas ao surgimento do quadro articular. Em outros 10%, ocorrem simultaneamente. Em apenas 15% dos casos, o envolvimento articular precede o cutâneo.

Sendo assim, em pacientes com entesites, artrites ou doença axial, a procura sistematizada por lesões cutâneas em áreas específicas, como couro cabeludo, orelhas, cicatriz umbilical, sulco interglúteo e face extensora de cotovelos e joelhos, pode ser de grande contribuição para o diagnóstico de doença psoriásica.

O diagnóstico de APs será mais desafiador quando a doença articular anteceder a apresentação cutânea, necessitando de melhor caracterização clinicoradiológica.

### FORMAS DE APRESENTAÇÃO

Moll e Wright caracterizaram as apresentações musculoesqueléticas da doença, classificando-as em mono ou oligoarticular; poliarticular semelhante à artrite reumatoide, clássica, mutilante e axial<sup>(9)</sup>.

O envolvimento de articulações interfalangeanas distais e das unhas é denominado de forma clássica por ser muito sugestiva de APs. Entretanto, não é uma das mais frequentes.

As apresentações oligo e poliarticular são as mais frequentes, acometem grandes e pequenas articulações, porém, tendem a ser menos simétricas que a AR. A forma axial acontece em idades superiores aos indivíduos espondilíticos e se observa assimetria dos sindesmófitos ao raio X, lembrando o aspecto da hiperosteose idiopática difusa do esqueleto (DISH).

A forma mutilante, redefinida durante o encontro anual do GRAPPA (Group for Research and Assessments of Psoriasis and Psoriatic Arthritis) de 2012, foi caracterizada por deformidade articular com achados radiográficos que incluem o encurtamento retrátil dos dedos (telescopagem) resultante de grave osteólise, erosões de ambos os lados da articulação, lesões de "lápiz na xícara", subluxação e/ou anquilose<sup>(10)</sup>.

Casuística brasileira demonstrou ocorrência de 26% de pacientes na forma mono/oligoarticular, 34% na poliarticular, 26% na axial, 8% na clássica e 6% na mutilante<sup>(11)</sup>, distribuição semelhante à casuística canadense, com exceção da forma axial, bem menos frequente nessa população<sup>(12)</sup>.

### COMO É O TRATAMENTO DA ARTRITE PSORIÁSICA?

As diferentes apresentações clínicas têm respostas variadas ante a utilização de fármacos. Dessa maneira, sugere-se que os pacientes sejam devidamente classificados quanto a seus acometimentos, visando à melhor escolha terapêutica.

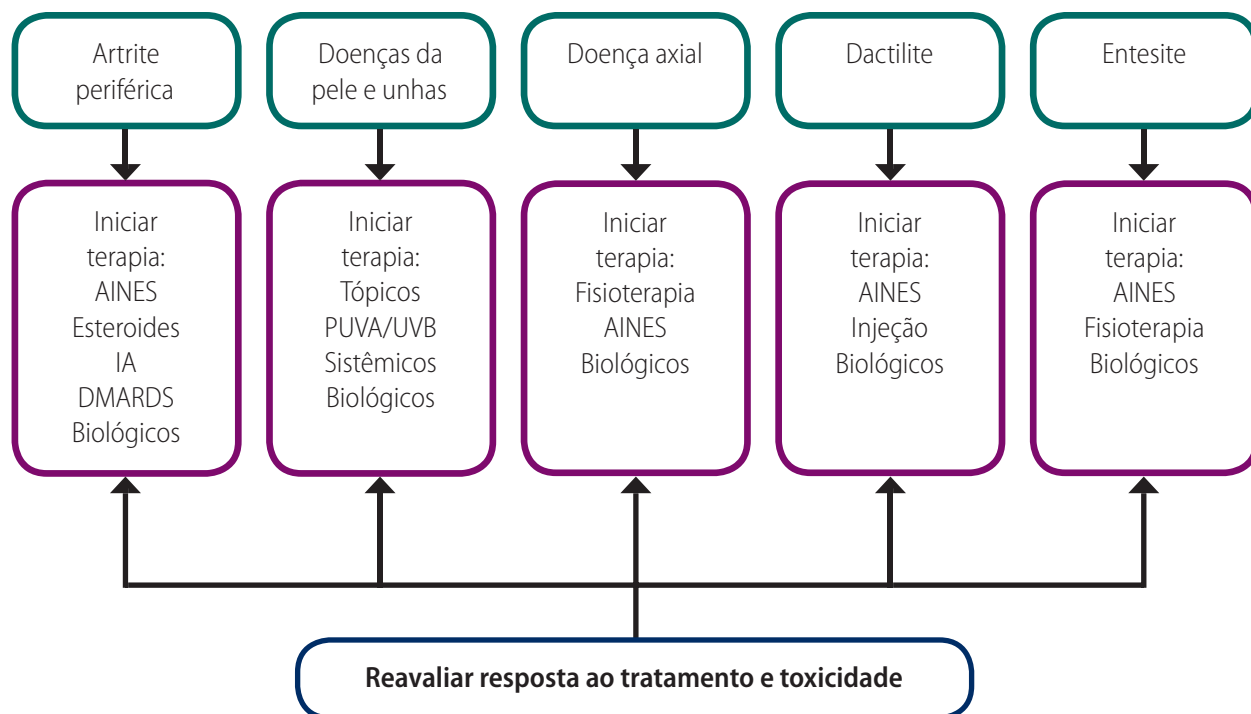
Medidas educacionais e reabilitação física são mandatórias em todos os casos.

Formas entesíticas, axiais e dactilíticas podem ser beneficiadas com o uso de anti-inflamatórios não hormonais; em sua falha, têm como opção os agentes anti-TNF.

Formas de acometimento articular periférico, seja mono, oligo ou poliarticular, podem receber drogas modificadoras, como metotrexato, leflunomida, ciclosporina e/ou sulfassalazina em monoterapia ou combinações de duas. Infiltrações intra-articulares de corticosteroides também são possíveis e de grande valia. Na falha a esses esquemas propostos, podemos utilizar agentes anti-TNF.

A avaliação da atividade inflamatória deve ser objetiva e ocorrer de forma sistemática. Para isso, foi proposta a ferramenta conhecida como *score* de Mínima Atividade de Doença (MDA), que leva em consideração o número de articulações edemaciadas e dolorosas, avaliação do paciente em relação à dor e à própria atividade da doença, questionário de saúde (HAQ), atividade da doença cutânea e entesites<sup>(13)</sup>. Dessa forma, pacientes que alcançam essa meta evoluem com menor incidência de danos radiográficos e perdas funcionais relacionados à atividade da doença.

### Terapêutica direcionada APS<sup>(8)</sup>



### REFERÊNCIAS

1. Baeten D, Kruithof E, De Rycke L, et al. Diagnostic classification of spondylarthropathy and rheumatoid arthritis by synovial histopathology: a prospective study in 154 consecutive patients. *Arthritis Rheum.* 2004;50:2931-41.
2. Kruithof E, Baeten D, De Rycke L, et al. Synovial histopathology of psoriatic arthritis, both oligo- and oligoarticular, resembles spondyloarthropathy more than it does rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther* 2005;7:R569-80.
3. McGonagle D, Conaghan P, Emery P. Psoriatic arthritis: a unified concept 20 years on. *Arthritis Rheum* 1999;42:1080-6.
4. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med.* 2009; 361(5):496.
5. Helliwell PS, Porter G, Taylor WJ. Polyarticular psoriatic arthritis is more like oligoarticular psoriatic arthritis, than rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:113-7.
6. Jacobson JA, Girish G, Jiang Y, et al. Radiographic Evaluation of Arthritis: Inflammatory Conditions Radiology. 2008; 248:378-89.
7. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Censo Brasileiro Dermatológico 2006. Disponível em: <[http://www.sbd.org.br/download/censo\\_dermatologico2006.pdf](http://www.sbd.org.br/download/censo_dermatologico2006.pdf)>.
8. Gossec L, Smolen JS, Gaujoux-Viala C. European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. *Ann Rheum Dis.* 2012;71(1):4-12.
9. Moll JMH, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 1973;3:55-78.
10. Haddad A, Chandran V. Arthritis mutilans. *Curr Rheumatol Rep.* 2013;15:321.
11. Goldstein-Schainberg C, Favarato MH, Ranza R. Current and relevant concepts in psoriatic arthritis. *Rev Bras Reumatol.* 2012;52(1):98-106.
12. Eder L, Shanmugarajah S, Thavaneswaran A, et al. The association between smoking and the development of psoriatic arthritis among psoriasis patients. *Ann Rheum Dis.* 2012; 71:219-24.
13. Coates LC, Helliwell PS. Validation of minimal disease activity criteria for psoriatic arthritis using interventional trial data. *Arthritis Care Res.* 2010;62:965-9.

# EFEITOS DO TREINO AERÓBIO EM PACIENTES COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE: UM ESTUDO CONTROLADO E RANDOMIZADO

## INTRODUÇÃO

A espondilite anquilosante (EA) é uma doença inflamatória sistêmica que afeta principalmente o esqueleto axial e compromete a capacidade física global dos pacientes. Apesar de os exercícios físicos serem parte fundamental do tratamento, faltam estudos sobre os efeitos de programas específicos e sobre os mecanismos pelos quais os exercícios determinam a melhora clínica dos pacientes com EA.

## OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos do exercício aeróbio na capacidade funcional, na mobilidade, na atividade de doença, na qualidade de vida, na capacidade aeróbia, nos níveis lipídicos e nos níveis plasmático de citocinas (TNF- $\alpha$ , IL-10, IL-6 e IL-1 $\beta$ ), em pacientes com EA.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foram incluídos 70 pacientes classificados como EA pelos critérios modificados de Nova Iorque e com medicação de base estável.

Os pacientes foram randomizados em dois grupos. O grupo intervenção (GI) realizava 50 minutos de caminhada na frequência cardíaca do limiar anaeróbio, seguida de alongamentos, três vezes por semana, por 12 semanas. O grupo controle (GC) realizava somente os exercícios de alongamento, três vezes por semana, por um período de 12 semanas.

Os instrumentos de avaliação foram os seguintes: capacidade funcional avaliada pelo Basfi (*The Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index*), pelo HAQ-S (*Health Assessment Questionnaire for spondyloarthritis*) e pelo teste de caminhada de seis minutos (TC6); mobilidade pelo Basmi (*The Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index*) e pela medida da expansibilidade torácica; e atividade de doença avaliada pelo Basdai (*The Bath*

*Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*) e pelo Asdas (*Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score*).

A capacidade aeróbia foi avaliada por meio de teste ergoespirométrico em esteira, seguindo um protocolo incremental. Foram utilizadas técnicas laboratoriais de rotina, para a determinação dos níveis plasmáticos de lipídios. Os níveis plasmáticos de TNF- $\alpha$ , IL-10, IL-6 e IL-1 $\beta$  foram mensurados pelo método Elisa. As quantidades de analgésico e anti-inflamatório utilizadas pelos pacientes durante o programa foram monitorizadas. As avaliações foram realizadas por avaliador cego imediatamente antes da randomização, após 6, 12 e 24 semanas do início do programa. Foi utilizada análise de intenção de tratar.

## RESULTADOS

Trinta e cinco pacientes foram randomizados para o GI e 35, para o GC. Dois pacientes do GC e um paciente do GI saíram do programa, pois alegaram dificuldades de permissão no trabalho.

Na avaliação inicial, os grupos eram homogêneos quanto às variáveis clínicas e demográficas. Houve melhora significativa no Basfi, HAQ-S, Basmi, Basdai e Asdas em ambos os grupos ( $p < 0,05$ ); contudo, não houve diferença entre os grupos. Houve melhora significativa somente no domínio capacidade física do SF-36, porém, sem diferença intergrupo.

Ocorreu aumento significativo na distância percorrida no TC6 no GI em comparação com o GC ( $p < 0,001$ ). O GI mostrou melhora significativa da capacidade cardiopulmonar, ao longo do tempo, enquanto as variáveis permaneceram inalteradas no GC.

Houve diferença significativa entre os grupos nos valores absolutos de pico de captação de oxigênio ( $VO_2$  pico) ( $p = 0,049$ ) e pulso de oxigênio pico ( $p = 0,039$ ). Os níveis de colesterol e triglicerídeos não alteraram, em ambos os grupos. Os níveis de TNF- $\alpha$ , IL-6 e IL-1 $\beta$  não

alteraram, ao longo do tempo, em ambos os grupos. Os níveis de IL-10 diminuíram, em ambos os grupos, comparados com a avaliação inicial ( $p < 0,001$ ); porém, não houve diferença entre os grupos. As quantidades de analgésico e anti-inflamatório consumidas foram semelhantes, em ambos os grupos.

## CONCLUSÕES

Em pacientes com EA, o treino aeróbio não determinou benefícios adicionais na capacidade funcional, na mobilidade, na atividade da doença, na qualidade de vida e nos

níveis lipídicos quando comparados com os exercícios de alongamento isoladamente.

O treino aeróbio associado aos exercícios de alongamentos melhorou a distância percorrida durante a caminhada e a capacidade aeróbia em pacientes com EA. O treino aeróbio por 12 semanas não determinou mudanças nos níveis plasmáticos de TNF- $\alpha$ , IL-10, IL-6 e IL-1  $\beta$ .

