

Revista Paulista de Reumatologia

VOL. 5 N.º 4 out/dez 2006

Congresso Brasileiro
de Reumatologia
em Campinas

Exposição de Arte
em Campinas

A Reumatologia
Pediátrica



Registro	3
Editorial	4
Reabilitando o Reumatologista	5-7
Rheuma	7-8
Perspectivas	9-10
Artrófilo	12-15
reumatologiasp.com.br	16
Grupos de Apoio	17
Artistas da Reumatologia Brasileira	18-19
Noticiário	20-22
Agenda	22

Sociedade Paulista de Reumatologia

DIRETORIA EXECUTIVA 2006/2007

Presidente

Ari Stiel Radu

Vice-Presidente

Luiz Carlos Latorre

1.º Secretário

Jozélio Freire de Carvalho

2.º Secretário

Sandra Hiroko Watanabe

1.º Tesoureiro

Daniel Feldman Pollak

2.º Tesoureiro

Fernanda Rodrigues Lima

Diretor Científico

Cláudia Goldenstein Schainberg

Conselho Fiscal e Consultivo

Célio Roberto Gonçalves, José Roberto Provenza, Rina Dalva Neubarth Giorgi, Jamil Natour, Manoel Barros Bértolo

Departamento de Reumatologia da Associação Paulista de Medicina

Ivone Minhoto Meinão (Presidente), Cristiane Kayser (1.º Secretário), Paulo de Tarso Nora Verdi (2.º Secretário), Mauricio Levy Neto (Coordenador Científico)

Comissão Científica

Célio Roberto Gonçalves, Rosa Maria Rodrigues Pereira, Eduardo Ferreira Borba Neto, Charles Helden de Moura Castro, Maria Guadalupe Barbosa Pippa, Silvio Figueira Antonio

Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional

Abel Pereira de Souza Jr., Ivone Minhoto Meinão, Eduardo de Souza Meirelles

Comissão de Educação Médica

Milton Helfenstein Jr., Flávio Monteiro de Barros Maciel

Comissão do Interior

Paulo de Tarso Nova Verdi (Araçatuba), Oswaldo Melo da Rocha (Botucatu), Ibsen Bellini Coimbra (Campinas), Rubens Bonfiglioli (Campinas), César Emile Baaklini (Marília), Flávio Calil Peteian (Ribeirão Preto), Paulo Louzada Jr. (Ribeirão Preto), Joaquim Gonçalves Neto (Santos), Clovis Strini Magon (São Carlos), Gilberto Santos Novaes (Sorocaba), Lúcia Angélica Buffulin de Faria (São José do Rio Preto)

Representantes da Reumatologia Pediátrica

Maria Odete Esteves Hilário, Cláudio Arnaldo Len

Site

José Knoplich, Roberto Ezequiel Heymann, Romy Beatriz Christmann de Souza

Endereço

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

Revista Paulista de Reumatologia

Órgão oficial da Sociedade Paulista de Reumatologia

Conselho Editorial

Marcelo Pinheiro, Fábio Jennings, Alexandre Wagner S. Souza, Romy Beatriz Christmann de Souza

ETCetera Editora de Livros e Revistas

Direção Editorial Coordenação Editorial Jornalista

Kleber Kohn Silvia Souza Luciana C.N. Caetano (MTB 27.425)

Endereço para correspondência

Rua Caraíbas, 176, Casa 8, Pompéia, CEP 05020-000, São Paulo, SP
Fone/Fax: (11) 3368-5095, e-mail: etcetera@etceteraeditora.com.br
Site: <http://www.etceteraeditora.com.br>

Palavra do Presidente

Caros amigos, chegamos ao final de 2006. Neste ano, o Congresso Brasileiro de Reumatologia, em Campinas, reuniu mais de 1.600 inscritos. Um recorde histórico. O Fórum de Debates em Reumatologia também mostrou sua força. Foram oito reuniões lotadas e, desde agosto, contando com a participação maciça (ao vivo) do interior e do litoral paulista.

O crescente interesse dos colegas reumatologistas pelas atividades da SPR é o nosso maior incentivo. E nossa obrigação é retribuir com muito trabalho e empenho na luta pelas causas ligadas à reumatologia em 2007.

Neste sentido, a crescente participação dos reumatologistas de todo o Estado nas atividades da SPR é apenas um dos aspectos de nosso trabalho. As doenças reumatológicas estão entre as mais prevalentes que existem e grande parte dos casos é tratada na rede de saúde primária; desta forma, os pacientes devem ser corretamente orientados e, quando necessário, precocemente encaminhados aos reumatologistas. No entanto, na prática, isto não acontece de maneira ideal. Enquanto as universidades e serviços terciários estão sobrelotados de casos simples, que poderiam ser tratados na rede primária, casos que merecem atenção especializada são encaminhados tardiamente. Por esse motivo, a SPR realizou com grande sucesso o seu primeiro curso de revisão em reumatologia direcionado aos colegas de especialidades afins.

Mas não paramos por aí. Enquanto escrevo estas linhas, estamos na etapa final de organização do evento *Ação Reumato*, que visa à ampla divulgação junto à população, da importância do diagnóstico precoce e tratamento especializado das doenças reumáticas.

E para 2007 podemos esperar muito mais: em março, teremos o primeiro curso de revisão direcionado aos reumatologistas que desejam estar em dia com os enormes avanços da especialidade. Em maio, será a vez do já tradicional Encontro de Reumatologia Avançada, que terá uma programação de grande interesse para todos. Além de ampla atualização nos caminhos das pesquisas de nossas universidades, o evento contará com a participação de convidados estrangeiros do maior gabarito, conferindo palestras sobre temas de grande relevância, e abrirá espaço para *temas práticos de administração do consultório médico em reumatologia*. Além disso, durante todo o ano continuaremos com o Fórum de Debates *online* para todo o interior paulista. Em dezembro, teremos o Encontro Rio-São Paulo, em São Paulo. Nossa página na Internet continua sendo reformulada para oferecer mais informações aos associados e nossas portas continuam abertas para novas idéias.

A todos os nossos associados desejamos Boas-Festas e um Feliz 2007.

Ari Stiel Radu

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia

Gestão 2006-2007

www.reumatologiasp.com.br

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

e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

QUEREMOS SER

GRANDES!

Editorial

Há pouco mais de dez anos, quando ingressamos na especialidade, éramos relativamente poucos, nos conhecíamos num piscar de olhos e fazíamos amigos com a mesma velocidade. A reumatologia era reconhecida como uma pequena especialidade vinculada à clínica médica. Sempre escutávamos, dos mais velhos, que precisávamos atrair mais pares para o estudo dos “reumatismos”. Era preciso contagiar e tornar o reumatologista conhecido do grande público e, até mesmo, por outros médicos. Queríamos ser grandes! Recentemente, em Campinas, pudemos observar que esse cenário havia mudado para melhor. Já não mais conhecíamos todas as pessoas e nos questionávamos: “de onde vieram tantos?”. Mais de 1.600 congressistas compareceram ao maior evento nacional da reumatologia neste ano, com especial destaque para as mulheres (53,6% dos participantes). O evento mostrou a grandiosidade e prosperidade de nossa especialidade, bem como o enorme salto que demos nos últimos anos. Conquistamos espaços e aglutinamos áreas afins – fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, educação física, biomedicina, biologia e psicologia. Somos responsáveis por uma considerável produção científica na literatura internacional e capazes de agregar e gerar conhecimento.

Na terra da maria-fumaça, lançamos livros médico-científicos, livros de ficção e de poesia. Homenageamos diversos e ilustres reumatologistas, como o dr. Samara e o dr. Seda, recebemos e distribuímos prêmios. Elegemos ainda a nova presidente da SBR, escolhemos a próxima sede do Congresso Brasileiro de Reumatologia, a linda e aprazível capital alagoana.

Embora existam perspectivas pessimistas por parte de alguns reumatologistas e estejamos atravessando diversos problemas no cenário político e econômico do país, a nossa especialidade está em franca expansão,

tanto do ponto de vista dos recursos humanos como do de diagnóstico e arsenal terapêutico.

Nesta edição, completamos o primeiro ano da gestão Ari Radu com amplo sucesso e homenageando as duas obras de arte mais votadas no Congresso, com a sua reprodução na capa. Terminamos a primeira pesquisa de opinião sobre a aceitação da *RPR* pelos reumatologistas. O resultado foi muito bom e ficamos felizes com o reconhecimento e os inúmeros elogios, principalmente em relação às capas e aos textos, assim como às seções *Rheuma* e *Reabilitando o Reumatologista*. A maioria dos reumatologistas aprova a *RPR* e a considera um símbolo e o diferencial para os sócios da SPR. Finalizamos, também, a série *Procedimentos da seção Reabilitando o Reumatologista*, agradecendo o empenho e a dedicação da dra. Rita Furtado.

Nós, editores, não somos tão velhos assim, mas a história da reumatologia brasileira tem se concretizado nos últimos anos. Os Drs. Atra, Bonomo, Gonçalves e outros baluartes do início dessa história devem estar orgulhosos e alegres com toda essa evolução e desdobramentos.

Em 2006, a SPR completou 53 anos, sabendo que ainda há muito para a reumatologia conquistar; mas, ao menos, já não podemos dizer que somos uma pequena especialidade da clínica médica. Já somos grandes! Parabéns à Comissão Organizadora do Congresso Brasileiro em Campinas. Parabéns a todos os reumatologistas que auxiliam no crescimento de nossa especialidade.

Vem mais por aí, em 2007. Aguardem-nos!
Um ótimo Natal a todos e Feliz 2007!

Marcelo Pinheiro, Fábio Jennings,
Alexandre Wagner, Romy C. Souza
Editores

Drogas para Uso Intra-Articular

Rita Furtado⁽¹⁾, Marla Francisca dos Santos⁽²⁾, Monique Konai⁽³⁾, Jamil Natour⁽⁴⁾

1. Assistente-doutora da Disciplina de Reumatologia da Unifesp/ EPM. 2. Pós-graduanda da Disciplina de Reumatologia da Unifesp/ EPM. 3. Pós-graduanda da Disciplina de Reumatologia da Unifesp/ EPM. 4. Professor-adjunto da Disciplina de Reumatologia da Unifesp/ EPM

GLICOCORTICOSTERÓIDES

O glicocorticosteroide (GCE), com suas propriedades antiinflamatórias e antiproliferativas, bem como sua capacidade de atrofia da sinóvia, é a medicação mais utilizada para a realização de procedimentos intra-articulares.

O uso de GCE – cortisona – por via intra-articular (IIA) foi inicialmente descrito por Thorn. Mas foi Hollander quem, em 1951, realizou o primeiro estudo com a hidrocortisona por via intra-articular, com o objetivo de demonstrar os benefícios desse procedimento em pacientes com enfermidades reumatológicas. Os GCE desempenham importante papel na redução da inflamação sinovial por meio da diminuição da angiogênese, diapedese e secreção de enzimas lisossômicas e collagenase, bem como redução da ação dos linfócitos T, produção de superóxidos, inibição da ação da ciclo-oxigenase e incremento de proteoglicanos na cavidade articular.

Diversas apresentações dos GCE podem ser utilizadas para infiltração intra-articular (IIA), como a dexametasona, acetato de metilprednisolona, acetato e fosfato de betametasona e acetato de prednisolona. No entanto, com o aprimoramento da técnica e o melhor entendimento da biodisponibilidade intra-articular dos GCE, percebeu-se que o efeito mais prolongado era diretamente proporcional ao tempo de permanência local e ao grau de insolubilidade dos compostos. Dessa forma, é crescente a busca por GCE mais potentes, pouco solúveis, com ação mais duradoura e menor característica mineralocorticóide. Desde 1961, utiliza-se preferencialmente o éster de triancinolona – introdução de composto fluorado à prednisolona para aumentar a potência – associado ao sal acetonado (acetonide, diacetonide e hexacetonide), com a finalidade de reduzir a solubilidade e, conseqüentemente, aumentar o poder atroficante e o tempo de permanência no ambiente intra-articular (sinovectomia química).

A IIA com GCE pode ser usada para controle de sinovite pauciarticular refratária; teste terapêutico; e em sinovites com indicação de prótese em pacientes sem condições de cirurgia. As contra-indicações absolutas

são: artrite séptica, bacteremia, celulite periarticular, hipersensibilidade ao veículo do GCE, fratura osteocondral, prótese articular, osteomielite adjacente, endocardite infecciosa, coagulopatias graves. As contra-indicações relativas são: terapia anticoagulante, instabilidade articular, diabetes melito não controlada, hemartrose e úlceras de decúbito.

A dose preconizada da hexacetonida de triancinolona (HT) para pequenas articulações é de 5 a 10mg e de 20 a 40mg para as grandes, embora alguns autores recomendem doses maiores (5 a 20mg) para pequenas articulações das mãos e até 100mg para grandes articulações (joelho e quadril). Recomenda-se fazer artrocentese antes da introdução da medicação, a fim de minimizar o efeito deletério de produtos inflamatórios. Além disso, o repouso da articulação infiltrada, por pelo menos 48 horas, é fundamental para retardar a depuração da droga no meio intra-articular e diminuir as perdas periarticulares do composto.

As principais complicações relacionadas ao procedimento são atrofia ou hipocromia da pele (perda extra-articular da HT), ruptura de tendão, hemartrose, lesão neural, artrite séptica, aceleração da degeneração cartilágnea, sinovite induzida pelo cristal de GCE (autolimitada), calcificação e paresia periarticular. A duração do efeito benéfico da IIA com HT ainda não é bem definida. A melhora da sinovite após a IIA pode chegar a até 90% quando os cuidados são seguidos (repouso e uso de órteses por 1 a 2 semanas após o procedimento).

Embora a IIA com HT seja bastante utilizada e difundida na prática médica, existem poucos trabalhos controlados, randômicos e prospectivos com essa droga. A maioria deles comparou o uso do HT com outros GCE (succinato de hidrocortisona, acetonide de triancinolona; metilprednisolona e prednisolona). De modo geral, a HT é superior aos outros no que diz respeito à intensidade e duração de efeito (melhora da sinovite) e menor incidência de efeitos colaterais sistêmicos.

Outros trabalhos com HT em pacientes reumatóides demonstram a superioridade da HT sobre o morruato de sódio, metotrexato, rifampicina, ácido

ósmico e ítrio-90. Tem sido demonstrado que a poliinfusão intra-articular com a HT é superior ao uso de GCE sistêmico (acetone de triancinona em dose equivalente), tanto pela redução do número de articulações inflamadas quanto pela segurança a médio prazo.

RADIOISÓTOPOS

A sinovectomia com o uso de radioisótopos – sinoviólise – foi utilizada pela primeira vez em 1952 e é amplamente usada na Europa. Como a cartilagem é naturalmente hipóxia e radiorresistente, esse tipo de abordagem é interessante, pois promove sinovectomia segura e mais agressiva, uma vez que essas substâncias são de pequeno tamanho (2 a 10mm) (apresentam facilidade para a fagocitose pelos sinoviócitos, menor escape extra-articular e efeito radioativo sistêmico), são capazes de emitir radiação beta e possuem meia vida curta.

Os principais radiofármacos mais utilizados são o ^{90}Y (ítrio) (emissão de radiação β , penetração média tecidual de 3,6mm, meia vida de 3 dias, usado mais em grandes articulações); ^{186}Re (rênio) (emissão de radiação γ , penetração média tecidual de 1,1mm, meia vida de 4 dias, utilizado em médias articulações); ^{169}Er (érnio) (emissão β , penetração média tecidual de 0,3mm e meia vida de 9, usado em pequenas articulações).