FÁBIO JENNINGS

*Doutor em Reumatologia  
pela Universidade Federal de São Paulo*

## TOP 10

### 1. FORÇA MUSCULAR, CONDICIONAMENTO FÍSICO E BEM-ESTAR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL E OS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE EXERCÍCIOS: UM ESTUDO CONTROLADO E RANDOMIZADO

*Muscle strength, physical fitness and well-being in children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis and the effect of an exercise programme: a randomized controlled trial.* Sandstedt E, Fasth A, Eek MN, Beckung E. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2013 Feb 22;11(1):7

Em pacientes com artrite idiopática juvenil (AIJ) é comum o prejuízo do condicionamento físico, da força muscular e do bem-estar em comparação com indivíduos pareados saudáveis. O tratamento com as novas drogas biológicas tem possibilitado um impacto positivo nos sintomas, levando a uma melhora na capacidade de realizar exercícios. O objetivo do estudo realizado por Sandstedt et al. foi avaliar os efeitos de um programa de exercícios com saltos na força muscular, condicionamento físico e bem-estar de pacientes com AIJ. Foram selecionados 54 crianças e adolescentes com AIJ entre 9 e 21 anos de idade para um programa de 12 semanas. Os participantes foram randomizados em um grupo que realizava exercícios (n=33) e outro, que era o grupo controle (n=21). A força muscular foi avaliada por um dinamômetro manual em oito grupos musculares (ombros, cotovelos, quadris, joelhos e tornozelos) e com dinamômetro para força de preensão. A amplitude de movimento foi avaliada por um goniômetro plástico e o equilíbrio, pelo *Balance Reach Test* para crianças. O condicionamento foi avaliado pelo *Step-test*, durante o qual foram documentadas a frequência cardíaca e a escala de Borg. A qualidade de vida foi mensurada pelos questionários *Child Assessment Questionnaire (CHAQ)* e pelo *Child Health Questionnaire (CHQ)*. Os instrumentos foram aplicados antes do programa, três e seis meses após, por um fisioterapeuta, cego para a alocação dos participantes. O programa era domiciliar, três vezes por semana e consistia de pular corda, exercícios de fortalecimento axial e exercícios com peso livre para

membros superiores. Na avaliação inicial, os grupos eram homogêneos e foi observada fraqueza muscular dos extensores e abdutores de quadril e da força de preensão. No grupo que realizou exercícios, houve aumento da força nos extensores de quadril e joelhos após 12 semanas e foi mantida nos extensores de joelhos na avaliação de seis meses. Não houve mudanças no condicionamento físico e nas escalas de qualidade de vida. O programa foi bem tolerado e não piorou a dor durante o acompanhamento. Os autores concluíram que o programa de três meses determinou melhora da força muscular em membros inferiores e foi bem tolerado por pacientes com AIJ. Como limitações do estudo, citamos o fato de ter sido domiciliar sem supervisão e com pequeno tempo de acompanhamento. Também, os instrumentos de avaliação para força muscular e condicionamento físico poderiam ter sido mais adequados.

### 2. UM PROGRAMA DE EXERCÍCIOS DE CINCO ANOS EM CRIANÇAS PRÉ E PERIPUBERAIS MELHORA A MASSA E TAMANHO ÓSSEOS SEM AFETAR O RISCO DE FRATURA

*A 5-year exercise program in pre- and peripubertal children improves bone mass and bone size without affecting fracture risk.* Detter FT, Rosengren BE, Dencker M, Nilsson JÅ, Karlsson MK. *Calcif Tissue Int.* 2013;92(4):385-93

A atividade física durante a fase de crescimento é associada a elevado pico de massa óssea, e aproximadamente metade da variação da massa óssea aos 70 anos é predita por esse pico de massa óssea. Contudo, o risco de fraturas pode ser aumentado em crianças com altos níveis de atividade física. Então, os autores resolveram realizar um estudo controlado e prospectivo com objetivos de avaliar se os benefícios de um programa de exercícios físicos moderadamente intensos no ganho de massa óssea são obtidos e mantidos a longo prazo, sem aumentar o risco de fraturas. Foram selecionadas crianças entre seis e nove anos de idade na cidade de Malmö, na Suécia, sendo 446 meninos e 362 meninas para o grupo intervenção (GI)



e 807 meninos e 780 meninas para o grupo controle. O GI realizava 60 minutos/dia de educação física na escola, num total de 200 minutos/semana. O GC realizava 60 minutos/semana de atividades físicas habituais. As aulas de educação física incluíam jogo de bola, saltos, corridas e escaladas. A densidade mineral óssea (DMO, g/cm<sup>2</sup>) e a área óssea (mm<sup>2</sup>) foram avaliadas anualmente por DEXA em 73 meninos e 48 meninas do GI e 52 meninos e 48 meninas do GC. Após cinco anos, foi realizada tomografia computadorizada periférica de tíbia e rádio para avaliar a DMO volumétrica e a estrutura óssea trabecular e cortical. Após os cinco anos de acompanhamento, houve 20 fraturas/1.000 indivíduos-ano no GI e 18,5 fraturas/1.000 indivíduos-ano no GC, resultando numa razão de 1,08. O ganho de DMO na coluna foi maior tanto em meninos como em meninas do GI. As meninas do GI apresentaram maior ganho na área de colo femoral e, no acompanhamento, apresentaram maior conteúdo mineral ósseo tibial, maior área cortical tibial e maior área de seção transversal do rádio. Os autores concluíram que um programa de exercícios físicos moderadamente intensos melhora a massa óssea e, em meninas, melhora o tamanho ósseo, sem afetar o risco de fraturas. Por isso, a realização de exercícios deve ser estimulada durante a fase de crescimento.

### 3. MINIMIZAR ESTEROIDES NA NEFRITE LÚPICA: A DEPLEÇÃO DE CÉLULAS B SERIA O CAMINHO?

*Minimising steroids in lupus nephritis: will B cell depletion pave the way?* L Lightstone. *Lupus*. 2013;22:390-9

Este é um estudo de revisão que visa a explorar como os esteroides passaram a ser um complemento em praticamente todos os esquemas de tratamento para a nefrite lúpica, apesar de serem a principal causa de danos a longo prazo em pacientes com lúpus e apesar da existência de agentes alternativos cada vez mais eficazes. Desde o início dos transplantes, objetiva-se criar regimes poupadores de esteroides. Atualmente, estes já estão sendo utilizados, inclusive regimes de indução apenas com biológicos. Na nefrite lúpica, esta realidade ainda não está presente, apesar da pouca evidência para apoiar o uso de esteroide e certamente nada que afirme de forma concreta a dosagem e tempo de uso destes. O rituxima-

be representa uma grande promessa como agente de tratamento da nefrite lúpica, apesar dos resultados negativos do *trial* Lunar. A autora fez uma breve revisão dos achados de dados próprios, demonstrando que o uso precoce de rituximabe na nefrite lúpica permite omissão de esteroides por via oral, com excelentes taxas de remissão (total e parcial). Além disso, a autora introduz o julgamento do rituxilup, um estudo multicêntrico randomizado controlado que ela está realizando para avaliar formalmente o regime, evitando o uso de esteroide contra o regime padrão de micofenolato de mofetil e esteroides, com o objetivo principal de demonstrar que o esquema de tratamento da nefrite com indução com biológico não é inferior ao tradicional e que apresenta um melhor perfil de segurança devido ao menor uso de esteroide. O rituxilup será um ensaio fase III, aberto, randomizado, multicêntrico, controlado, cujo regime será de 500 mg de metilprednisolona + rituximabe 1 g nos dias 1 e 15 e MMF até 1 g, sem esteroides orais, que será comparado com MMF + esteroides orais (metilprednisolona 500 mg duas vezes + MMF até 1,5 g + prednisolona oral partindo de 0,5 mg/kg e titulando de acordo com o protocolo ALMS). O *endpoint* primário é o CR (completa remissão renal, relação proteína/creatina  $\leq 50$  mg proteína/mmol creatinina e creatinina sérica normal ou que não haja perda de mais de 15% em relação ao *baseline*), sem necessidade de prescrição de esteroide oral durante o ano (com exceção de uso por, no máximo, duas semanas ou um injetável). Também serão avaliados dados de segurança, principalmente referentes a infecções severas que requerem hospitalizações e eventos adversos secundário ao uso de esteroides. Sugere ainda que temos de seguir o exemplo de nossos colegas do transplante e desafiar o pressuposto de que o futuro para a nefrite lúpica pode ser livre de esteroide.

### 4. PLACAS CAROTÍDEAS CARACTERÍSTICAS E ATIVIDADE DE DOENÇA NA ARTRITE REUMATOIDE

*Carotid plaque characteristics and disease activity in rheumatoid arthritis*. Semb AG, Rollefstad S, Sella A, et al. *J Rheumatol*. 2013;40:359-68

Pacientes com AR morrem de doenças cardiovasculares, e, apesar de o processo inflamatório ser atualmente mais

bem controlado, o risco cardiovascular (RCV) destes doentes ainda permanece o dobro do de pessoas sem AR. Tal RVC pode ser predito pela presença de placas na artéria carótida, sendo este fato relacionado a um risco 2-4 vezes maior de síndromes coronarianas agudas e/ou acidentes vasculares cerebrais. Já foi descrito na literatura que estas placas parecem ser mais prevalentes em pacientes com AR. Estipula-se que o estado pró-inflamatório em paciente com AR provoque o aumento do número e da vulnerabilidade dessas placas, o que explica o elevado risco cardiovascular desses pacientes. O objetivo do estudo foi caracterizar a vulnerabilidade das placas carotídeas de pacientes com AR em relação à população controle e entre pacientes com AR em diferentes níveis de atividade da doença. Para tanto, realizaram ultrassonografia de carótidas em 152 pacientes com AR e 89 controles. Foi realizada análise da área e morfologia da placa (pela técnica GSM - Gray-Scale Median). Por esta técnica, define-se que valores mais baixos de GSM indicam maior vulnerabilidade das placas. As características da placa carotídea foram comparadas entre os pacientes com artrite reumatoide com doença ativa e em remissão, e entre pacientes e controles. Todas as análises foram realizadas com o ajuste para fatores de confusão (sexo, idade, tabagismo e pressão arterial). Obtiveram como resultados que pacientes com AR apresentaram placas carotídeas com mais frequência que os controles; pacientes com doença ativa (medida pelo CDAI) apresentaram menos GSM mediana e uma maior área das placas em comparação com pacientes com AR em remissão. Baseando-se nesses principais achados, concluíram que pacientes com AR tiveram mais placas carotídeas em relação a controles e que pacientes em remissão e controles tiveram placas mais estáveis do que pacientes com doença ativa, dados que apontam para a importância de alcançar a remissão em pacientes com AR.

## 5. ANÁLISE MULTIPLEX DE ANTICORPOS CONTRA PEPTÍDEOS CITRULINADOS EM INDIVÍDUOS ANTES DE DESENVOLVEREM ARTRITE REUMATOIDE

*Multiplex analyses of antibodies against citrullinated peptides in individuals prior to development of rheumatoid arthritis.* Brink M, Hansson M, Mathsson L, et al. Arthritis Rheum. April 2013;65(4):899-910

A presença de anticorpos contra peptídeos citrulinados cíclicos (ACPAs) demonstrou preceder o início dos sintomas de artrite reumatoide (AR) por vários anos. Este estudo objetivou analisar anticorpos contra dez diferentes peptídeos citrulinados durante um período de tempo anterior ao início dos sintomas da doença articular. Foi realizado estudo de caso controle dentro do Medical Biobank of Northern Sweden, incluindo 409 indivíduos; destes, 386 haviam enviado amostras de sangue antes do início dos sintomas da AR (pré-pacientes), comparados a 1.305 indivíduos controle de base populacional. A média de tempo antes do diagnóstico de AR foi de 7,4 anos. Anticorpos para dez diferentes peptídeos citrulinados – fibrinogen  $\alpha$ 573 (Fiba573), Fiba591, Fib $\beta$ 36–52, Fib $\beta$ 72, Fib $\beta$ 74,  $\alpha$ -enolase (citrullinated  $\alpha$ -enolase peptide 1 [CEP-1]), triple-helical type II collagen peptide C1 (citC1III), filaggrin, vimentin 2–17 (Vim2–17) e Vim60–7 – foram analisados utilizando um sistema de *microarray*. Foram obtidos como resultados que a intensidade da fluorescência de anticorpos contra Fib $\beta$ 36–52, Fib $\beta$ 74, CEP-1, citC1III e filaggrin foi significativamente maior em pré-pacientes em comparação aos controles ( $P < 0,001$ ). Os níveis de anticorpos mais rapidamente detectáveis (Fiba591 e Vim60–75) oscilaram ao longo do tempo, com apenas um ligeiro aumento após o início da doença. A frequência de anticorpos contra Fib $\beta$ 36–52, CEP-1, e filaggrin aumentou gradualmente, atingindo os níveis mais altos antes do início dos sintomas. A frequência de um conjunto de anticorpos, citC1III, Fiba573 e Fib $\beta$ 74, apenas aumentou ligeiramente antes do aparecimento dos sintomas, mas aumentou de forma proeminente após o início da doença. O *odds ratio* para o desenvolvimento de AR em indivíduos que expressam ambos CEP-1 e Fib $\beta$ 36–52 (utilizando dados de amostras obtidas <3,35 anos anteriores ao início dos sintomas) foi de 40,4 (intervalo de confiança de 95% 19,8–82,3), em comparação com ter apenas um dos anticorpos presentes. Baseando-se em tais achados, os autores concluíram que a presença de níveis elevados de anticorpos contra vários peptídeos citrulinados nos indivíduos antes do início dos sintomas de AR apareceu em diferentes padrões durante o período de tempo antes dos primeiros sintomas. Um melhor entendimento desses padrões e seu componente individual é importante para a elucidação de seu en-

volvimento na patogênese da AR. Uma resposta imune para peptídeos citrulinados é inicialmente restrita, mas expande com o tempo para induzir uma resposta mais específica, particularmente em relação aos anticorpos contra CEP-1, Fibβ36–52 e filaggrin, aumentando durante o período de tempo que antecede o início dos sintomas. Tal conhecimento poderá proporcionar uma chave para a compreensão das reações imunitárias específicas, isoladamente ou em combinação, que levam ao desenvolvimento de artrite reumatoide nesses pacientes.

## 6. ASSOCIAÇÃO ENTRE O INÍCIO DA TERAPÊUTICA COM DROGAS ANTI-TNF E O RISCO DE APARECIMENTO DE HERPES-ZÓSTER

*Association between the initiation of anti-tumor necrosis factor therapy and the risk of herpes zoster.* Winthrop KL, Baddley JW, Chen L, et al. JAMA. 2013;309(9):887-95. doi:10.1001/jama.2013.1099.

Importância: a reativação do herpes-zóster afeta desproporcionalmente os pacientes com artrite reumatoide (AR). Não está claro se a terapia anti-TNF eleva o risco de herpes-zóster. Objetivos: verificar se o início da terapia anti-TNF, em comparação com medicação não biológica, é associado com o aumento do risco de herpes-zóster. Desenho, configuração e pacientes: foram identificados novos usuários de terapia anti-TNF entre coortes de pacientes com RA, doença inflamatória intestinal, e psoríase, artrite psoriática, espondilite anquilosante desde 1998 até 2007, dentro de um estudo colaborativo multicêntrico nos EUA, combinando os dados obtidos da Kaiser Permanente Northern California, Contrato de Assistência Farmacêutica do Idoso, Tennessee Medicaid e programas nacionais Medicaid/Medicare. Foram comparadas as incidências de herpes-zóster entre novos usuários de anti-TNF (n=33.324) e de pacientes que iniciaram DMARDs (n=25.742) dentro de cada coorte de doença inflamatória (último participante com "follow-up" em 31/12/2007). Nesses grupos foram utilizados modelos de regressão de Cox para comparar propensão, com pontuação ajustada, para a incidência de herpes-zóster entre novos usuários de DMARD, de anti-TNF, tendo como controle de linha de base a utilização de corticosteroides.