A principal indicação desse tipo de abordagem é para pacientes com AR que não responderam a pelo menos uma IIA com HT e para outras artropatias reumáticas (artrite hemofílica, artropatia por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio, sinovite vilonodular pigmentar e sinovite persistente após colocação de prótese). As principais vantagens da sinovectomia radioisotópica em relação à cirúrgica são o menor custo e tempo de hospitalização, procedimento menos invasivo com menor número de complicações. No entanto, a combinação de cirurgia e sinovectomia com ^{90}Y para sinovite vilonodular pigmentada extensa é considerada segura e eficaz.

Trabalhos recentes com disprósio-165hidróxido férrico macroagregado (^{165}Dy), hólmio-166hidróxido férrico macroagregado (^{166}Ho), P32 crômico fosfato (^{32}P) e Samário153 hidroxapatita ($^{153}\text{SmPHYP}$) também têm avaliado a efetividade da sinovectomia radioisotópica em animais e humanos.

O radiofármaco com propriedade de emissão de radiação β tem penetração em tecidos moles e pode ser administrado por via intra-articular, pois é capaz de promover necrose das camadas sinoviais e preservação da integridade da cartilagem adjacente.

Antes de realizar a sinovectomia radioisotópica, algumas recomendações devem ser seguidas, como: intervalo de 2 a 6 semanas entre a radiossinovectomia e procedimentos como artroscopia ou cirurgia articular; repetição do procedimento deve ser em intervalo superior a seis meses; metodologia aplicada em ambiente de medicina nuclear por profissional qualificado; seguir as normas de biossegurança para manuseio do material radioativo; procedimento sob radioscopia, exceto para o joelho; uso concomitante da HT para evitar sinovite reativa e prolongar o tempo do fármaco na articulação; repouso articular com órtese por 48 horas; informação esclarecida ao pacientes sobre os riscos e benefícios.

Os principais riscos são: hemorragia local, infecções, necrose de partes moles, surgimento de neoplasias, fraturas, reações alérgicas e febre. São poucos os estudos controlados com sinovectomia radioisotópica, mas existem evidências da superioridade do érbio¹⁶⁹ e do rênio¹⁸⁶ em relação à infiltração com GCE. Meta-análise recente (estudos de 1971 a 1999 com 2.190 articulações abordadas prospectivamente por sinovectomia radioisotópica) mostrou melhores resultados em pacientes hemofílicos e com sinovite vilonodular pigmentada e pacientes reumatóides sem alteração degenerativa.

Recentes trabalhos com Samário-153 hidroxapatita ($^{153}\text{SmPHYP}$) têm sido desenvolvidos, inclusive no Brasil (Unifesp-EPM), onde já existem tecnologia e produção desta droga no Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares (Ipen). Especula-se que essa droga possa ser útil em associação ao HT principalmente em articulações de médio porte (cotovelos, punhos, tornozelos), pois apresenta penetração tecidual semelhante ao ^{186}Re (3,1mm).

VISCOSSUPLEMENTAÇÃO

A viscosuplementação é a utilização intra-articular de ácido hialurônico (AH), principalmente em pacientes com osteoartrite (OA). Tem como finalidade melhorar a concentração de ácido hialurônico e, conseqüentemente, restaurar viscoelasticidade e propriedades nociceptivas e antiinflamatórias do líquido sinovial.

O hialuronato de sódio é um polissacarídeo natural, formado pela repetição de duas unidades de dissacarídeos (ácido glicurônico e n-acetilglicosamina, ligados por pontes glicosídicas), que atuam como lubrificantes e como suporte viscoelástico. Atua inibindo a liberação de ácido araquidônico, diminui o metabolismo das proteoglicanas e a produção de prostaglandinas E2 pelo estímulo da interleucina-1,

assim como, modula a proliferação, migração e fagocitose de leucócitos. Em decorrência da pequena meia-vida intra-articular, promove resposta lubrificante e biomecânica fugaz e acredita-se que seus efeitos a longo prazo sejam decorrentes da ação antiinflamatória, inibição da atividade dos neurorreceptores e alteração do metabolismo da cartilagem e do comportamento do sinoviócito. Pode ser utilizada em casos de osteoartrite de joelhos, quadril, gleno-umeral, tibio-talar e rizoartrose.

De modo geral, a concentração do ácido hialurônico é de 10mg/ml na maioria das apresentações. Nas articulações de grande e médio porte, utiliza-se a dose de 2 a 2,5ml, e nas de pequeno porte, como as interfalângicas, a dose recomendada é de 0,3 a 0,5ml. As infiltrações são realizadas semanalmente, podendo a frequência variar de 3 a 5 aplicações consecutivas. O tratamento pode ser repetido após um período de seis meses. A duração do efeito benéfico da viscosuplementação ainda não foi definida, mas estudos mostram uma melhora da dor e função por 6 a 12 meses.

Na maioria dos estudos esse procedimento é bem tolerado e as reações adversas são raras (exantema cutâneo, prurido ou urticária). Existem relatos de *flare* articular após a infiltração, que podem ser minimizados com o uso combinado de HT na primeira aplicação.

Quando bem indicada, a viscosuplementação apresenta superioridade ao placebo em pacientes com OA de joelhos (dor e capacidade funcional). No entanto, quando comparada à HT, os resultados são controversos. A associação intra-articular dos dois fármacos pode ser superior ao uso isolado de cada um deles para o tratamento da OA.

O uso de drogas intra-articulares com propriedades viscoelásticas ou capazes de ocasionar atrofia sinovial é uma opção que deve ser considerada pelo reumatologista, principalmente no que diz respeito ao tratamento precoce e agressivo das enfermidades articulares potencialmente deformantes. Assim, torna-se necessária a divulgação do conhecimento técnico da metodologia da abordagem intra-articular, com o intuito de otimizar o tratamento do doente reumático.

Anticorpos Antilipoproteína Lipase (aLPL): Um Novo Componente no Complexo Processo Aterosclerótico do Lúpus Eritematoso Sistêmico?

Jozélio F. Carvalho

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) para obtenção do título de Doutor em Medicina
Orientador: Prof.^a Dra. Eloísa Bonfá

A dislipidemia é implicada no processo aterosclerótico do lúpus eritematoso sistêmico (LES). A descrição de anticorpos antilipoproteína lipase (aLPL) associados à hipertrigliceridemia em pacientes com LES levou-nos a analisar esse anticorpo no contexto da inflamação envolvida na aterogênese.

OBJETIVO

Estabelecer a associação de aLPL com manifestações clínico-laboratoriais do LES e sua relação com marcadores de inflamação.

PACIENTES E MÉTODOS

Sessenta e seis pacientes consecutivos com LES (critérios do ACR) foram testados para presença de anticorpos aLPL (ELISA), bem como submetidos à avaliação clínica e laboratorial, incluindo SLEDAI, perfil lipídico de jejum, pesquisa de auto-anticorpos e marcadores inflamatórios (PCR, VHS). Quaisquer condições que afetassem o perfil lipídico foram consideradas critérios de exclusão. Os pacientes com LES foram divididos de acordo com a positividade dos anticorpos aLPL em aLPL+ e aLPL-.

RESULTADOS

Os aLPL para subtipo IgG foram detectados em 25 pacientes com LES (37,8%). Os níveis de triglicérides foram significativamente mais elevados no grupo aLPL+ ($112,4 \pm 50,2$ vs. $89,9 \pm 54,5$ mg/dL; $p=0,033$), mas nenhuma diferença significativa foi detectada nos níveis de colesterol total, HDL-c e LDL-c. Uma elevada frequência de PCR e de VHS foi encontrada no grupo aLPL+ (44% vs. 17,1%; $p=0,023$; e 52% vs. 19,5%; $p=0,013$, respectivamente). E, ainda, pacientes com LES com aLPL+ também apresentaram significativamente valores elevados de PCR ($11,1 \pm 16,4$ vs. $2,4 \pm 2,6$ μg/mL; $p=0,036$) e VHS ($33,4 \pm 29,8$ vs. $16,5 \pm 11,8$ mm/1h; $p=0,020$). Os títulos de aLPL apresentaram correlação positiva com PCR ($r=0,55$; $p<0,001$), VHS ($r=0,55$; $p<0,001$),

SLEDAI ($r=0,45$; $p<0,001$), anti-dsDNA ($r=0,52$; $p<0,001$), anticardiolipina IgG ($r=0,25$; $p=0,04$) e correlação negativa com CH100 ($r=-0,34$; $p=0,005$). A análise de regressão múltipla confirmou associação significativa entre aLPL e PCR ($p=0,025$) e anti-dsDNA ($p<0,001$). De forma relevante, a comparação entre os grupos com anti-dsDNA sérico positivo e negativo demonstrou média similar de PCR ($p=0,56$) e VHS ($p=0,102$), contrastando com o SLEDAI ($p=0,004$) e CH100 ($p=0,008$).

CONCLUSÕES

Esses dados dão suporte à associação entre inflamação, resposta imune e dislipidemia, introduzindo o aLPL como um novo componente nos complexos eventos da aterogênese do LES.

O Sistema Nervoso Central no Lúpus Eritematoso Sistêmico: Análise Clínica e de Ressonância Magnética

Simone Appenzeller

Tese apresentada à Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) para obtenção do título de Doutor em Medicina
Orientadora: Prof.^a Dra. Lilian Tereza Lavras Costallat
Co-orientador: Fernando Cendes

As manifestações do sistema nervoso central (SNC) no lúpus eritematoso sistêmico (LES) são complexas, podendo ser causadas diretamente pela atividade do LES ou serem secundárias a comorbidades.

OBJETIVO

Avaliar as manifestações do SNC no LES e correlacioná-las às alterações cerebrais estruturais e funcionais à ressonância magnética.

PACIENTES E MÉTODOS

Todos os pacientes preenchiam quatro ou mais critérios classificatórios de LES e foram selecionados no Ambulatório de Reumatologia da Unicamp.

RESULTADOS

Observamos que crises epiléticas ocorreram em 11,6% dos pacientes, estando associadas a acidente vascular cerebral e à presença de anticorpos antifosfolípides. A recorrência de crises foi rara, associada somente à presença de anticorpos antifosfolípides. A migrânea ocor-

reu mais frequentemente no LES que no grupo controle e estava associada à atividade de doença, ao fenômeno de Raynaud e à presença de anticorpos antifosfolípides. Pacientes com história pregressa de migrânea apresentavam mais dano permanente. Analisando as ressonâncias magnéticas em pacientes com LES, observamos tanto atrofia de substância branca como de substância cinzenta. Embora ambos estivessem associados à presença de manifestações pregressas do SNC e ao maior tempo de doença, somente a atrofia de substância cinzenta esteve associada à dose cumulativa de corticosteróides. Pacientes com distúrbios cognitivos apresentaram mais frequentemente atrofia de corpo caloso e de hipocampo. Observamos também uma disfunção axonal no LES, associada à atividade de doença.

CONCLUSÕES

Os métodos de neuroimagem estrutural e funcional são úteis na confirmação do envolvimento do SNC e também na identificação do envolvimento subclínico no LES.

Panorama da Reumatologia Pediátrica Brasileira

A reumatologia pediátrica baseia-se em três pilares inter-relacionados: assistência, ensino e pesquisa. Apesar dos recentes progressos observados em cada um deles, ainda há muito para ser realizado, particularmente, no aspecto assistencial.

Como exemplo da prática clínica diária de nossa especialidade, foi encaminhada uma paciente de seis anos, procedente de uma cidade do interior do Estado de Tocantins, apresentando artrite bilateral de joelhos há três meses. Procurou o pediatra da Unidade Básica de Saúde local, que fez exames de sangue e radiografias e fez hipótese diagnóstica de artrite idiopática juvenil (AIJ) forma oligoarticular. Na mesma semana, foi encaminhada para o especialista em reumatologia pediátrica de Palmas-TO, que fez exames mais detalhados e confirmou o diagnóstico, tratando-a com corticosteróides por via intra-articular, com melhora significativa. Foi detectada uveíte anterior crônica pelo oftalmologista, em fase inicial, e tratada com medicamentos tópicos com sucesso. Um detalhe importante: todos os medicamentos foram cedidos sem custo para a família pela farmácia pública local e a paciente foi matriculada no centro de reabilitação da cidade.

Esse desfecho, apesar de simples e lógico em nossas mentes, teria ínfimas chances de ser real em nosso país. Um estudo realizado em nosso meio⁽¹⁾, coordenado pelo Departamento de Reumatologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo, envolvendo oito serviços especializados em reumatologia pediátrica, avaliou o perfil de 111 crianças e adolescentes com diagnóstico definitivo de AIJ (92% moradores de região urbana). Em 20% dos casos, o diagnóstico inicial foi de artrite após trauma e em 15% de febre reumática, doença ainda prevalente em países em desenvolvimento. O número de médicos consultados entre o início dos sintomas e a primeira consulta com o especialista variou de 1 a 20 (média de 3,6) e o intervalo de tempo entre o primeiro atendimento médico e a consulta no serviço de referência variou de poucos dias a dez anos (média de 1,4 anos).

Vários fatores contribuem para essa realidade. Mas, sem dúvida, o mais significativo é a ausência de um sistema organizado de encaminhamento de casos suspeitos para reumatologistas pediátricos e/ou para reumatologistas treinados no atendimento de crianças. Outros fatores, não menos importantes, são o número reduzido de especialistas na rede pública e a quase ausência de programas oficiais de reciclagem para clínicos e pediatras. Quanto à disponibilidade de medicamentos, sabemos que apenas parte do mínimo necessário é fornecida gratuitamente, mesmo assim com interrupções frequentes. A participação de especialistas em reumatologia pediátrica

em programas do governo capazes de implementar uma política direcionada para a assistência de crianças com doenças reumáticas é nula, com exceção da febre reumática⁽²⁾, doença ainda prevalente em nosso meio. Em 2004, o Grupo de Trabalho da Febre Reumática da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) elaborou o II Consenso Sobre a Prevenção da Febre Reumática da SBP, sob o patrocínio do Ministério da Saúde.

As doenças reumatológicas pediátricas, particularmente AIJ, lúpus eritematoso sistêmico juvenil (LESJ) e dermatomiosite juvenil têm um alto impacto físico, mental, emocional, econômico e social nos pacientes e familiares, que necessitam do suporte de uma equipe multidisciplinar (fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, odontologia etc.). Assim como é necessário o estímulo constante de adesão ao tratamento, particularmente na faixa etária da adolescência. Em nosso país, com raras exceções, também não há centros públicos especializados na reabilitação de crianças e adolescentes com essas enfermidades.

Por outro lado, a formação de grupos organizados de pais e a sua interação com representantes da comunidade no Legislativo e no Executivo poderiam ser fatores capazes de mudar esse panorama, como se observa em países mais desenvolvidos. Em 2001, foi fundada, em São Paulo, a primeira organização não governamental direcionada ao auxílio e tratamento de crianças com reumatismo: Acredite – Amigos da Criança com Reumatismo. Em 2003, foi realizado o I Encontro de Pacientes, Pais e Profissionais da Área de Reumatologia Pediátrica, na Universidade Federal de São Paulo. Participaram desse evento profissionais dos principais serviços de referência do Estado de São Paulo e mais de 250 famílias. Faz-se necessário outro encontro, foro ideal para a discussão de assuntos relevantes, como a melhora da assistência e distribuição de medicamentos.

Por sua vez, a despeito de nossa especialidade ser relativamente jovem, ela vem crescendo progressivamente. O número atual de especialistas com Título de Habilitação em Reumatologia Pediátrica é 71, porém observa-se uma concentração nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro. No VI Congresso Brasileiro de Reumatologia Pediátrica, realizado em Belo Horizonte, foram aprovados 13 candidatos. É também crescente a participação dos reumatologistas pediátricos nos eventos científicos da reumatologia, locais ou nacionais. A Comissão de Pediatria da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) também desenvolveu um canal de discussão de casos clínicos pediátricos direcionado para o reumatologista em seu site, no qual estão relacionados os principais

serviços do país, além de informações para pacientes, pais e outros cuidadores sobre as principais doenças reumáticas da infância (www.reumatologia.com.br).