Mensuração do resultado principal: incidência de casos de herpes-zóster ocorrem após o início do novo anti-TNF ou terapia DMARD *nonbiologic*. Resultados: dos 33.324 novos usuários de terapia anti-TNF, foram identificados 310 casos de herpes-zóster. As taxas de incidência entre usuários de anti-TNF foram de 12,1/1.000 pacientes/ano (IC 95% 10,7-13,6) para a AR, 11,3/1.000 pacientes/ano (IC 95% 7,7-16,7) para a doença inflamatória intestinal, e 4,4/1.000 doentes/ano (IC 95% 2,8-7,0) para a psoríase, artrite psoriática, espondilite anquilosante. A utilização de corticosteroides em doses de 10 mg/dia ou mais, entre todas as indicações da doença, foi associada a elevado risco (*hazard ratio* ajustado [HR], 2,13 [IC 95%, 1,64-2,75]), em comparação com a sua não utilização. Para os pacientes com AR, as taxas de incidência ajustadas foram semelhantes entre os pacientes que iniciaram anti-TNF ou DMARDs (HR ajustado, 1,00 [IC 95% 0,77-1,29]) e comparável entre todos os três anti-TNF estudados. Em todos os indícios da doença, o HR ajustado foi de 1,09 (IC 95% 0,88-1,36). Conclusão e relevância: entre pacientes com AR e outras doenças inflamatórias, aqueles que iniciaram as terapias anti-TNF não estavam em maior risco de herpes-zóster em comparação com pacientes que iniciaram tratamento com drogas não biológicas.

## 7. FATORES QUE INFLUENCIAM A CONCORDÂNCIA ENTRE ACHADOS CLÍNICOS E ULTRASSONOGRÁFICOS NA ARTRITE REUMATOIDE

*Factors influencing concordance between clinical and ultrasound findings in rheumatoid arthritis.* Le Boedec J-J S, Ferlet JF, et al. J Rheumatol. 2013;40:244-52

Ultrassom para sinovite: dados recentes sugerem que o ultrassom pode ser um método útil para determinar o grau de sinovite nas articulações de pacientes com artrite reumatoide. Além disso, o ultrassom pode ser mais sensível na identificação de sinovites ativas do que o exame clínico comum. No entanto, a comunidade reumatológica não chegou a um consenso sobre quando, no curso da artrite reumatoide, o ultrassom é mais útil e quais articulações devem ser avaliadas. Para resolver estas questões, Le Boedec et al. realizaram exame clínico conjunto e simultâneo de ultrassom para avaliar

sinovite e analisaram os fatores associados à concordância entre os métodos. Resumo do estudo: setenta e seis pacientes com artrite reumatoide ativa (definida como  $\geq 6$  articulações edemaciadas no exame clínico) foram avaliados no início do estudo, com exame clínico e ao ultrassom; 66 destes pacientes também foram avaliados quatro meses após o início da terapêutica com medicação anti-TNF. Sinovite, no exame clínico, foi identificada pela presença de inchaço (dolorimento não foi avaliado). A sinovite no ultrassom foi identificada por imagens padrão em escala de cinza (*B-mode*) e Power Doppler. Os investigadores avaliaram 38 articulações, que incluíram as articulações interfalangianas proximais (IFP), metacarpofalangianas (MCF), punhos, cotovelos, ombros, joelhos e articulações metatarsofalangianas (MTF). Na visita inicial, e antes da terapia anti-TNF, os autores verificaram que a concordância entre o exame clínico e ultrassonográfico conjuntos para avaliação da sinovite variou ao longo das articulações, com a menor concordância obtida nos ombros e articulações MTF, em que o ultrassom foi mais sensível para avaliar sinovite. Além disso, a baixa atividade da doença, quando mensurada pelo *Disease Activity Score – erythrocyte sedimentation rate (DAS28-ESR)* –, foi associada a uma maior concordância entre sinovite por exame clínico e ultrassom articular pelo modo B. A menor duração total da artrite reumatoide foi associada a uma maior concordância entre sinovite por exame clínico concomitante ao exame de ultrassom Power Doppler. Após a terapia anti-TNF, houve concordância significativa somente com o sítio articular das sinovite pelo exame clínico e pelo modo B ultrassom articular, sendo a maior concordância nas articulações MCF e IFP. Além disso, fatores associados a maior concordância entre o exame clínico e o ultrassom Power Doppler foram o sítio articular (maiores em articulações MCP e IFP) e a menor duração da doença. Conclusões: La Boedec et al. concluíram que a ultrassonografia pode fornecer informação mais útil, além do exame clínico, nos ombros e nas articulações MTF. Eles concluíram, ainda, que a utilidade do modo B do ultrassom foi reduzida com baixo DAS28, e para o ultrassom Power Doppler, quando a duração da doença foi curta.

## 8. O VALOR DOS BIOMARCADORES DE CARTILAGEM NA OSTEOARTRITE PROGRESSIVA DE JOELHOS: ESTUDO TRANSVERSAL E SEIS ANOS DE SEGUIMENTO EM PACIENTES DE MEIA-IDADE

*The value of cartilage biomarkers in progressive knee osteoarthritis: cross-sectional and 6-year follow-up study in middle-aged subjects.* Kumm J, Tamm A, Lintrop M, Tamm A. *Rheumatol Int.* 2013;33:903-11

Embora a osteoartrite (OA) seja o mais comum tipo de artrite, detalhes desta doença em sua fase inicial ainda são largamente desconhecidos. O aspecto patológico característico da OA é a perda da cartilagem articular. Entretanto, é reconhecido que a OA é uma doença que afeta todas as estruturas articulares, incluindo o osso subcondral, a sinóvia e os meniscos. Estudos de biomarcadores têm evidenciado que estreitamento do espaço articular e osteófitos apresentam diferente fisiopatologia. Entretanto, a vasta maioria destes estudos tem focado pacientes idosos e em estágios avançados da doença. O presente estudo analisou o valor dos biomarcadores de cartilagem em estágios iniciais de OA de joelhos progressiva e não progressiva em pacientes de meia-idade por um período de seis anos. Foram incluídos no estudo 128 pacientes (média de idade  $45 \pm 6,2$  anos; BMI de  $27,6 \pm 5,1$  kg/m<sup>2</sup>; 66% eram do sexo feminino). Os pacientes foram avaliados longitudinalmente em três períodos: inicial (2002), após três anos (2005) e no final do estudo (2008). Exame radiográfico das articulações tibiofemural e patelofemural em ambos os joelhos de cada paciente foram realizados separadamente. Produtos de degradação da cartilagem foram avaliados por dosagem urinária de fragmentos de colágeno tipo II C-telopeptídeo (uCTX-II), produtos de síntese foram avaliados por dosagem sérica de pró-peptídeo N-terminal pró-colágeno A tipo II (sPIIANP) e o *turnover* de tecido articular em geral foi avaliado pela dosagem sérica da proteína de matriz oligomérica de cartilagem (sCOMP). COMP e CTx-II tiveram valor preditivo para osteofitose progressiva de joelhos e CTx-II isoladamente teve valor preditivo para progressivo estreitamento de espaço articular. Durante os três primeiros anos de avaliação (2002-2005), associações significativas foram observadas entre COMP e progressiva osteofitose, enquanto três anos mais tarde (2005-2008)

as associações mais significativas foram entre CTx-II e progressivo estreitamento de espaço articular. Portanto, a associação entre marcadores de cartilagem (Comp, CTx-II) e progressão de aspectos radiográficos (osteófitos e diminuição do espaço articular) foram diferentes entre 2002-2005 e 2005-2008. Como conclusão, este estudo é o primeiro a demonstrar diferenças bioquímicas durante o curso de OA de joelhos, demonstrando períodos de progressão e estabilização característicos de OA.

## 9. ASSOCIAÇÃO DE ATEROSCLEROSE COM PRESENÇA E PROGRESSÃO DE OSTEOARTRITE: ESTUDO ROTTERDAM

*Association of atherosclerosis with presence and progression of osteoarthritis: the Rotterdam Study.* Hoeven TA, Kavousi M, Clockaerts S, et al. Ann Rheum Dis. 2013;72:646-51

A osteoartrite (OA) é a mais prevalente desordem articular causadora de dor e incapacidade, caracterizada por perda da estrutura da cartilagem, esclerose do osso subcondral, inflamação sinovial e formação osteofítica, com envolvimento de toda a articulação. Diferentes fatores de risco são associados à OA, dentre os quais os mais comuns são idade, sexo feminino e obesidade. Outros fatores, como diabetes melito, menopausa e dislipidemia sugerem que a OA poderia fazer parte da síndrome metabólica. A aterosclerose é um importante aspecto da doença cardiometabólica. Alguns estudos mostraram que aterosclerose é associada à OA, porém, são poucos, sem poder estatístico e somente estudos transversais. Os autores deste estudo, portanto, investigaram o papel da aterosclerose na presença e progressão de OA de joelhos, quadril e diferentes articulações das mãos em um estudo prospectivo de base populacional. Neste estudo, participaram 2.372 homens e 3.278 mulheres, com idade mínima de 55 anos. Raio X de joelhos, quadril e mãos foram realizados (graduação de Kellgren and Lawrence) no início do estudo, após 6,6 anos e com 10 anos do estudo. Avaliação de aterosclerose (medida de espessamento médio-intimal de carótida – EIC e presença de placas na carótida) e de variáveis com poder confusional (idade, BMI, colesterol total/HDL, diabetes melito, HAS e tabagismo) foi realizada no início do estudo. O estudo demonstrou que, nas mulheres, o EIC mostrou associa-

ção independente com OA de joelhos (aOR 1.7, 1.1-2.7) e placas nas carótidas mostrou associação independente com OA de interfalangianas distais (aOR 1.4, 1.2-1.7) e com OA de metacarpofalangianas (aOR 1.5, 1.1-2.2). Uma independente associação de EIC e progressão de OA de metacarpofalangianas foi encontrada em mulheres (aOR 2.9, 1.18-6.93). Ajuste adicional para múltiplos testes mostrou uma significativa associação entre placa na carótida e OA de interfalangianas distais em mulheres ( $p < 0,001$ ). Os autores concluem que o estudo mostrou associação independente de aterosclerose com osteoartrite dos joelhos e mãos em mulheres. A evidência foi mais sólida para a relação com OA de interfalangianas distais. Mais estudos são necessários para confirmar estas associações e avaliar as diferenças entre as diversas articulações.

## 10. DADOS DE LONGO TEMPO DE USO DE CORTICOSTEROIDES E MICOFENOLATO DE MOFETILA NO TRATAMENTO DA NEFRITE LÚPICA

*Long-term data on corticosteroids and mycophenolate mofetil in lupus nephritis.* Yap DYH, Ma MKM, Mok MMY, et al. Rheumatology. 2013;52:480-6

Nefrite lúpica (NL) é uma comum e importante causa de insuficiência renal, particularmente em alguns grupos étnicos, incluindo os asiáticos. NL proliferativa grave, classes III e IV de acordo com Classificação da ISN/RPS de 2003, apresentam-se como síndrome nefrítica aguda grave e, se não tratada pronta e efetivamente, leva à falência renal aguda e/ou crônica. Combinação de terapia imunossupressora com corticosteroides (CEs) e ciclofosfamida (CF) tem sido a terapêutica padrão para NL proliferativa grave, mas dados de longo tempo de uso têm mostrado resposta insatisfatória renal e na sobrevida dos pacientes. Em recentes anos, o micofenolato de mofetila (MFM) tem gradualmente substituído a CF como indutor de imunossupressão, desde que a combinação de CEs e MFM tem provado eficácia e menor toxicidade quando comparado com CEs e CF. Como terapia de manutenção, dados do Estudo ALMS mostrou superioridade do MFM sobre a azatioprina, enquanto o MFM *versus* azatioprina para terapia de manutenção da NL (estudo Maintain) mostrou similar eficácia entre MFM e azatioprina na prevenção de flares. O objetivo deste estudo foi avaliar dados retrospectivos

para investigar os resultados a longo prazo de pacientes com nefrite lúpica tratados com prednisolona e MFM. Sesenta e cinco pacientes foram incluídos e acompanhados por 91.9 ( $\pm 47,7$ ) meses. Todos receberam prednisolona e MFM como indutores de imunossupressão. Em 31 pacientes, imunossupressão de manutenção compreendeu prednisolona e MFM somente (grupo MFM). MFM foi substituída por azatioprina em 23 pacientes (grupo AZA) e por inibidores de calcineurina em 11 pacientes (grupo CNI). Em dez anos a taxa de sobrevida dos pacientes e renal foi de 91% e 86%, respectivamente, e foram similares nos

três grupos. O grupo MFM mostrou menor recorrência que o grupo AZA e o grupo CNI. Pacientes tratados com MFM por menos de 24 meses tiveram menor recorrência que aqueles tratados com mais curta duração. A função renal foi melhor no grupo MFM. Anemia foi associada ao tratamento com MFM. Outros efeitos adversos foram comparáveis aos três grupos. Os autores concluem que tratamento a longo prazo com CE e MFM da indução à manutenção é associado com resultados favoráveis em pacientes chineses com NL. A descontinuação do MFM antes de 24 meses pode aumentar o risco de *flares*.



# HUMIRA, experiência clínica que gera confiança.<sup>1,3</sup>

10 ANOS DE DADOS DE EFICÁCIA<sup>1,3</sup>

6 INDICAÇÕES  
APROVADAS  
NO BRASIL<sup>2</sup>

12 ANOS DE  
EXPERIÊNCIA  
EM ENSAIOS  
CLÍNICOS<sup>1</sup>

MAIS DE  
23.000 PACIENTES  
EM ESTUDOS  
CLÍNICOS  
GLOBAIS<sup>1</sup>

71 ENSAIOS CLÍNICOS PUBLICADOS  
NA MAIOR BASE DE DADOS  
SOBRE INDICAÇÃO-CRUZADA  
EM SEGURANÇA DE UM ANTI-TNF<sup>1</sup>

HUMIRA®  
adalimumabe

10 ANOS<sup>3</sup>

**HUMIRA® (adalimumabe) – MS: 1.0553.0294. Indicações:** Artrite reumatóide, Artrite psoriásica, Espondilite Anquilosante, Doença de Crohn, Psoríase em placas, Artrite Idiopática Juvenil Poliarticular. **Contraindicações:** pacientes com conhecida hipersensibilidade ao adalimumabe ou quaisquer componentes da fórmula do produto. **Advertências e Precauções:** Infecções foram relatadas graves devido a bactérias, micobactérias, fungos, vírus, parasitas ou outras infecções oportunistas. Pacientes que desenvolvem uma infecção fúngica grave são também advertidos a interromper o uso de bloqueadores de TNF até que a infecção seja controlada. O tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) não deve ser iniciado ou continuado em pacientes com infecções ativas, até que as infecções estejam controladas. Recomenda-se cautela ao uso em pacientes com histórico de infecções de repetição ou com doença de base que possa predispor o paciente a infecções. Tuberculose foram relatados casos de tuberculose incluindo reativação e nova manifestação de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (disseminada). Antes de iniciar o tratamento todos os pacientes devem ser avaliados quanto à presença de tuberculose ativa ou inativa (latente). Se a tuberculose ativa for diagnosticada, o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) não deve ser iniciado. Se for diagnosticada tuberculose latente, o tratamento apropriado deve ser iniciado com profilaxia antituberculose. Reativação da Hepatite B: o uso de inibidores de TNF foi associado à reativação do vírus da hepatite B (HBV) em pacientes portadores crônicos deste vírus podendo ser fatal. Deve-se ter cautela ao administrar inibidores de TNF em pacientes portadores do vírus da hepatite B. **Eventos neurológicos:** com exacerbação de sintomas e/ou evidência radiológica de doença desmielinizante. Deve-se ter cautela ao considerar o uso de HUMIRA® (adalimumabe) em pacientes com doenças desmielinizantes do sistema nervoso periférico ou central. **Malignidades:** foi observado maior número de casos de linfoma entre os pacientes que receberam antagonistas de TNF. Malignidades, algumas fatais, foram relatadas entre crianças e adolescentes que foram tratados com agentes bloqueadores de TNF. A maioria dos pacientes estava tomando concomitantemente imunossupressores. Casos muito raros de linfoma hepatoesplênico de células T, foram identificados em pacientes recebendo adalimumabe. O risco potencial com a combinação de azatioprina ou 6-mercaptopurina e HUMIRA® (adalimumabe) deve ser cuidadosamente considerado. **Alergia:** durante estudos clínicos, reações alérgicas graves foram relatadas incluindo reação anafilática. Se uma reação anafilática ou outra reação alérgica grave ocorrer, a administração de HUMIRA® (adalimumabe) deve ser interrompida imediatamente e deve-se iniciar o tratamento apropriado. **Eventos hematológicos:** raros relatos de pancitopenia, incluindo anemia aplásica. A descontinuação da terapia deve ser considerada em pacientes com anormalidades hematológicas significativas confirmadas. **Insuficiência cardíaca congestiva:** Casos de piora da ICC também foram relatados. **Processos autoimunes:** pode ocorrer a formação de anticorpos autoimunes. Se um paciente desenvolver sintomas que sugiram síndrome Lúpus símile, o tratamento deve ser descontinuado. **Uso em idosos:** a frequência de infecções graves entre pacientes com mais de 65 anos de idade tratados com HUMIRA® (adalimumabe) foi maior do que para os sujeitos com menos de 65 anos de idade. Deve-se ter cautela quando do tratamento de pacientes idosos. **Uso na gravidez:** este medicamento só deve ser usado durante a gravidez quando, na opinião do médico, os benefícios potenciais claramente justificarem os possíveis riscos ao feto. Mulheres em idade reprodutiva devem ser advertidas a não engravidar durante o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe). A administração de vacinas vivas em recém-nascidos expostos ao adalimumabe no útero não é recomendada por 15 meses após a última injeção de adalimumabe da mãe durante a gravidez. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **Uso na lactação:** recomenda-se decidir entre descontinuar o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) ou interromper o aleitamento, levando em conta a importância do medicamento para a mãe. O aleitamento não é recomendado por pelo menos 15 meses após a última administração de HUMIRA® (adalimumabe). **Interações Medicamentosas:** *Methotrexate* não há necessidade de ajuste de doses de nenhum dos dois medicamentos. **Outras:** o uso concomitante de HUMIRA® (adalimumabe) e outros DMARDs (por exemplo, anacina e abatacepte) não é recomendado. Vacinas vivas não devem ser administradas concomitantemente a HUMIRA® (adalimumabe). Não foram observadas interações com DMARDs (sulfasalazina, hidroxiquinona, leflunomida e ouro parenteral), glicocorticóides, salicilatos, antiinflamatórios não esteroidais ou analgésicos. **Reações Adversas:** infecções no trato respiratório, leucopenia, anemia, aumento de lipídeos, dor de cabeça, dor abdominal, náusea, vômito, elevação de enzimas hepáticas, rash, dor músculo-esquelética, reação no local da injeção, infecções, neoplasia benigna, câncer de pele não melanoma, trombocitopenia, leucocitose, hipersensibilidade e alergia, urticária, insuficiência renal, alterações da coagulação e distúrbios hemorrágicos, teste para autoanticorpos positivo, linfoma, neoplasia de órgãos sólidos, melanoma, purpura trombocitopênica idiopática, arritmia, insuficiência cardíaca congestiva, oclusão arterial vascular, tromboflebite, aneurisma aórtico, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumopatia intersticial, pneumonite, pancreatite, aumento da bilirrubina, esteatose hepática, rabdomiólise, lúpus eritematoso sistêmico, pancitopenia, esclerose múltipla, parada cardíaca, cicatrização prejudicada. **Reações adversas de pós comercialização:** diverticulite, linfoma hepatoesplênico de células T, leucemia, carcinoma de células de Merkel (carcinoma neuroendócrino cutâneo), anafilaxia, sarcoidose, doenças desmielinizantes, acidente vascular cerebral, embolismo pulmonar, derrame pleural, fibrose pulmonar, perfuração intestinal, reativação da hepatite B, insuficiência hepática, vasculite cutânea, síndrome de Stevens-Johnson, angioedema, novo aparecimento ou piora da psoríase, eritema multiforme, alopecia, síndrome lúpus símile, infarto do miocárdio, febre. **Posologia:** Artrite Reumatóide, Artrite Psoriásica, Espondilite Anquilosante: a dose para pacientes adultos é de 40 mg, administrados em dose única por via subcutânea, a cada 14 dias. **Doença de Crohn:** início do tratamento – Semana 0: 160 mg por via subcutânea; Semana 2: 80 mg; Manutenção do tratamento: a partir da Semana 4, 40 mg a cada 14 dias. **Psoríase:** para pacientes adultos é de uma dose inicial de 80 mg por via subcutânea, seguida de doses de 40 mg administradas em semanas alternadas, começando na semana seguinte à dose inicial. **Artrite Idiopática Juvenil Poliarticular:** para pacientes com idade superior a 13 anos é de 40 mg solução injetável, administrados em dose única por via subcutânea, a cada 14 dias. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Registrado por: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda. - Rua Michigan, 735 – São Paulo – SP - CNPJ: 56.998.701/0001-16. ABBOTT CENTER: 0800 703 1050. BU13

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

**Referências Bibliográficas:** 1. Burmester GR et al. Ann Rheum Dis 2012; doi:10.1136/annrheumdis-2011-201244. 2. Bula do produto HUMIRA® (adalimumabe) 3. Keystone E, Van der Heijde D, Kavanaugh HA, et al. Effectiv eDisease Contro lFollowing Up to 10 Years of Treatmen twith Adalimumab in Patient s with Long-Standign Rheumatoid Arthritis and an Inadequate Response to Methotrexate: Final 10-Year Resultso f the DE019 Trial. J Ann Rheum Dis 2012;71(Suppl3):51-3

Abbott Center  
Central de Relacionamento com o Cliente  
0800 703 1050  
www.abbottbrasil.com.br

Material destinado a profissionais da saúde prescritores.  
Reprodução Proibida. Produzido em Abril/2013.

**Abbott**  
A Promise for Life

## ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA

Entre os dias 14 e 16 de março de 2013, foi realizada na cidade de São Paulo a 29ª edição do já tradicional Encontro de Reumatologia Avançada, com palestras de atualização para atender às expectativas da expressiva quantidade de colegas reumatologistas e de outras especialidades participantes. Publicamos, a seguir, os trabalhos eleitos e premiados como os três melhores apresentados no evento. Parabenizamos os autores pelo brilhantismo e a excelência dos trabalhos.

### 1º LUGAR

#### PODOCYTE INJURY IN PURE MEMBRANOUS AND PROLIFERATIVE LUPUS NEPHRITIS: DISTINCT UNDERLYING MECHANISMS?

Rezende GM<sup>(1)</sup>, Viana VST<sup>(1)</sup>, Malheiros DMAC<sup>(2)</sup>, Borba EF<sup>(1)</sup>, Silva NAS<sup>(2)</sup>, Leon EP<sup>(1)</sup>, Noronha IL<sup>(3)</sup>, Silva C<sup>(3)</sup>, Bonfá E<sup>(1)</sup> –

<sup>(1)</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Reumatologia, <sup>(2)</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Patologia, <sup>(3)</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Nefrologia

**Introduction:** Proteinuria is a major feature of lupus nephritis (LN) and may reflect podocyte injury. Alteration in the expression of podocyte biomarkers has been associated with cellular dysfunction in some glomerulopathies. Analysis of podocyte-associated molecules encompassing different subcellular compartments was performed attempting to identify if podocyte phenotype is distinct in pure membranous and proliferative LN. **Patients and Methods:** Expression of nuclear Wilms' tumor protein 1 (WT1), cytoplasmic synaptopodin (Synpo), membranous glomerular epithelial protein 1 (GLEPP1) and slit diaphragm nephrin was evaluated in 52 LN biopsies by

immunohistochemistry. Demographic, clinical and laboratory data at the time of biopsy were analyzed. **Results:** Thirty-nine (75%) biopsies were classified as proliferative and thirteen (25%) as pure membranous LN. Normal kidney revealed global and diffuse (preserved) staining of all four podocyte biomarkers. Concomitant preserved WT1/Synpo expression was more often observed in pure membranous than in proliferative LN (69.2 vs. 2.6%,  $p<0.0001$ ) in spite of comparable proteinuria at biopsy in both ( $4.21\pm3.07$  vs.  $4.03\pm3.71$  g/24h, respectively,  $p=0.87$ ). Likewise, preserved expression of GLEPP1 (53.8 vs. 2.9%,  $p=0.0002$ ) and nephrin (60% vs. 9.4%,  $p=0.0025$ ) was more frequent in the former. In the mean follow-up period of four years, a tendency to lower proteinuria levels was observed in patients with preserved WT1/Synpo expression ( $0.26\pm0.23$  and  $0.84\pm0.90$  g/24h, respectively,  $p=0.050$ ). **Conclusion:** Our data suggests that proteinuria may have distinct mechanisms in pure membranous and proliferative LN, with a predominant preserved podocyte phenotypic pattern in the former and a structural podocyte injury demonstrated in proliferative nephritis.

### 2º LUGAR

#### COMPARAÇÃO DO DESEMPENHO DOS TESTES PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO TUBERCULOSA LATENTE EM PACIENTES COM ARTROPAÍAS INFLAMATÓRIAS CRÔNICAS EM USO DE TERAPIA ANTI-TNFα

Gomes CMF<sup>(1)</sup>, Terreri MT<sup>(2)</sup>, Pinto MI<sup>(3)</sup>, Oseki KT<sup>(1)</sup>, Spina F<sup>(3)</sup>, Pinheiro MM<sup>(1)</sup> – <sup>(1)</sup> Disciplina de Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina,

<sup>(2)</sup> Disciplina de Reumatologia Pediátrica da Unifesp/EPM,

<sup>(3)</sup> Disciplina de Infectologia Pediátrica da Unifesp/EPM

**Introdução:** o Brasil tem elevada incidência anual de tuberculose, e o uso de bloqueadores do TNFα (BloqTNF) pode aumentar ainda mais esse número se medidas eficazes de identificação de pacientes com infecção tuberculosa latente (ITbL) não forem implementadas, especialmente para pacientes com investigação negativa. **Objetivos:** determinar a incidência de novos casos de ITbL e comparar o desempenho de quatro métodos (PPD, quantiferon-test, Elispot e PPD-Booster) para detecção de ITbL em pacientes com artropatias inflamatórias

crônicas (AIC) em uso atual de BloqTNF. Métodos: oitenta e sete pacientes com AIC foram incluídos nesse estudo, dos quais 35 com artrite reumatoide (AR), 35 com espondilite anquilosante (EA), 7 com artrite psoriásica (AP) e 10 com artrite idiopática juvenil (AIJ). Foram excluídos pacientes em pulsoterapia com metilprednisolona e aqueles com tuberculose ativa ou infecção pelo HBV, HCV e HIV. Todos eles responderam um questionário específico, incluindo detalhes sobre epidemiologia pessoal, familiar e profissional e sintomas por infecção por micobactérias, bem como passado vacinal de BCG e classificação socioeconômica. Além disso, realizaram radiografia de tórax e o teste cutâneo tuberculínico (PPD), conforme padronização nacional. Em caso de induração de 0 a 4 mm, o teste foi repetido em até três semanas após a primeira leitura, no antebraço contralateral, e com a mesma metodologia. Os ensaios de liberação de interferon g específico (IGRAs) para *Mycobacterium tuberculosis* foram

realizados por meio do Elispot (T-SPOT.TB®) e Quantiferon (QTF) (QuantIFERON-TB Gold®). Resultados: catorze novos casos de ITbL (18,2%) foram diagnosticados em pacientes com AIC após o uso de BloqTNF, especialmente naqueles com AR (50%) (**Tabela 1**). A concordância entre os quatro testes foi superior a 75% (**Tabela 2**). No entanto, a positividade desses testes não se associou com tuberculose ativa, exceto em um paciente com EA. Todas as crianças com AIJ apresentaram avaliação negativa para ITbL nos quatro testes. Conclusões: aproximadamente 20% dos pacientes com AIC podem apresentar, pelo menos, um teste positivo para o rastreamento da ITbL após o uso de BloqTNF. Portanto, a vigilância dessa importante infecção deve ser monitorada ao longo do tempo e não somente na avaliação inicial para a introdução dessa medicação. No entanto, parece haver perda da correlação entre a positividade dos testes e o desfecho clínico ao longo do tempo.