Atualmente, há diversas cidades brasileiras com centros de reumatologia pediátrica: Belém-PA, São Luís-MA, Teresina-PI, Fortaleza-CE, Natal-RN, Recife-PE, Salvador-BA, Belo Horizonte-MG, Uberlândia-MG, Vitória-ES, Rio de Janeiro-RJ, São Paulo-SP, Campinas-SP, Sorocaba-SP, Ribeirão Preto-SP, Botucatu-SP, Goiânia-GO, Cuiabá-MT, Campo Grande-MS, Brasília-DF, Curitiba-PR, Londrina-PR, Florianópolis-SC e Porto Alegre-RS. Esses centros de referência em reumatologia pediátrica estão geralmente localizados nas universidades estaduais e federais. Alguns serviços desenvolvem, além da assistência, atividades de ensino (graduação, especialização e pós-graduação) e pesquisa. A especialização (estágio ou residência) tem duração de dois anos e a pós-graduação contempla os níveis de mestrado e doutorado.

Vários desses serviços, como membros da Sociedade Paulista de Pediatria, SBP e SBR, têm participado de estudos multicêntricos, tais como: FR – Um Estudo Multicêntrico no Estado de São Paulo⁽³⁾ e LESJ – Resultados do Estudo Multicêntrico Nacional⁽⁴⁾ e, recentemente, Avaliação de Amenorréia e Falência Ovariana Primária em Adolescentes com LESJ⁽⁵⁾, assim como Prevalência de Gravidez em Adolescentes com LESJ⁽⁶⁾, apresentados no Congresso Brasileiro de Reumatologia Pediátrica, Congresso Brasileiro de Reumatologia e serão apresentados no *American College of Rheumatology Congress*, Washington, 2006. Esses estudos estão sendo redigidos para publicações internacionais.

É importante também ressaltar o aumento progressivo de publicações originais e internacionais de autores brasileiros na reumatologia pediátrica, relacionadas no *PubMed*. Nos últimos cinco anos, foram publicados 75 artigos originais, contra 29 pesquisas no período de 1997 a 2001.

Referências

1. Len CA, Liphaus BL, Machado CS, Silva CA, Okuda E, Campos LM, et al. Artrite reumatóide juvenil: atraso no diagnóstico no encaminhamento para o especialista. *Rev Paul Pediatr* 2002;20:280-2.
2. Grupo de Trabalho da Febre Reumática/SBP. II Consenso sobre Prevenção da Febre Reumática da Sociedade Brasileira de Pediatria. *Correios da SBP – Pronap. Leituras Orientadas* 2004;10:9-14.
3. Silva CH. Rheumatic fever: a multicenter study in the state of Sao Paulo. *Pediatric Committee-Sao Paulo Pediatric Rheumatology Society. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 1999; 54:85-90.
4. Hilario MO, Len CA, Sato EI, Terreri MT, Sacchetti S, Okuda EM, et al. Lúpus eritematoso sistêmico juvenil: resultados

Um outro aspecto relevante é a participação em organizações internacionais de pesquisa dos centros de referência em reumatologia pediátrica do Brasil. Duas merecem destaque em nossa especialidade por condução de estudos colaborativos, multicêntricos e internacionais: *Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group* (PRCSG) e *Pediatric Rheumatology International Trials Organization* (Printo). O PRCSG foi fundado por Earl Brewer e posteriormente conduzido por Edward H. Giannini e Daniel J. Lovell, com importância na realização de alguns estudos terapêuticos controlados, particularmente na AIJ, nas décadas de 1980 e 1990. O Printo foi fundado em 1996 por iniciativa de Alberto Martini e Nicolino Ruperto, inclui 43 países distribuídos mundialmente, com cerca de 170 reumatologistas pediátricos inscritos. Atualmente, os seguintes Estados e serviços de RP brasileiros têm participado de estudos multicêntricos e estão aliados ao Printo: São Paulo (Unesp, Unifesp, FMRP-USP e Departamento de Pediatria da FMUSP), Rio de Janeiro (UFRJ e UERJ), Rio Grande do Sul (UFRGS) e Minas Gerais (UFU-MG).

Por fim, a troca de informações entre os serviços especializados, por meio de discussão de casos e orientações pela Internet, bem como a formação de frentes de trabalho direcionadas para o bem-estar e a melhora da qualidade de vida das crianças e adolescentes com doenças reumáticas, devem ser estimuladas por todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente no tratamento desses pacientes.

Claudio Arnaldo Len⁽¹⁾, Clovis Artur Almeida da Silva⁽²⁾

1. Professor adjunto e médico assistente da Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia do Departamento de Pediatria da Unifesp-EPM. Membro da Comissão de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Membro do Departamento de Reumatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria.

2. Professor colaborador do Departamento de Pediatria da FMUSP. Responsável pela Unidade de Reumatologia Pediátrica do ICR-HC-FMUSP. Presidente da Comissão de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Membro do Departamento de Reumatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria.

do estudo multicêntrico nacional. *Rev Bras Reumatol* 2002; 42:85-9.

5. Silva CA, Hilário MO, Febrônio MV, Oliveira SK, Terreri MT, Sacchetti SB, et al. Amenorréia em adolescentes com lúpus eritematoso sistêmico. Estudo multicêntrico com 315 casos. VI Congresso Brasileiro de Reumatologia Pediátrica, de 17 a 20 de maio, 2006, Belo Horizonte, MG. *Anais do Congresso*, 2006:18.
6. Silva CA, Hilário MO, Febrônio MV, Almeida RG, Fonseca AR, Yamahita EM, et al. Gravidez em adolescentes e jovens com lúpus eritematoso sistêmico. Estudo multicêntrico com 315 casos. VI Congresso Brasileiro de Reumatologia Pediátrica, de 17 a 20 de maio, 2006, Belo Horizonte, MG. *Anais do Congresso*, 2006:29.



Artrófilo

PARABÉNS AOS VENCEDORES!!

O *Artrófilo* fez uma edição especial sobre os vencedores dos prêmios entregues no XXVI Congresso Brasileiro de Reumatologia 2006! São Paulo arrasou e conquistou TODOS os prêmios! Além disso, um dos maiores prêmios da reumatologia da América Latina também teve como vencedor um paulistano nato! Veja abaixo os resumos dos trabalhos e fique atualizado.

PRÊMIO APSEN – JOVEM TALENTO EM REUMATOLOGIA

1.º LUGAR – TRABALHO CLÍNICO

Anormalidades Neurológicas em Síndrome de Doença de Lyme Símile. Série de Relato de Casos do Brasil

Samuel K. Shinjo, Paulo Marchiori, Giancarla Gauditano, Izaías Pereira da Costa, Virginia Lucia N. Bohnoldi, Elenice Mantovani, Natalino H. Yoshinari

Disciplina de Reumatologia e Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo

Disciplina de Reumatologia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Mato Grosso do Sul, Brasil

Introdução: a doença de Lyme (DL) é uma enfermidade causada pelo espiroqueta *Borrelia burgdorferi* sensu lato e transmitida pelo carrapato *Ixodes ricinus*, causando manifestações clínicas múltiplas e sistêmicas. No Brasil, têm sido descritas todas as manifestações clínicas de DL, sendo transmitida possivelmente pelo carrapato *Amblyomma cajennense* e o agente etiológico ainda não identificado. **Objetivo:** descrever as anormalidades neurológicas observadas na DL do Brasil e comparar com os sintomas clínicos apresentados pela DL clássica. **Pacientes e métodos:** trinta pacientes brasileiros que preencheram os critérios de DL do Brasil foram analisados no presente trabalho. **Resultados:** os sintomas neurológicos de DL observados no Brasil mostraram ser semelhantes àqueles encontrados em pacientes com DL do Hemisfério Norte, exceto pela alta frequência de recorrência da doença (73,6%) e da presença de graves sintomas psiquiátricos (20%). Antibióticos normalmente utili-

zados no tratamento de manifestações neurológicas de DL também foram efetivos em DL do Brasil, levando a um encurtamento da duração da doença. Entretanto, os sintomas pós-DL e a recidiva desses sintomas não foram influenciados por antibioticoterapia. **Conclusões:** os autores pela primeira vez descreveram modelo clínico de comprometimento neurológico de DL do Brasil, diferindo em alguns pontos em relação à DL clássica.

2.º LUGAR – TRABALHO CLÍNICO

Densidade Mineral Óssea Bilateral do Quadril e Seu Impacto na Prática Clínica

Jaqueline B. Lopes, Daniela S. Olegário, Camille F. Danilevicius, Rosa M. R. Pereira

Laboratório de Metabolismo Ósseo (LIM-17) – Departamento de Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo

Introdução: padroniza-se que a medida da densidade óssea do quadril deva ser realizada no fêmur direito. Entretanto, alguns autores questionam essa padronização, e alguns serviços têm realizado de rotina a medida bilateral. **Pacientes e métodos:** realizou-se densitometria óssea do quadril direito e esquerdo (*Hologic Discovery*) em 162 idosos (81 mulheres) não institucionalizados. Dados clínicos e antropométricos foram obtidos por meio de um questionário específico e exame físico. Para avaliar o impacto na prática clínica, os fatores de risco foram associados individualmente aos resultados da DMO de cada quadril, conforme critérios da NOF (*National Osteoporosis Foundation*). O teste de correlação linear de Pearson, regressão linear simples e tabelas cruzadas foram utilizados na análise estatística.

Resultados: a média de idade desta população foi de $73 \pm 5,2$ anos. Em todos os indivíduos houve alta concordância em ambos os sítios com relação aos lados direito e esquerdo ($r=0,92$ e $0,90$; $r^2=0,85$ e $0,82$; EPE $0,05\text{g}/\text{cm}^2$ para as mulheres; $r=0,94$ e $0,92$; $r^2=0,88$ e $0,85$; EPE $0,05\text{g}/\text{cm}^2$ para os homens). Com relação ao diagnóstico de osteoporose, conforme critérios da OMS, houve discordância em 15% dos pacientes. A estes foram aplicados os critérios da NOF para decisão terapêutica e apenas 1,2% (2 pacientes) diferiram na conduta. **Conclusão:** há forte correlação entre as medidas da densidade óssea do fêmur direito e esquerdo, e a mudança na decisão terapêutica é pouco freqüente, sugerindo que a avaliação bilateral de rotina em idosos nessa faixa etária é desnecessária.

PRÊMIO SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

Fibrose Centrilobular (FCL): Um Padrão Histológico Pulmonar Distinto em Pacientes com Esclerose Sistêmica e Doença Intersticial Pulmonar

Romy B. C. Souza, Claudia T. L. Borges, Vera L. Capelozzi, Edwin R. Parra, Jorge Kavakama, Ronaldo A. Kairalla e Eloisa Bonfá

Departamento de Reumatologia, Patologia, Pneumologia e Radiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo

Objetivos: após a descrição de um novo padrão histológico de fibrose pulmonar possivelmente relacionado ao refluxo gastroesofágico (RGE), chamado de fibrose centrilobular (FCL), conduzimos este estudo prospectivo de análise histológica pulmonar em pacientes com esclerose sistêmica (ES).

Pacientes e métodos: 28 mulheres com ES e fibrose pulmonar, pela tomografia computadorizada de tórax (TCAR), foram selecionadas para realizar biópsia pulmonar a céu aberto, prova de função pulmonar (PFP) e exames laboratoriais e esofágicos (estudo contrastado de esôfago e/ ou endoscopia).

Resultados: a FCL foi encontrada em 75% dos casos, sendo que 14 pacientes (50%) apresentavam padrão de fibrose pulmonar tipo NSIP associado à fibrose centrilobular (NSIP+FCL), lesão esta mista.

Sete foram identificados como FCL isolada (25%), 5 como NSIP (17,8%), 1 caso de dano vascular grave (3,6%) e 1 caso (3,6%) isolado de bronquiolite pulmonar associada a doença intersticial por tabagismo (ILD-BP). Como esperado, a histologia mostrou bronco-centricidade das lesões na grande maioria (95%) dos pacientes com FCL, seja isolada ou mista. Além disso, todos os pacientes com FCL isolada apresentavam um intenso conteúdo basofílico intraluminal contrastando com a sua completa ausência nos casos de NSIP ($p=0,02$). Na TCAR, as pacientes com FCL apresentavam um escore tomográfico mais elevado ($9,21 \text{ vs. } 4,58 \text{ vs. } 5,50$; $p=0,02$) e uma centralização da intersticiopatia ($57,14\% \text{ vs. } 7,14\% \text{ vs. } 25\%$; $p=0,03$), nos grupos FCL, NSIP+FCL e NSIP respectivamente. Na análise tomográfica isolada dos pacientes com FCL, dos 4 pacientes com vidro-fosco como padrão tomográfico predominante, todos tinham uma distribuição pulmonar segmentar e 3 deles (75%), apresentavam uma centralização dessa lesão. Nenhuma característica clínica, PFP e de função esofágica foi diferente entre os três principais grupos. **Conclusão:** demonstramos pela primeira vez um novo padrão de intersticiopatia na ES, chamado fibrose centrilobular. Este padrão é caracterizado por lesão tomográfica mais intensa, distribuição do envolvimento pulmonar de forma central e segmentar. A presença de padrões histológicos e tomográficos distintos comprova a genuinidade dessa intersticiopatia, possivelmente causada por microaspirações de conteúdo gástrico.

PRÊMIO LUIZ VERTZMAN

Expressão Diferencial dos Auto-Antígenos SS-A/Ro 60kDa e SSB/La, mas não do SS-A/Ro 53kDa, e de seus MRNAs em Glândulas Salivares Menores de Pacientes com Síndrome de Sjögren Primária

Luís Eduardo Coelho Andrade, Karen S. A. Barcellos, Suely Nonogaki, Milvia Maria Simões, Silvia Enokihara, Miriam S. Teixeira

Disciplina de Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp-EPM), São Paulo.

Introdução: a forte associação entre a síndrome de Sjögren primária (pSSj) e os auto-anticorpos anti-SS-

A/Ro e anti-SS-B/La talvez indique um possível papel desses auto-antígenos na patogênese da doença.

Objetivos: analisar a expressão dos antígenos SS-A/Ro (60kDa e 52kDa) e SS-B/La e de seus mRNAs no alvo preferencial da pSSj, as glândulas salivares menores (GSMs). **Pacientes e métodos:** a expressão das proteínas SS-A/Ro (60kDa e 52kDa) e SS-B/La foi estudada por imunistoquímica em amostras de GSM de 26 pacientes pSSj e de 16 controles. A análise foi realizada por dois observadores “cegos” de acordo com a topografia e intensidade de marcação (análise semiquantitativa). O RNA total extraído de amostras de GSM de 10 pacientes pSSj e de 7 controles foi submetido à transcrição reversa e quantificado por PCR em tempo real com *primers* específicos para os cDNAs correspondentes às proteínas SS-A/Ro (60kDa e 52kDa) e SS-B/La. As amostras foram normalizadas pela expressão da β -actina e do GAPDH. A expressão relativa do mRNA ($2^{-\Delta\Delta CT}$) foi comparada entre os pacientes pSSj e o grupo controle.