**Tabela 1** – Positividade dos métodos de avaliação de ITbL em usuários de bloqueadores do TNF $\alpha$ , de acordo com o cenário clínico.

Teste para ITbL	Artrite reumatoide (n=35)	Espondilite anquilosante (n=35)	Artrite psoriásica (n=7)
PPD antes do início dos BloqTNF	9 (25,7%)	8 (22,8%)	1 (14,2%)
PPD após uso BloqTNF	13 (37,1%)	10 (28,5%)	3 (42,8%)
ELISPOT	12 (34,2%)	11 (31,4%)	3 (42,8%)
Quantiferon (QTF)	6 (17,1%)	7 (25,9%)	3 (42,8%)
PPD-Booster	2 (9%)	1 (4%)	0

**Tabela 2** – Concordância entre o PPD, PPD-Booster, Quantiferon e Elispot.

	Artrite reumatoide (n=35)	Espondilite anquilosante (n=35)	Artrite psoriásica (n=7)
PPD/ Elispot	28 (80%)	30 (85,7%)	6 (85,7%)
PPD/ QTF	2 (71,4%)	21 (77,7%)	6 (85,7%)
ELISPOT/ QTF	3 (91,4%)	21 (77,7%)	6 (85,7%)
PPD-Booster/ Elispot	20 (90,9%)	23 (92%)	4 (100%)
PPD-Booster/ QTF	20 (90,9%)	23 (92%)	4 (100%)
PPD-Booster/ Elispot/ QTF	24 (68,6%)	19 (70,3%)	5 (71,4%)

## 3º LUGAR

## ASPECTS OF INNATE IMMUNITY IN BEHÇET'S DISEASE: A MODEL OF AUTOINFLAMMATORY DISEASE?

Perazzio SF<sup>(1)</sup>, Pereira PVS<sup>(2)</sup>, de Souza AWS<sup>(3)</sup>, Condino-Neto A<sup>(2)</sup>, Andrade LEV<sup>(1)</sup> – <sup>(1)</sup> Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina; Fleury Medicina e Saúde – Disciplina de Reumatologia, <sup>(2)</sup> Universidade de São Paulo – Laboratório de Imunologia Humana, <sup>(3)</sup> Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina – Disciplina de Reumatologia

Background: Increased neutrophil activation has been previously shown in Behçet's Disease (BD) patients and it is unclear whether neutrophil activation occurs constitutively or if it is secondary to a yet unknown stimulus or some serum or tissue soluble factor. The hypersensitivity to *Streptococcus sanguinis* antigens suggests that infectious agents may play a role in BD pathogenesis. It has been postulated that BD may be a form of autoinflammatory disease. The present study investigated several aspects of cellular activation in neutrophils and peripheral blood mononuclear cells (PBMC) of patients with active and inactive BD. Materials and methods: four study groups were analyzed: active BD (aBD; n=30), inactive BD (iBD; n=31); septic patients (SP; n=30); healthy controls (HC; n=30). BD activity was established as Behçet's Disease Current Activity Form simplified (BDCAFs) score >2. Flow cytometry analysis evaluated phagocytosis (zymosan particles, *Streptococcus sanguinis*, *Streptococcus pneumoniae* and *Candida albicans*) and the oxidative metabolism before and after stimulation with phorbol myristate acetate (PMA) or a pool constituted of active Behçet patients plasma or of healthy control plasma. The shedding of CD62L was determined after stimulation of TLR-2, -3, -4, -5, -7, plasma of active Behçet patients and plasma of healthy controls. Microbicidal activity against *Streptococcus* and *Candida* was determined by means of 3-(4,5-Dimethylthiazol-2-yl)-2,5-diphenyltetrazolium bromide (MTT) reduction and absorbance read by ELISA. The superna-

tant of PBMC cultures under TLR or microbial stimuli were used for determination of TNF $\alpha$ , IFN $\gamma$ , IL-12p70, IL-23, IL-6 and IL-10 by ELISA. The supernatant of neutrophil cultures under PMA, LPS or microbial stimuli were used for determination of IL-1 $\beta$  and IL-8. Results: There was no statistical difference in immunosuppressant use between aBD and iBD. The CD62L shedding assay showed no difference between the four groups. However, there was clearly a lower variance of the mean of fluorescence intensity in BD groups and the activated monocyte index of the shedding assay showed higher activation by TLR3 in iBD (31 $\pm$ 28%, p=0.022) and aBD (27 $\pm$ 20%, p=0.029) than in SP (3.4 $\pm$ 25%). In contrast, the activation by TLR7 was lower in iBD (27 $\pm$ 23%, p=0.022) and aBD (32 $\pm$ 27%, p=0.029) than in SP (74 $\pm$ 39%). PBMC from iBD produced more IL-23 after stimulus of TLR7 (median=4522.32 pg/mL; min: 4314.04/max: 4647.79) than HC (median=820.57 pg/mL; min: 328.54/max: 3836.51, p=0.041), SP (median=293.42 pg/mL; min: 99.98/max: 3886.88, p=0.038) and aBD (median=848.97 pg/mL; min: 328.54/max: 3036.51, p=0.042). Additionally, PBMC from iBD produced more IL-10 after stimulus of TLR3 (median=824.60 pg/mL; min: 795.35/max: 1395.72) than SP (median=214.22 pg/mL; min: 5.35/max: 423.11, p=0.020) and aBD (median=276.21 pg/mL; min: 30.04/max: 323.61, p=0.018). There was no difference in the production rate of other cytokines. Phagocytosis, microbial killing activity, oxidative burst assays and plasma experiments in PMN and monocytes showed no difference among the four groups. Conclusions: These results showed that phagocytes in BD are not constitutively activated. This negative evidence suggests that the marked involvement of neutrophils in BD pathophysiology may be caused by stimuli produced by other cells at or close to the target tissues. Thence, further studies should address proteomic analyses of the serum and samples from target tissues in BD in an attempt to identify possible metabolic pathways involved in neutrophil activation in BD.



**OS-CAL<sup>®</sup> +400D**  
carbonato de cálcio 500 mg + colecalciferol (vit.D) 400UI

**Ca + D no menor comprimido do mercado.**

**O único do mercado com 500 mg  
de cálcio + 400 UI Vit. D.<sup>1</sup>**



**A INGESTÃO DE CÁLCIO É OTIMIZADA  
COM ATÉ 500 MG POR TOMADA<sup>2</sup>**

**OS-CAL + D É UM MEDICAMENTO. SEU  
USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE  
O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.**

**Referências bibliográficas:** 1. IMS-PMB MAT Jun/12. 2. Nieves JW. Osteoporosis: the role of micronutrients. Am J Clin Nutr. 2005 May;81(5): 1232S-1239S.

**OS-CAL<sup>®</sup> 500 + D** (carbonato de cálcio 500 mg + colecalciferol (vit. D) 400UI). **INDICAÇÕES:** OS-CAL 500 + D é um suplemento mineral e vitamínico indicado na prevenção ou no tratamento auxiliar na desmineralização óssea pré e pós menopausal. M.S.: nº 1.1300.0981. Farm. Resp. Antonia A. Oliveira CRF-SP nº 5854. Data de Revisão: 18/08/2011. Para maiores informações antes de sua prescrição, favor ler a bula completa do produto. **SE PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

## O PACIENTE EXPERT

O médico, filósofo e historiador Pedro Lain Entralgo, em sua obra *La relación médico-enfermo: historia y teoría*<sup>(1)</sup>, destaca a delicada sensibilidade dessa relação às mudanças da história do homem.

Refere que o progresso contínuo dos recursos diagnósticos e terapêuticos exerce grande e lógico impacto sobre as mudanças progressivas desse relacionamento ao longo do tempo. Enfatiza também que, por outro lado, e talvez de forma mais importante, as mudanças na convivência entre os homens alteram os próprios fundamentos da relação médico-paciente.

Desde a publicação da obra de Entralgo, em 1964, a prática da Medicina e a relação médico-paciente sofreram transformações maiores e mais profundas do que em toda a história da Medicina.

Um dos fatores mais importantes nas mudanças das relações humanas, com forte impacto na Medicina e na prática médica, foi a revolução da comunicação<sup>(2)</sup>, principalmente na segunda metade do século XX, culminando com o advento da internet (década de noventa).

Há cada vez mais informações disponíveis e a tecnologia tem proporcionado crescente e cada vez mais rápido acesso a essas informações.

O relacionamento entre as pessoas transformou-se radicalmente e a democratização do saber tornou-se uma realidade indiscutível.

A influência da internet na área da saúde tem sido motivo de pesquisas, teses e artigos científicos buscando entender seu impacto, sua importância e suas consequências no futuro.

Os pacientes, de maneira informal, sempre foram classificados por suas características como difíceis, calmos, dependentes, etc., mas um novo tipo de paciente tem surgido e merece a reflexão de todos os profissionais que praticam nossa nobre arte.

Entre nós, Garbin et al.<sup>(3)</sup> realizaram uma análise bibliográfica relativa à prática médica, à internet e ao que denominam “paciente expert”.

Seguramente, Entralgo, um dos maiores estudiosos da relação médico-paciente, jamais poderia prever uma evolução histórica tão extraordinária – o surgimento da figura (utópica!) do paciente *expert* que, em muitas ocasiões, po-

derá estar mais atualizado e informado sobre determinada doença que o próprio médico que lhe presta assistência.

Os autores destacam que:

*“Na área da saúde há cada vez mais informação disponível. O acesso à informação técnico-científica, aliado ao aumento do nível educacional das populações, tem feito surgir um paciente que busca informações sobre sua doença, sintomas, medicamentos e custo de internação e tratamento.”*

*“O paciente expert não é apenas um paciente informado. Ele se sente, de alguma forma, um entendido em um determinado assunto.”*

Contudo, afirmam também que, embora tenha aumentado de forma extraordinária o acesso às informações na internet, muitas vezes elas são incompletas, contraditórias, incorretas ou até fraudulentas.

Uma das grandes preocupações na atualidade é a dificuldade apresentada por pacientes que buscam informações na internet ao lidar com textos médicos e com a incerteza advinda da multiplicidade de informações.

Os transtornos causados pelo excesso de informações já foram descritos. Lorusso<sup>(4)</sup>, em sua dissertação de mestrado, cita o psicólogo britânico criador do conceito da “síndrome da fadiga informativa”, David Lewis, afirmando que o excesso de informação paralisa a capacidade analítica e aumenta as dúvidas e a ansiedade.

Além disso, questões éticas e conflito de interesses, relativos aos textos na área da saúde e, principalmente, do uso de medicamentos, levam a enormes preocupações quanto ao uso inadequado da internet, com graves e sérias consequências futuras, como um perigoso aumento de automedicação.

Nesse cenário, o reumatologista, especialista em doenças crônicas, muitas vezes complexas e raras, deve aprender a lidar com essa nova e indiscutível realidade.

Para alguns autores<sup>(5,6)</sup>, há ainda um longo caminho a percorrer e ainda estamos numa fase inicial do uso da internet com a finalidade de melhorar a atenção médica prestada aos nossos pacientes.



Silva<sup>(5)</sup>, em sua dissertação de mestrado, demonstra que parte significativa dos pacientes considera que as informações acessadas na internet causaram mudanças de atitudes e uma postura mais participativa no processo de decisão sobre a sua saúde.

Broom<sup>(7)</sup>, estudando a influência da internet no tratamento de pacientes com câncer de próstata, concluiu que o uso da internet pode melhorar o tratamento de nossos pacientes, mas que parte dos médicos ainda tem dificuldade em lidar com essa situação.

Em estudo recente que realizamos<sup>(8)</sup>, avaliando a influência do referencial bioético da autonomia na relação médico-paciente, verificamos que uma porcentagem dos participantes do estudo (5%) – médicos conselheiros do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – não aprova a atitude do paciente quando ele chega às consultas ou retornos com informações obtidas na internet. As justificativas para essa atitude foram as seguintes:

*"Aumenta a angústia com as informações que não são corretamente interpretadas"; "Raramente é aplicável"; "Não aprova porque na maioria das vezes são informações mal interpretadas".*

Por outro lado, a maioria, 68% dos participantes, aprova esse tipo de atitude, sob o argumento de que pode aumentar a autonomia do paciente – *"É prova da autonomia do paciente"; "Busca de conhecimento"* –, melhorar a relação médico-paciente – *"Propicia a oportunidade de esclarecimento ao paciente e reforça a confiança do paciente na relação com seu médico"; "O diálogo durante a consulta*

*torna-se mais fluido e a discussão e a conduta a ser indicada pelo médico torna-se mais transparente"* –, e aumentar a participação do paciente nas tomadas de decisões – *"Demonstra o interesse do paciente em seu próprio cuidado e aderência terapêutica"; "Aumenta o envolvimento e responsabilidade do paciente no tratamento"*.

Em nossa visão, o fato de o paciente consultar a internet pode levar, por um lado, à melhora do diálogo com o médico e ao estabelecimento de "pontes", inspirando o médico a dedicar maior atenção ao paciente; e por outro lado, pode criar resistências e dificuldades, se o médico sentir que está sendo "checado" (com desconfiança) quanto a seu conhecimento e atualização.

Em suma, o uso da internet por nossos pacientes é uma realidade indiscutível e tende a crescer no futuro. Essa atitude pode melhorar a qualidade da atenção médica prestada aos nossos pacientes, dependendo da atitude, do preparo e da conduta profissional.

Para tanto, é necessário que nos preparemos cada vez mais para lidar com essa situação, melhorando nossa capacidade de comunicação, melhorando o relacionamento com nossos pacientes, aumentando nossa disponibilidade para ouvir seus interesses e valores e, principalmente, mantendo a necessária e, cada vez mais difícil e importante, atualização científica.