Resultados: em geral a expressão semiquantitativa proteica dos três auto-antígenos não apresentou diferenças entre os pacientes SSj e o grupo controle, sendo mais proeminente no citoplasma do que no núcleo em todos os tipos celulares. Entretanto, a proteína SS-B/La apresentou maior expressão em citoplasma de células ductais do que em citoplasma de células acinares mucosas ($p=0,013$) nos pacientes pSSj, enquanto no grupo controle não foi observada diferença significativa ($p=0,704$). A proteína SS-A/Ro 60kDa apresentou maior expressão em citoplasma de células ductais do que em citoplasma de células de ácinos serosos nos pacientes pSSj ($p=0,006$), mas o mesmo não foi observado nos controles ($p=0,156$). O padrão de expressão da proteína SS-A/Ro 52kDa foi o mesmo nos pacientes e nos controles. A expressão do mRNA correspondente ao gene SS-B/La foi maior nas amostras dos pacientes pSSj ($5,326\pm 5,107$) em relação aos controles ($0,856\pm 1,255$) ($p=0,0311$). O mesmo ocorreu para o mRNA correspondente ao gene SS-A/Ro 60kDa ($6,866\pm 7,868$ vs. $1,045\pm 1,329$; $p=0,0330$). Por outro lado, a expressão do SS-A/Ro 52kDa mRNA mostrou uma leve tendência a maior expressão nos pacientes pSSj, mas esta diferença não atingiu significância estatística ($5,616\pm 4,885$ vs. $2,648\pm 4,223$; $p=0,0879$). As amostras de GSM com maior grau de infiltrado inflamatório

apresentaram expressão diminuída dos mRNAs correspondentes aos genes SS-B/La, SS-A/Ro 60kDa e 52kDa. **Conclusões:** a expressão aumentada dos mRNAs que codificam os antígenos SS-A/Ro 60kDa e SS-B/La em GSMs de pacientes pSSj, assim como a expressão diferencial das proteínas SS-A/Ro 60kDa e SS-B/La nas células ductais das GSMs dos pacientes pSSj, sugerem que esses auto-antígenos estejam provavelmente envolvidos no desencadeamento e manutenção da resposta auto-imune tecido-específica nas GSMs dos pacientes pSSj. A expressão diferencial observada talvez contribua para a resposta imunológica dirigida ao antígeno e para a produção local de auto-anticorpos na pSSj.

PRÊMIO PANLAR DE REUMATOLOGIA 2006 (Pan American League of Associations for Rheumatology)

MELHOR INVESTIGADOR CLÍNICO DA REUMATOLOGIA DA AMÉRICA LATINA, PANLAR – MERCK, SHARP & DOHME

Vencedor: Eduardo Ferreira Borba

Departamento de Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo

PRÊMIO EDGAR ATRA

PRÊMIO CONCEDIDO AO AUTOR QUE MAIS PUBLICOU DURANTE O ANO NA REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

Ganhadora: Rozana Mesquita Ciconelli

Disciplina de Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp-EPM), São Paulo

SEÇÃO ARTROFILO À SUA DISPOSIÇÃO!

Você, leitor, também está convidado a participar desta seção inovadora da *Revista Paulista de Reumatologia*! Está com dúvidas? Gostaria de sugerir um tema específico para o Artrófilo pesquisar? Participe!

Mande suas dúvidas ou sugestões por e-mail ou por fax:
E-mail: artrofiloresponde@reumatologiasp.com.br
Fax: (0xx11) 3284-0507

Cadastre-se no site da Sociedade Paulista de Reumatologia e utilize regularmente os serviços oferecidos em suas páginas. Acessando o setor LOGIN MÉDICOS, o sócio da SPR poderá realizar pesquisas e enviar sugestões. Poderá, ainda, solicitar o envio do Informativo SPR e a inclusão ou atualização on-line de seus dados profissionais, para a fácil localização via Internet.

DESTAQUES DO SITE:

■ **Revalidação do Título de Especialista**

Em breve todas as especialidades médicas deverão recertificar o título de especialista, promovido pela Associação Médica Brasileira, por meio do Conselho Federal de Medicina. Pensando nisso, a atual gestão da SPR desenvolverá um moderno e eficiente sistema de Ensino Continuo à Distância, de atualização quinzenal, disponível no site institucional da SPR.

■ **Fórum de Debates ON-LINE**

A consulta *on-line* dos casos apresentados no Fórum de Debates da SPR está disponível em nosso site. Se você não puder comparecer ao evento, consulte e participe. Deixe seu comentário. O sistema AulaVox, que permite a visualização dos *slides* e a participação com perguntas em tempo real, também pode ser consultado.

■ **Revista Paulista de Reumatologia**

Todos os números publicados da *RPR* estão disponíveis no *site* para consulta em PDF. A leitura é feita por meio do programa Acrobat Reader. Caso não o tenha instalado em seu computador, há instruções no site de como obtê-lo, gratuitamente.

Endereços de destaque

- Sociedade Brasileira de Osteoporose, disponível em: <<http://www.sobrao.com.br>>.
- Sociedade Brasileira de Reumatologia, disponível em: <<http://www.reumatologia.com.br>>.
- Sociedade Paulista de Reumatologia, disponível em: <<http://www.reumatologiasp.com.br>>.
- Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro, disponível em: <<http://www.reumatorj.com.br>>.
- Academia Brasileira de Reumatologia, disponível em: <<http://www.academiareumatol.com.br>>.
- Liga dos Reumatologistas do Norte e Nordeste, disponível em: <<http://www.lirnne.com.br>>.
- Sociedade de Reumatologia do Rio Grande do Sul, disponível em: <<http://www.reumatologiars.com.br>>.
- Sociedade de Reumatologia de Brasília, disponível em <<http://www.reumatodf.com.br/index.htm>>.

Envie sugestões e críticas sobre o site, a revista e a programação.

Dê sua opinião. Participe. Envie resumos de artigos para reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

Grupo de Apoio a Pacientes, Um Forte Aliado!

Ao longo das 18 edições da *Revista Paulista de Reumatologia*, divulgamos inúmeros Grupos de Apoio a Pacientes Reumáticos (GAPRs), das mais diversas regiões do Brasil, com o intuito de informar, fomentar o surgimento de novas agremiações e gerar conhecimento sobre a estrutura, funcionamento e metas dessas organizações, fundadas e geridas pelos próprios pacientes.

Em 6 de setembro, durante o XXVI Congresso Brasileiro de Reumatologia, em Campinas, SP, foi criada a Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos (Anapar), que engloba a participação de 12 associações regionais, com o objetivo de fornecer maior representatividade, assim como fortalecer a atuação dessas entidades no cenário nacional.

De modo geral, os grupos de apoio surgiram em decorrência da necessidade de indivíduos, com a mesma doença, compartilharem informações e experiências, bem como buscarem melhores formas de tratamento. Os primeiros GAPRs surgiram na década de 1970, como o *Arthritis Self-Management Program* (ASMP), nos Estados Unidos.

No início, acreditava-se que os benefícios alcançados pelos grupos de apoio eram provenientes da maior facilidade para aquisição de informações e acesso ao diagnóstico precoce e formas tradicionais, multiprofissionais e alternativas de tratamento. No entanto, posteriormente, várias evidências científicas têm mostrado que um mecanismo fundamental no processo de melhoria é a auto-eficácia, definida como a confiança que um indivíduo tem em si mesmo ao enfrentar as diferentes dificuldades. A presença de pacientes bem-sucedidos nos grupos de apoio funciona como relevante estratégia para o incremento da auto-eficácia em todos os outros componentes (efeito “em cascata” ou “dominó”). Assim, o bom exemplo de um paciente é seguido pelos demais.

Quando os familiares e cuidadores dos pacientes participam dessas organizações, os benefícios aumentam, especialmente pela existência de um outro importante mecanismo, o suporte social. Os pacientes são confortados pela compreensão e cooperação do meio que os cerca.

Outro papel de extrema relevância que tem sido desempenhado pelos GAPRs é o de questionar, intermediar e cobrar de entidades governamentais a implementação de medidas de diagnóstico e tratamento das doenças reumáticas. Nos últimos cinco anos, pudemos constatar pacientes reivindicando maior número de reumatologistas nos serviços públicos de saúde, melhoria do atendimento e auxílio para a instituição de processos de obtenção de medicações de alto custo.

Em contrapartida, os GAPRs e a própria classe médica podem ser alvos de manipulação comercial pela indústria farmacêutica ou por empresas que fabricam e distribuem equipamentos médicos, devido ao crescente número de novas intervenções diagnósticas e terapêuticas.