JOSÉ MARQUES FILHO

Reumatologista e membro

das Comissões de Ética e Defesa Profissional

da SPR e da SBR

## REFERÊNCIAS

1. Entralgo PL. La relación médico-enfermo: historia y teoría. Madrid: Revista de Oriente, 1964.
2. Hossne WS. Sobre as incertezas da ciência. In: Pessini L, Siqueira JE, Hossne WS. Bioética em tempos de incertezas. São Paulo: Loyola, 2010.
3. Garbin HBR, Pereira Neto AF, Guilam MCR. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. Interface (Botucatu) 2008;12:579-88.
4. Lorusso CB. Incidência de tecnodependência e síndrome da fadiga da informação em pesquisadores. Dissertação. (Mestrado em Tecnologia.) – Prodetec-IEP-Lactec, Curitiba, 2008.
5. Sechrest RC. The internet and physician-patient relationship. Clin Orthop Relat Res. 2010;468:2566-71.
6. Goodman K. Information technology and public health: new challenges for the clinician-patient relationship. J law med Ethics. 2010;38:58-63.
7. Broom A. Virtually he@alth: the impact of internet use on disease experience and the doctor-patient relationship. Qual Health Res. 2001;15:46-54.
8. Marques Filho J. Relação médico-paciente nos dias atuais: influência do referencial bioético da autonomia. Tese de doutorado. (Doutorado em Bioética.) – Centro Universitário São Camilo – São Paulo, 2012.

## A DIGNIDADE ANDA EM FALTA

Nos últimos meses temos nos deparado com fatos que, cotidianamente, têm ocupado os noticiários dos meios de comunicação e das agendas das entidades médicas. Greves de um dia sem prestar atendimento aos convênios, queixas contra a falta de reajustes salariais pelas três esferas de governo (muito embora o governo estadual se vanglorie de seu pseudopiano de carreira), diferenças gritantes entre os salários pagos pelas variadas OSS que se locupletam do dinheiro público destinado à saúde sem a devida contrapartida, propostas esdrúxulas do Ministério da Saúde (MS) em contratar médicos estrangeiros para atender à população carente em locais longínquos e sem estrutura, o mesmo MS formulando proposta de prestação de serviço médico compulsório, pelos recém-formados, nos longínquos rincões, médicos burlando o ponto eletrônico através de artimanhas copiadas de filme de "James Bond", péssimas faculdades de medicina formando médicos sem a menor condição de exercer a profissão – diga-se de passagem, com o aval do Ministério da Educação – e tantas outras notícias nada esperançosas ou gratificantes sobre a nossa rotina profissional.

Que fique bem claro aos nossos governantes, "experts" em formular propostas mirabolantes e sem qualquer senso de lucidez, que a única forma de se fixar os profissionais, brasileiros ou estrangeiros, em locais distantes, inóspitos e carentes de recursos de saúde é propiciando a eles locais com infraestrutura básica (moradia, facilidade no acesso, segurança, escolas, saneamento básico), cultural, de lazer e, além de remuneração digna e possibilidade de ascensão profissional condizentes com seus hábitos e com as necessidades fundamentais de qualquer cidadão. Além do mais, como em qualquer país que se proponha a receber profissionais estrangeiros, exigem-se destes, como condição mínima e necessária, que sejam aprovados em exame específico para poder conferir-lhes o direito de exercer suas profissões.

Infelizmente, vivemos, e provavelmente ainda viveremos por muito tempo, uma realidade nada agradável ou promissora para a categoria. Essa tendência faz que

muitos de nós permaneçamos desanimados, sem conquistas, sem perspectivas de melhorias futuras, fundamentalmente sem qualquer prazer em exercer a profissão que, outrora, tanto orgulho e respeito suscitavam.

Continuamos a nos deparar com o total descaso com a saúde pública e privada, decorrente de falta de investimentos, de controle de gastos, de apadrinhamentos políticos, de falta de critérios técnicos para gerir e qualificar profissionais aptos, da impunidade de corruptos inescrupulosos, da total e antiga falta de políticas de saúde consistentes, em suma, pela completa carência de honra, comprometimento e respeito pelo País e sua população.

Essa "marca registrada" infelizmente é encontrada na grande maioria de nossos dirigentes em todas as categorias, quer sejam públicos, privados ou de entidades médicas, cuja maior preocupação é a de se manter no poder por meio da adoção de medidas imediatistas ou pautadas pela propaganda e *marketing*, distantes das reais necessidades de saúde da população. Em todas as esferas notamos um rodízio de cargos, de tal forma que permaneçam sempre os mesmos indivíduos nas confrarias e meandros por onde o poder costuma transitar.

Como já citei nesta seção em edições anteriores da *RPR*, nossos grandes aliados na tentativa de reverter esse quadro pouco promissor são os nossos pacientes – que se constituem justamente na maior razão de sermos médicos. Unindo-os em torno de alguns de nossos valores e missões, que tentam nos retirar a todo momento, como a melhor relação médico-paciente, a importância da medicina e o respeito à dignidade pessoal, todos seremos beneficiados no processo do "saber e ser médico", podendo voltar a nos orgulhar de exercer nossa arte com o merecido respeito e dignidade.

PAULO ROBERTO STOCCO ROMANELLI

*Reumatologista e membro*

*do Conselho Editorial, da Comissão Científica*

*e representante da Reumatologia Pediátrica da SPR*

## SETOR DE REUMATOLOGIA DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA UNIFESP/EPM/HOSPITAL SÃO PAULO

No Setor de Reumatologia, fundado na década de 1980 pelos professores José Goldenberg e Maria Odete Esteves Hilário, são desenvolvidas atividades de assistência, ensino e pesquisa. A coordenação atual é exercida pelos Profs. Drs. Maria Teresa Ramos Ascensão Terreri (chefe) e Claudio Arnaldo Len. A equipe conta com sete médicos assistentes, que se dedicam aos ambulatorios gerais e específicos: Drs. Cássia Passarelli Barbosa, Daniela Piotto (esclerodermia, dermatomiosite e capilaroscopia periungueal), Vanessa Bugni (artrite idiopática juvenil e infiltração), Gleice Clemente (vasculites), Melissa Fraga (dor musculoesquelética), Aline Alencar (uveítes) e Octavio Peracchi (lúpus eritematoso sistêmico).

Com relação à assistência, são atendidos cerca de 700 pacientes por mês, entre consultas, infusões de medicamentos e internações. Nos últimos cinco anos, observamos o aumento progressivo na complexidade dos casos, com destaque para doenças como artrite idiopática juvenil, lúpus eritematoso sistêmico, dermatomiosite e esclerodermia, muitas delas resistentes ao tratamento convencional. O atendimento é realizado em quatro ambulatorios gerais e dois específicos: dor musculoesquelética idiopática e osteoporose. São realizadas visitas diárias aos pacientes internados no pronto-socorro, enfermaria e unidade de terapia intensiva. A infusão de imunossuppressores e biológicos é feita três vezes por semana.

Contamos com uma equipe multiprofissional especializada, composta por psicólogas, fisioterapeutas, nutricionistas, assistente social e odontologista. Além da assistência, esses profissionais estão envolvidos em pesquisa e ensino.

Desde 2001, a ONG Acredite – Amigos da Criança com Reumatismo ([www.acredite.org.br](http://www.acredite.org.br)) presta suporte a pacientes matriculados no Hospital São Paulo, com fornecimento de medicamentos, órteses e auxílio social. Em 2012, essa parceria resultou em três prêmios: Saúde Abril, Medical Services – Inovações em Saúde e Projeto DOM, do Grupo Fleury. Em conjunto com a equipe multiprofissional, são desenvolvidas atividades para acolhimento das famílias e educação sobre as principais doenças.

São desenvolvidas atividades de ensino, teóricas e práticas, para os alunos de Medicina do terceiro e sexto anos e para os residentes do Departamento de Pediatria e Disciplinas de Reumatologia e de Medicina Esportiva. São oferecidos estágios mensais para alunos de outros Estados (no programa de mobilidade estudantil) e para residentes de outros serviços (como estágio opcional do respectivo serviço). As reuniões científicas semanais incluem aulas, discussões de casos, apresentação de protocolos e reunião de revista (parte dela realizada na língua inglesa). Participamos do Curso de Pós-graduação em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria com uma disciplina – Reumatologia Pediátrica, destinada a pediatras e reumatologistas, com periodicidade bienal. Os professores Maria Teresa e Claudio atuam como orientadores na pós-graduação, destinada a médicos e outros profissionais da área da saúde. Eles são responsáveis por alunos do curso de Medicina em projetos de iniciação científica (Pibic).

O programa de residência tem como objetivo capacitar o profissional para o diagnóstico e o tratamento das doenças reumáticas da infância. Temos quatro bolsas para residentes de primeiro ano (R3 em Reumatologia Pediátrica) e quatro para residentes (R4) de segundo ano. Os residentes passam por estágios no Laboratório da Disciplina de Reumatologia, Infiltração Articular (sob a supervisão da Dra. Vanessa Bugni, do setor, e dos Profs. Jamil Natour e Rita Furtado, da Disciplina de Reumatologia), Ambulatório de Vasculites (da reumatologia de adulto), Capilaroscopia Periungueal Pediátrica (Dra. Teresa Terreri e Dra. Daniela Piotto) e Reabilitação (coordenada pelas fisioterapeutas Aline Chiari e Conceição Costa), além de atividades com a equipe de Diagnóstico por Imagem. São realizadas reuniões com a Disciplina de Reumatologia e o Departamento de Diagnóstico por Imagem, com discussão de casos clínicos.

A geração e a divulgação de conhecimento estão entre as prioridades do Setor. Todos os residentes são estimulados à produção científica e elaboram uma monografia. Tanto os médicos quanto os demais profissionais

são estimulados à pesquisa e à publicação em periódicos nacionais e internacionais de destaque. As nossas principais linhas de pesquisa são: artrite idiopática juvenil, lúpus eritematoso sistêmico, dermatomiosite, vasculites (em especial arterite de Takayasu), doenças autoinflamatórias, osteoporose, capilaroscopia periungueal, dor musculoesquelética, adesão ao tratamento, nutrição, fadiga e sono em doenças reumáticas, mapeamento genético e qualidade de vida relacionada à saúde. Valorizamos a interação e a parceria com outros hospitais e serviços de reumatologia pediátrica do Brasil e de outros países, e participamos de estudos multicêntricos relevantes sobre o diagnóstico e o tratamento das doenças reumáticas na infância. Para a viabilização desses projetos, contamos com o apoio de instituições de prestígio, como Fapesp,

Capes, CNPq, Printo (Pediatric Rheumatology Trials Organization) e Hospital Israelita Albert Einstein.

Estamos envolvidos como centro coordenador e participamos de pesquisa clínica de ponta, o que permite a inclusão de pacientes graves em protocolos modernos de tratamento.

Em resumo, somos um centro de referência em crescimento contínuo, que busca a sustentabilidade e a integração ética e construtiva com outros serviços de nossa universidade, de nosso país e do exterior.

ENDEREÇO:

Rua Borges Lagoa, n. 802, Vila Clementino,  
São Paulo, CEP 04038-001.  
Telefone (11) 5574-7627



Setor de Reumatologia do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (Unifesp/EPM), Hospital São Paulo.

SEÇÃO RAIO X

Contato: Dr. Paulo Roberto Stocco Romanelli; e-mail: [reumatologiasp@reumatologiasp.com.br](mailto:reumatologiasp@reumatologiasp.com.br)



## FARMACODERMIA SIMULANDO DERMATOMIOSITE

Hérica Cristiani Barra de Souza

Médica reumatologista e membro da Sociedade Paulista de Reumatologia



**Figura 1** – Antes do tratamento.



**Figura 2** – Após o tratamento.

Paciente do sexo feminino, com 56 anos de idade, relato de início havia 20 dias de lesões descamativas com base eritematosa no dorso e na palma das mãos, mialgia e artralgia. Encaminhada para consulta reumatológica com hipótese de dermatomiosite. Após anamnese, detectou-se uso de piroxicam por uma semana, devido ao quadro de dor articular, coincidindo com o aparecimento das lesões. Após suspensão da medicação e corticoterapia breve, houve regressão gradual das lesões e desaparecimento dos demais sinais e sintomas clínicos.

Reações adversas a medicamentos são causa importante de morbidade e mortalidade, com impacto significativo na prática médica diária. Afetam mais de 7% da população em geral, constituindo-se em grave problema de saúde pública<sup>(1)</sup>. Em nosso meio, os medicamentos mais frequentemente envolvidos nas reações de hipersensibilidade são os antibióticos e os anti-inflamatórios não esteroidais<sup>(2)</sup>. A paciente em análise apresentou lesões compatíveis com as que identificam e classificam a erupção fixa por drogas, caracterizada por lesões papuloe-

ritematosas, violáceas, que se tornam acastanhadas. A característica dessa farmacodermia é a reativação das lesões, com ou sem surgimento de novas lesões, a cada nova exposição ao medicamento ou a outros com reatividade cruzada, evento frequentemente associado aos Aine e às sulfas<sup>(3)</sup>. Um dado de grande valor diagnóstico é a observação de melhora da reação após a suspensão do medicamento suspeito. Portanto, a primeira medida a ser tomada

no tratamento é a retirada de todas as drogas suspeitas<sup>(4)</sup>. Para o tratamento do eritema fixo, a droga de escolha é sempre o corticosteroide, que pode ser de uso tópico ou sistêmico, de acordo com a extensão das lesões<sup>(5)</sup>. Este caso ilustra a importância de uma boa anamnese para a formulação de hipóteses diagnósticas e na realização do diagnóstico diferencial de manifestações cutâneas que possam simular patologias reumatológicas.

## REFERÊNCIAS

1. Ensina LF, Fernandes FR, Di Gesu G, Malaman MF, Chavarria ML, Bernd LAG. Reações de hipersensibilidade a medicamentos. Rev. Bras. Alerg. Imunopatol. 2009;32(2):42-7.
2. Ensina LF, Amigo M, Guzman E, et al. Self reported drug allergy in university students from São Paulo, Brazil. Allergy. 2008;63(Suppl 88):35.
3. Bernd LAG. Alergia a medicamentos. Rev. Bras. Alerg. Imunopatol. 2005;28(3):125-32.
4. Khalili B, Bahna SL. Pathogenesis and recent therapeutic trends in Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. Ann Allergy Asthma Immunol. 2006 Sep; 97(3):272-80.
5. Bachot N, Roujeau JC. Physiopathology and treatment of severe drug eruptions. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2001 Aug;1(4):293-8.



Neste número, publicamos um texto inédito de autoria de uma pessoa especial, que conhece profundamente o “ser reumatologista”. Nossas várias facetas (profissional, humana, racional e passional) foram desvendadas e compreendidas pela nossa querida Márcia Gerardi, troféu, patrimônio e secretária da Sociedade Paulista de Reumatologia.

## EM SENDO AMIGO(A) DE UM(A) REUMATOLOGISTA

Diante dos mais de cem tipos diferentes de doenças reumáticas, eles, os *reumatologistas*, não se intimidam. Esse número é apenas um dos motivos que os movem a novos desafios e conquistas ao longo dos anos.

Mesmo acometendo crianças, jovens e idosos, o reumatismo é caracterizado pela busca incessante de novos conhecimentos, pesquisas e medicamentos que visam, única e exclusivamente, ao alívio não só das dores físicas – que muitas vezes causam incapacidade e deformidades no curso da doença –, como também das dores da alma.

Por tudo isso, o que dizer dos *reumatologistas* que se preocupam em:

- aumentar a massa óssea não só para evitar quedas e controlar o andamento da osteoporose, como também para multiplicar passos e sorrisos;
- proporcionar a reabilitação aos que estão com lombalgia, por exemplo, por posturas incorretas ao longo da vida ou diante de problemas existenciais, psicológicos, familiares e amorosos, entre outros;
- trazer de volta os movimentos das articulações acometidas pela artrose.

E também dos *reumatologistas* que:

- com a ajuda de uma combinação de fármacos muito bem prescritos, evitam deformidades muitas vezes irreversíveis da artrite reumatoide;
- cuidam de patologias raras para que, lá na frente, de raras elas se tornem comuns;
- reconhecem todos os pontos dolorosos da fibromialgia e fazem deles os pontos essenciais para o fechamento do diagnóstico;
- cuidam para que os movimentos sejam, sim, repetitivos para o bem, e não, para as lesões.

A todos os *reumatologistas*, que cuidam com muito estudo, dedicação e persistência ao longo de anos de prática da medicina, dia após dia, somada a uma anamnese detalhada, exames clínicos e radiológicos, discussões de casos clínicos com residentes, pós-graduandos, colegas de outras especialidades, um especial agradecimento em nome de todos aqueles que, um dia, conheceram um reumatologista não só como paciente, mas também como amigo(a) e, por que não dizer... confidente.

MÁRCIA GERARDI

A UNICAMP E PUCCAMP já eram reconhecidas pela excelência do serviço que prestam na área da Reumatologia. Neste número, no entanto, vamos mostrar seu lado B. Valores literários (alguns já conhecidos e outros que desabroçam) em impressões sobre um tema único: o reencontro. Tudo inspirado pelo Encontro de Ex-residentes de Reumatologia da PUC-Campinas e Unicamp, ocorrido no mês de março.

## REENCONTRO

**Encontro** de Ex-residentes de Reumatologia da UNICAMP e PUCCAMP 2013: Um Encontro repleto de encontros e reencontros repletos de sentimentos depurados pelo tempo: carinho, respeito, gratidão. Um Encontro de gente de carne e osso, gente que também se alimenta de abraços.

ALZIRTON FREIRE – Recife

### Reencontros

No caso em questão, a palavra reencontro não ocupa uma definição específica.

O que se deu nesses dias de confraternização e aprimoramento foi uma verdadeira reavaliação dos conceitos básicos, não só da ciência, mas também da vocação médica, particularmente da vocação de Reumatologista.

Possivelmente essa nossa origem comum, lapidados pelos mesmos mestres, seja o que permita essa camaradagem tão espontânea, que agiliza as conversas, porque o tempo que poderia ser dispensado a rodeios sociais logo é utilizado para a troca de experiências e de práticas de conduta, de maneira sincera, coisa rara nestes tempos modernos.

Além disso, tivemos a oportunidade de encontrar colegas formados no mesmo serviço, em épocas variadas. Isso nos permite avaliar serenamente como estamos em termos de atualização e, sobretudo, quanto podemos melhorar, em todos os sentidos.

Uma nota merece destaque: a participação do mestre Samara, que ignorou o desconforto de uma recente intervenção médica para partilhar conosco, como sempre, sua experiência. Não esperaria menos dele, pois assim ele nos ensinou e nos acostumou. Ainda assim, pondo-me em seu lugar, admiro a sua disposição.

Agora, mais distante, creio que, mais que um reencontro, o que aconteceu foi um mirar no espelho, aquela ajeitada na roupa, alinhada no cabelo, e saímos prontos novamente para o batente, motivados e ansiosos pelo próximo.

MAURÍCIO RAPOSO DE MEDEIROS – Rondonópolis

**Perguntou Neruda:** *"Sufre más el que espera siempre  
que aquel que nunca espero a nadie?"*

Distância. Tempo. Saudade, aquele sentimento indescritível por não termos sempre ao nosso lado pessoas muito queridas. No entanto, ao revê-las tudo vira bruma, fumaça, fica para trás. Nos encantamos com o reencontro de rostos, almas e sentimentos. Velhos amigos com antigas histórias resgatam emoções e aquecem os corações. Eles nos fazem lembrar quem somos, de onde viemos e o que ainda podemos alcançar. Sentir que fazemos parte de uma mesma história. E eu estarei sempre esperando pelo próximo reencontro.

SANDRA H. WATANABE – São Paulo

**Reencontro** é como ir a um bosque onde você plantou várias árvores.

Então, lá estão elas! Agora, espalhando sementes por toda parte, fazendo, assim, nascerem outras arvoretinhas, garantindo a sombra amiga e revitalizando o planeta.

Nas telas dos *ipads*, *iphones* e *tablets*, visualizei lindas árvores: filhos, netos, genros, noras, nem sempre médicos ou médicas, mas todos fazendo parte das minhas frondosas amizades.

PLÍNIO JOSÉ DO AMARAL – Campinas

### **Residentes. Ler é preciso**

Eu me formei muito jovem, e muito jovem, aos 24 anos de idade incompletos, com apenas um ano e dez meses de estágio no Ambulatório de Reumatologia do Hospital Escola São Francisco de Assis, da antiga Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, deixei o Rio de Janeiro. Na época, 1959, 1960, ainda não tinha sido implantada a residência no Brasil. Nos Estados Unidos, ela foi criada em Cirurgia em 1889 e em Clínica Médica, no ano seguinte, no Johns Hopkins Hospital, Baltimore, por William Halsted e William Osler, respectivamente. Hoje, esse hospital tem a fama de ser o melhor do mundo, e é mesmo, na minha modesta opinião. Eles se juntaram a outros dois não menos famosos, Howard Kelly, ginecologista, e William Welch, patologista, admiravelmente retratados por John Singer Sargent em 1905, sob o título "The Four Doctors". Pois bem, aqui chegando, em outubro de 1960, e como já dissera outras vezes, próximo à estação ferroviária da Paulista, contemplava a cidade lá de cima e de forma ambiciosa e arrogante, como sói ocorrer aos moços, disse comigo mesmo, "Vou tomar conta desta cidade". Pelo menos tinha uma certeza, era a confiança, adquirida sobre o que aprendera em tão pouco tempo no Rio, muito porque lera desde o prefácio até a última página, o maior livro de reumatologia de todos os tempos, ou seja, hoje um alentado volume de 2.600 páginas, em sua 15ª edição (2005), *Arthritis and Allied Conditions*, editado por William Koopman. Um de seus editores, Daniel J. McCarthy Jr., a quem conheci em Evian, França, em 1964, esteve em Campinas dez anos mais tarde a meu convite e muito me ensinou sobre condrocalcinose articular difusa. Aprendi com ele, também, uma lição que passei aos que me acompanharam: ler sempre, enquanto médico for, o que faço até hoje, com muito mais facilidade do que outrora graças aos atuais meios de comunicação. A máxima de que "mais vale a prática do que a gramática" é ledão engano. Infelizmente, médicos existem que, depois de formados, não leem uma página sequer de um almanaque sobre medicina. Conto muito, a propósito, um entre muitos exemplos que ilustram esta assertiva. Certa vez uma doente que padecia de esclerose sistêmica estava em uso de penicilamina e vinha se queixando de hipogeosia e, menos frequentemente, de ageosia, perguntando-me se não era efeito do remédio. Até então, eu, que não sabia desse efeito colateral, perguntei a meus colaboradores se era por causa do remédio, ao que eles me respondiam, "Não que eu saiba", ou então esta outra, "A literatura a meu alcance nada diz a respeito". O mal reside justamente aí, em não perguntar o quanto você sabe a respeito ou, ainda, que literatura está a seu alcance. Tantas foram as vezes que esta pobre criatura perguntou sobre isso, que indaguei de todos e de uma vez por todas: "Gente! Esta droga dá ou não dá ageosia???" E eis que um deles, com forte convicção, disse com todas as letras: "Não!!! Esta droga não dá esses efeitos colaterais". Nisso, para meu espanto e espanto de todos, a doente, muito humildemente, disse-me: "Dá sim, viu, doutor, dá". Ao que lhe perguntei, "E como foi que você soube disto?", ela me respondeu: "Está escrito na bula, Dr. Samara, e lá também se recomenda um xaropinho de iodeto de cobre, para suprir a depleção deste micronutriente pela penicilamina". Se deixasse, ela iria avante ealaria também da doença de Wilson (degeneração hepatolenticular). É, minha gente... ler é preciso, parafraseando Jorge Amado, ou melhor, "Navegar é preciso", principalmente hoje em dia com a Internet.

ADIL MUHIB SAMARA – Campinas

# Noticiário

## VII CURSO DE REVISÃO PARA REUMATOLOGISTAS

Nos dias 2 e 3 de março foi realizado com sucesso o VII Curso de Revisão para Reumatologistas, em São Paulo. Foram abordados temas de grande relevância, como Reumatologia Pediátrica, Vacinação em Pacientes Reumáticos, Novos Biomarcadores e Novas Terapias, Síndrome Antifosfolípide, Infecção Articular, Lúpus, Doença Óssea Metabólica e Osteoporose. A programação atendeu à expectativa dos participantes, residentes em fase preparatória para o título de especialista e reumatologistas em busca de atualização de conhecimento. Duzentos inscritos vieram de todo o Estado de São Paulo, além de outros 13 Estados.



### VII CURSO DE REVISÃO PARA REUMATOLOGISTAS.

- (1) Da esquerda para a direita (abertura do curso): Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto e Dr. Paulo Louzada Junior.  
(2) Da esquerda para a direita, Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto, Dra. Rosa Maria Rodrigues Pereira, Dra. Virgínia Fernandes Moça Trevisani e Dra. Simone Appenzeller.  
(3) Visão geral da plateia.

## XIX ERA – ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA

O Hotel Tivoli Mofarrej, em São Paulo, recebeu entre os dias 14 e 16 de março o XIX ERA – Encontro de Reumatologia Avançada. Com diferente formato na programação e um novo local, o evento recebeu elogios dos mais de 450 participantes de todo o Brasil. O Curso Pré-evento, coordenado pela Dra. Simone Appenzeller, mostrou um amplo painel sobre o uso da ressonância nuclear magnética e SPECT/PET-CT na prática reumatológica. O diretor científico da SPR, Dr. Eduardo F. Borba Neto, e toda a Comissão Científica elaboraram uma programação de alto nível, com temas básicos e clínicos. Os trabalhos científicos apresentados no Encontro demonstram o alto grau de desenvolvimento da reumatologia praticada em São Paulo. Foram 20 trabalhos sob a forma de pôsteres e 17 apresentações orais. Os trabalhos vencedores podem ser apreciados na seção “Artrófilo”, páginas 22 a 24 desta edição. Os 60 anos da Sociedade Paulista de Reumatologia foram comemorados durante o evento, com uma cerimônia especialmente organizada pelo Dr. Marcelo Pinheiro. Foi apresentado um vídeo sobre a história da SPR, os ex-presidentes receberam merecidas homenagens e cantou-se o “Parabéns a você” com um bolo exclusivamente decorado para a data. Veja a seguir e nas próximas duas páginas a cobertura do evento.



### XIX ERA – ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA.

Dia 14 – Curso Pré-Evento – Exames de Imagem: Ressonância Nuclear Magnética e SPECT/PET-CT na Prática Reumatológica: **(1)** da esq. para a dir., Dr. Lauro Wichert-Ana e Dra. Simone Appenzeller. **(2)** da esq. para a dir., Dr. Antonio Carlos dos Santos, Dr. Marcello Henrique Nogueira Barbosa e Dr. Paulo Chicarone Pereira. **(3)** Visão geral da plateia.





**XIX ERA – ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA.** Dia 14 – Curso Pré-Evento – Exames de Imagem: Ressonância Nuclear Magnética e SPECT/PET-CT na Prática Reumatológica: **(4)** Dr. Marcelo Bordalo Rodrigues. **(5)** Dr. Antonio Rocha. Reumatologia Pediátrica e apresentação de casos clínicos em Reumatologia Pediátrica: **(6)** da esquerda para a direita, Dr. Paulo Roberto Stocco Romanelli, Dra. Virgínia Paes Leme Ferriani, Dra. Claudia Saad Magalhães, Dra. Maria Teresa Terreri e Dr. Claudio Arnaldo Len. Dia 14 – Prescrição de Exercícios Físicos em Reumatologia e palestra Sono e Inflamação: **(7)** da esquerda para a direita, Dr. Marcos Renato de Assis, Dra. Sandra Hiroko Watanabe, Dr. Marco Tulio de Mello, Dr. Paulo Louzada Jr. e Dr. Flávio Calil Petean. Dia 15 – Sessão Osteoimunologia: **(8)** da esquerda para a direita, Dra. Vera Lúcia Szejnfeld, Dr. Charles H. M. Castro e Dra. Rosa Maria Rodrigues Pereira. **(9)** Visão geral da plateia. Sessão Interativa – Urgências em Reumatologia: **(10)** da esquerda para a direita, Dr. Flávio Calil Petean, Dra. Emilia Inoue Sato, Dr. Manoel Barros Bértolo e Dra. Cássia Maria Passarelli L. Barbosa. Comemoração dos 60 anos da Sociedade Paulista de Reumatologia: **(11)** da esquerda para a direita, Dr. José Roberto Provenza, Dr. Luiz Carlos Latorre, Dra. Sandra Hiroko Watanabe, Dr. Dawton Y. Torigoe, Dr. Célio Roberto Gonçalves, Dr. Paulo Louzada Jr., Dr. Cristiano A. F. Zerbini, Dr. Manoel B. Bértolo, Dra. Emilia Inoue Sato, Dr. Jamil Natour e Dr. João Francisco Marques Neto. Dia 16 – Sessão Novos Critérios: **(12)** da esquerda para a direita, Dr. Cristiano Barbosa Campanholo, Dr. José Alexandre Mendonça, Dr. Maurício Levy Neto, Dra. Eloisa Silva Dutra de Oliveira Bonfá, Dra. Lilian Tereza Lavras Costallat, Dr. Edgard Torres dos Reis Neto e Dr. José Eduardo Martinez. Convidado Internacional: **(13)** Dr. Roy Fleischmann (EUA). Divulgação dos ganhadores, Agradecimento e Encerramento do Evento: **(14)** da esquerda para a direita, Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto e Dr. Paulo Louzada Jr. Premiação dos melhores trabalhos do ERA 2013: **(15)** da esquerda para a direita, Dra. Gabriela de Mendonça Rezende (1º colocado), Dr. Marcelo de Medeiros Pinheiro – representando o Dr. Sandro Perazzio (3º colocado), Dr. Paulo Louzada Jr. e Dra. Carina Mori Frade Gomes (2º colocado).





Fotos: Ueda Fotografia.



## XVII CURSO DE RECICLAGEM DO CEP CER/CERIR

De 14 a 17 de março, em Campos do Jordão, no espetacular Grande Hotel, nos reencontramos... e nos reciclamos! Sob a organização e a coordenação dos queridos Drs. Rina Dalva N. Giorgi e Wiliam Habib Chahade, tivemos o privilégio de privar da companhia de convidados especiais como o Professor Rubens Belfort de Mattos Jr., que nos brindou, logo no primeiro dia, com um verdadeiro curso sobre patologias oculares e o que todo reumatologista deve saber! As conferências subsequentes continuaram com nível de excelência e abordaram diversos temas da Reumatologia, desde a fisiopatologia, passando pelos desafios do diagnóstico e o que há de mais novo na terapêutica de nossas enfermidades. Nossos sinceros agradecimentos aos colegas convidados de outros serviços que participaram das palestras, seja proferindo ou coordenando, juntamente com nosso grupo de assistentes. No último dia, tivemos uma abordagem bastante atualizada sobre a conduta médica diante da morte (proferida pelo Dr. José Henrique Rodrigues Torres) e cuidados paliativos (pela Dra. Sara Krasilcic). Finalizamos nosso reencontro com um curso básico de Genética e Epigenética nas Doenças Reumáticas, organizado com a eficiência de sempre pelo Dr. Luís Eduardo C. Andrade, convidado ilustre, que gentilmente participa mais uma vez de nossas reciclagens.

É sempre um reencontro repleto de saudades, de boas lembranças, de troca de experiência, muita alegria e de muito aprimoramento, sempre! E o mais curioso disso tudo é notar como os antigos e os novos colegas interagem, como se já se conhecessem há anos! E esse círculo de amizades vai se solidificando cada vez mais, com participantes aguardando ansiosamente... pelo próximo reencontro!!!

Grande abraço a todos e até breve!

NAFICE COSTA ARAÚJO

Médica assistente e preceptora de Ensino  
do Serviço de Reumatologia do Hospital do Servidor do Estado de São Paulo



## UNICAMP E PUC-CAMPINAS PROMOVEM ENCONTRO DE EX-RESIDENTES DE REUMATOLOGIA

A Unicamp e a PUC-Campinas promoveram, nos dias 22 e 23 de março, o Encontro de Ex-residentes em Reumatologia, para discutir avanços em diagnósticos e tratamentos de doenças reumáticas. O evento, que aconteceu no Quality Resort & Convention Center, em Itupeva, reuniu cerca de 100 médicos formados pelas duas universidades e que atuam em todo o País.

Durante os dois dias do evento científico foram apresentados estudos e pesquisas sobre o desenvolvimento de medicamentos de última geração para várias doenças reumáticas, como artrite reumatoide, lúpus, espondiloartrites, osteoartrite, fibromialgia, esclerose sistêmica, entre outras.

A aula de abertura do Encontro foi ministrada pelos professores Adil Samara (Unicamp) e José Roberto Provenza (PUC-Campinas).

Sob a coordenação dos professores Manoel Barros Bértolo e Rubens Bonfiglioli, o evento contou ainda com a presença dos doutores Walber PintoVieira e Cesar E. Baaklini, presidente e presidente eleito da SBR.

CAIUS LUCILIUS  
Assessor de Imprensa





## XX JORNADA RIO-SÃO PAULO DE REUMATOLOGIA E I JORNADA ANUAL DA SRRJ

A cidade do Rio de Janeiro recebeu, entre os dias 11 e 13 de abril, a XX Jornada Rio-São Paulo de Reumatologia e I Jornada Anual da SRRJ. O evento contou com a participação de palestrantes nacionais e internacionais, consolidando um grande e fraterno entrosamento com nossos colegas do Rio de Janeiro. Cumprimos a Comissão Científica pela organização dessa Jornada.



**XX JORNADA RIO-SÃO PAULO DE REUMATOLOGIA E I JORNADA ANUAL DA SRRJ. (1)** Da esquerda para a direita, Dr. Paulo Louzada Jr., Dr. Walber P. Vieira e Dr. Evandro Klumb. **(2)** Da esquerda para a direita, Dra. Simone Appenzeller, Dr. Mauro Goldfarb, Dra. Blanca Bica, Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto, Dr. Evandro Klumb e Dra. Francinne Machado. **(3)** Da esquerda para a direita, Dr. Paulo Louzada Jr., Dr. Jhimmy Talbot, Dr. Manoel Barros Bértolo, Dra. Maria G. Tektonidou (Atenas, Grécia) e Dr. Roger A. Levy. **(4)** Visão geral da plateia.

## FÓRUM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E GRAVIDEZ

No dia 25 de maio, na Associação Paulista de Medicina, em São Paulo, foi realizado o Fórum Lúpus Eritematoso Sistêmico e Gravidez. O evento, organizado pelo Departamento de Reumatologia da APM e pela Sociedade Paulista de Reumatologia, contou, na abertura, com a presença da Dra. Ivone Minhoto Meinão e da Dra. Deborah Colucci C. de Souza. Os temas foram abordados com profundidade pelos palestrantes, doutores Eloísa Bonfá, Luciano M. Pompei, Clóvis Artur A. Silva, Fernanda Couto Fernandes, Emília I. Sato e Eduardo F. Borba Neto, todos reconhecidamente *experts* no assunto.



**FÓRUM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E GRAVIDEZ. (1)** Da esquerda para a direita, Dra. Ivone Minhoto Meinão, Dra. Eloísa Bonfá e Dra. Deborah Colucci C. de Souza. **(2)** Da esquerda para a direita, Dr. Eduardo F. Borba Neto, Dra. Emília I. Sato, Dra. Fernanda Couto Fernandes, Dra. Ivone Minhoto Meinão e Dra. Deborah Colucci C. de Souza.

## NOTA DE FALECIMENTO

### Homenagem Póstuma à Marilda Trevisan Aida



Marilda foi uma colega muito dedicada. Iniciou o serviço de Reumatologia Pediátrica em Sorocaba, sempre assídua às reuniões do Comitê. Há mais de dez anos lutava bravamente pela vida e, durante sua luta, frequentou nossas reuniões, com muito otimismo. Seus alunos e colegas vão se lembrar dela com muito carinho, pela doçura e companheirismo, mas acima de tudo por sua competência e dedicação à Reumatologia Pediátrica. A vida é breve, a vida passa, mas o que semeamos pelo caminho permanece. Lembraremos de Marilda com muita saudade.

Claudia Saad Magalhães

## FÓRUM DE DEBATES

### PRIMEIRO FÓRUM DE DEBATES (27 DE MARÇO DE 2013)

**Tema:** "Poliangeíte com Granulomatose"

**Coordenação:** Prof. Dr. Paulo Louzada Jr. (professor livre-docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo)

**Apresentação e debates:** Prof. Dr. Paulo Louzada Jr.

### SEGUNDO FÓRUM DE DEBATES (8 DE MAIO DE 2013)

**Tema:** "Envolvimento do Trato Gastrointestinal no Lúpus Eritematoso Sistêmico"

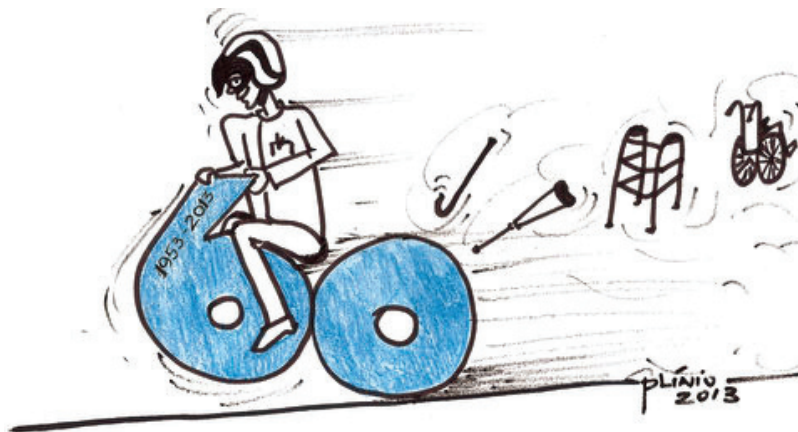
**Coordenação:** Profa. Dra. Simone Appenzeller (professora doutora da Disciplina de Reumatologia da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp)

**Apresentação:** Dr. Eduardo Macêdo (residente de Reumatologia da Unicamp)

**Debates:** Profa. Dra. Luciana Rodrigues de Meirelles (professora do Departamento de Anatomia Patológica da Unicamp, Dra. Virginia Lúcia R. Cabral (Departamento de Clínica Médica da Unicamp)



**PRIMEIRO FÓRUM DE DEBATES: (1)** visão geral da plateia. **SEGUNDO FÓRUM DE DEBATES: (2)** da esquerda para a direita: Prof. Dr. Manoel Barros Bértolo, Profa. Dra. Luciana Rodrigues de Meirelles, Profa. Dra. Simone Appenzeller, Dra. Virgínia Lúcia Ribeiro Cabral, Prof. Dr. Paulo Louzada Junior.





# Agenda 2013

12 DE OUTUBRO  
DIA MUNDIAL DA ARTRITE

## NACIONAIS

### **11º Encontro de Reciclagem do Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis (Ceredo)**

**Data:** 9 e 10 de agosto

**Local:** Hotel Golden Tulip Paulista Plaza, São Paulo, SP

**Contato:** atendimento@numeneventos.com.br

### **VI Jornada de Reumatologia do Vale do Paraíba**

**Data:** 23 a 25 de agosto

**Local:** Hotel Blue Mountain, Campos do Jordão, SP

**Contato:** atendimento@plenitudeeventos.com

### **5º Curso de Imunologia**

**Data:** 7 de setembro

**Local:** São Paulo, SP

**Contato:** reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

### **V Curso de Infiltrações em Reumatologia – Disciplina de Reumatologia da Unifesp**

**Data:** 18 e 19 de outubro

**Local:** Unifesp, São Paulo, SP

**Contato:** www.cursoinfiltracao.com.br

### **5º Congresso Brasileiro de Densitometria, Osteoporose e Osteometabolismo (Bradoo)**

**Data:** 24 a 26 de outubro

**Local:** Summerville Beach Resort, Porto de Galinhas, PE

**Contato:** <http://www.bradoo.com.br>

### **III Encontro de Reumatologia do Interior/ XXII Jornada Paulista de Reumatologia**

**Data:** 18 e 19 de outubro

**Local:** Ribeirão Preto, SP

**Contato:** reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

### **XXX Congresso Brasileiro de Reumatologia**

**Data:** 20 a 23 de novembro

**Local:** Centro de Convenções de Pernambuco, Recife, PE

**Contato:** [www.sbr2013.com.br](http://www.sbr2013.com.br)

## INTERNACIONAIS

### **Aplar 2013 (Symposium of the Asia Pacific League of Associations for Rheumatology)**

**Data:** 30 de agosto a 1º de setembro

**Local:** Bali, Indonesia

**Contato:** [aplarsymposium@kenes.com](mailto:aplarsymposium@kenes.com)

### **14<sup>th</sup> International Congress on Antiphospholipid Antibodies & 4<sup>th</sup> Latin American Congress on Autoimmunity – Apla & Laca 2013**

**Data:** 18 a 21 de setembro

**Local:** Rio de Janeiro, Brasil

**Contato:** [www.kenes.com/apla-laca](http://www.kenes.com/apla-laca)

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

**Data:** 4 a 7 de outubro

**Local:** Baltimore, Maryland, USA

**Contato:** <http://www.asbmr.org/meetings/annualmeeting.aspx>

### **ACR/ARHP 2013**

**Data:** 25 a 30 de outubro

**Local:** San Diego, EUA

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

### **11<sup>th</sup> World Congress on Inflammation – Immuno Natal 2013**

**Data:** 21 a 25 de setembro

**Local:** Natal, Brasil

**Contato:** [www.inflammation2013.sbicongressos.com](http://www.inflammation2013.sbicongressos.com)

## NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

# Fórum de Debates em Reumatologia 2013

**Sempre às 20 horas**

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

**Estacionamento conveniado:** Feller Estacionamentos – Rua São Carlos do Pinhal, 200 – Bela Vista (esquina com a Alameda Joaquim Eugênio de Lima).

**Local da confraternização:** Avenida Paulista Hotel – Rua São Carlos do Pinhal, 200 – Bela Vista (esquina com a Alameda Joaquim Eugênio de Lima).

Neste ano teremos novidades na transmissão das reuniões. Participe e incentive a participação de seus colegas reumatologistas.

Após os debates, você é nosso convidado para degustar um ótimo jantar no hotel.

Informamos que as últimas reuniões estão disponíveis no site da SPR para que você possa assisti-las.

## PRÓXIMOS ENCONTROS:

- 7 DE AGOSTO
- 11 DE SETEMBRO
- 2 DE OUTUBRO
- 6 DE NOVEMBRO



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

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

Moderna caneta  
aplicadora com  
formato anatômico

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

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



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

**janssen**  
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
OF Johnson & Johnson



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