Dessa forma, dispomos de argumentos suficientes para assegurar que os GAPRs brasileiros são fortes aliados dos pacientes, mas também de nós, reumatologistas, para a obtenção de melhores resultados no tratamento de doentes reumáticos. É fundamental, porém, que a informação transparente, crítica, franca e baseada no conhecimento científico seja a principal ferramenta utilizada, pelos médicos e formadores de opinião na área de saúde, para assegurar a imparcialidade na utilização adequada e criteriosa desses novos recursos pelos pacientes.

Os editores

Grupos de Apoio



Artistas da Reumatologia Brasileira

Tradicionalmente, em congressos brasileiros, são realizadas exposições de arte há quase dez anos, com o objetivo de humanizar a reumatologia e aglutinar valores em uma grande família, como idealizou nossa querida Rucélia Ximenes. A organização e dedicação de Rucélia, Heidi Feldman e Plínio Amaral, aliadas à coordenação e apoio de Mariinha Provenza, foram fundamentais para o sucesso desse evento. Agradecemos, em especial, ao dr. Plínio Amaral pela qualidade das fotografias que ilustram a capa e o conteúdo das obras de arte desta edição da *RPR*.

Em Campinas, a sexta exposição de obras de arte foi visitada por mais de 500 pessoas que, diariamente, eram brindadas pelas obras expostas no saguão principal do evento. A inauguração foi um sucesso e concretizou o evento como parte tradicional e obrigatória dos congressos brasileiros de reumatologia. O homenageado principal durante a inauguração foi novamente o dr. Samara, apresentado por Luci Viana (esposa do dr. Wellington Viana) com o *portrait* em óleo.

Várias obras foram reproduzidas nesta edição da *RPR*. Parabéns a todos os artistas que expuseram, Débora Martinez (SP), Fátima Menezes (PE), Heidi Feldman (SP), Heloisa Helena (RJ), Marly Viana (RJ), Míriam Vieira (MG), Plínio Amaral (SP), Rucélia Ximenes (GO), Sueli Carneiro (RJ), Susel Neubarth (RS), Vanessa Reis (RJ), Waldionise Cossermelli (SP), e presentearam os congressistas com as suas mais expressivas formas de arte.

Como anunciado em edições anteriores, estamos divulgando o resultado da eleição. Houve um empate técnico entre duas obras expostas em Campinas. As obras eleitas pelo voto popular e homenageadas como capa desta edição foram: “Flores em movimento”, de Fátima Menezes, e “Mãos de oca”, de Míriam Kersuel Vieira.

Fátima, 57 anos, médica reumatologista, paraibana de nascimento e pernambucana de coração, dedica-se à pintura desde 1995, com duas obras expostas em Campinas. Míriam, 54 anos, artista plástica, mineira, dedica-se à pintura desde 1980, com diversas obras expostas em Campinas – quituteiras, anjos, damas negras de café, galinhas.

Todos os artistas receberam elogios e votos muito merecidos. Tenham certeza que existe uma grande legião de fãs entre os reumatologistas. E, nesse sentido, tivemos um pequeno problema: alguns artistas foram os mais votados, mas não as suas obras. Assim, Nice Cossermelli foi a artista mais citada entre os participantes da exposição; no entanto, seus quadros, isoladamente, não foram os mais votados. Por esse motivo, distinguimos com uma menção honrosa o conjunto de sua obra. Parabéns, Nice!



Congresso Brasileiro de Reumatologia

Há 32 anos, Campinas foi sede do X Congresso Brasileiro de Reumatologia, liderado pelo dr. Samara, primeiro reumatologista da cidade. Em 2006, a cidade voltou a sediar o evento, caracterizado pela cuidadosa programação científica e cultural.

Com o tema "Das contribuições científicas aos avanços da terapêutica: onde estamos?", o CBR impressionou pelos números apresentados. Mais de 60 palestrantes brasileiros e 14 palestrantes internacionais (Estados Unidos, Alemanha, França, Holanda, Itália, Peru, Argentina) compareceram à cidade para discutir as recentes abordagens de diagnóstico e tratamento das doenças reumáticas. Além disso, houve apresentação de 503 pôsteres e 10 sessões de temas livres, que mostraram a excelência da produção científica nacional. Foram 30 mesas-redondas e 30 encontros com o professor, além de 16 conferências.

Diversos livros foram lançados, com especial destaque para *Fibromialgia e Síndrome Miofascial*, do Comitê de Dor, Fibromialgia e partes Moles da SBR, coordenado pelo dr. Roberto E. Heymann, e *As Coxas de Ilka*, do dr. João Francisco Marques Neto – bastante concorridos.

Houve também a reunião da Academia Brasileira de Reumatologia com a presença de médicos fundadores da reumatologia Nacional. As homenagens foram muitas, especialmente para o prof. Samara e prof. Hilton Seda, bem como ao prof. Waldemar Bianchi, entre outros renomados reumatologistas.

No cenário cultural, a "Degustação de vinhos" e a "Palestra sobre Decoração como Qualidade de Vida" foram concorridas e atraíram diversos congressistas. A sexta Exposição de Arte mereceu destaque e ilustra a capa desta edição da RPR. A Caminhada contra o Reumatismo foi um sucesso e contou com a presença de inúmeros candidatos a "maratonistas".

Durante a Assembléia da SBR, houve prestação de contas da gestão do dr. Fernando Cavalcanti, aprovada sem problemas. Parabéns! O dr. Fernando Neubarth assumiu a presidência da SBR (2006-2008) e anunciou a diretoria executiva. Boa sorte, caro Fernando, na liderança de nossa Sociedade. E a dra. Iêda M. M. Laurindo foi eleita a próxima presidente da SBR (2008-2010).

Assim, o CBR cumpriu o papel de conagração da especialidade, com espaço para atualização científica, estabelecimento de novos contatos profissionais e momentos para rever amigos. Nossos sinceros parabéns à comissão organizadora do evento, especialmente ao dr. José Roberto Provenza e dra. Lillian Costallat.



CONGRESSO BRASILEIRO DE REUMATOLOGIA: (1) Anfitriões (exceto o Dr. Abel): a partir da eq., dr. Rubens Bonfiglioli (Campinas), dr. Manoel Barros Bértolo (Campinas), dr. Abel Pereira de Souza Jr. (Santo André), dra. Lillian Tereza Lavras Costallat (Campinas) e dr. José Roberto Provenza (Campinas); (2) Componentes da Mesa da Sessão de Abertura: a partir da eq., dr. José Espin Neto, dr. Geraldo Gomes De Freitas, dra. Lillian Tereza Lavras Costallat, dr. Manoel Barros Bértolo, dr. Fernando de Souza Cavalcanti, dr. José Roberto Provenza, dr. Adil Muhib Samara, dr. Fernando Neubarth, dr. Ari Stiel Radu, dra. Ângela Luzia Branco Pinto Duarte, dr. Juan M. Ângulo, dra. Carla Rosana Guilherme Silva (representando o dr. José Francisco Kerr Saraiva, Secretário Municipal de Saúde de Campinas); (3) Sessão de Abertura: Visão geral da

platéia; (4) Exposição Cultural: homenagem ao dr. Adil Muhib Samara (Campinas); (5) Exposição Cultural: Rucelia Ximenes, idealizadora da Exposição Cultural, e amigos durante a inauguração do evento; (6) Anfitriões: a partir da eq., dr. José Roberto Provenza (Campinas), presidente executivo do Congresso, dr. Adil Muhib Samara (Campinas), presidente de honra do Congresso; (7) A partir da eq., dr. Fernando Cavalcanti, dr. Fernando Neubarth, dra. Iêda Laurindo, dr. José Roberto Provenza

Carta Sul América

O texto contido no manual da Rede Referenciada da Sul América Saúde aponta que as atividades dos reumatologistas são as de tratar, apenas, as doenças que acometem o tecido conjuntivo, como esclerodermia, lúpus eritematoso e artrite reumatóide. Não existe menção à fibromialgia, lombalgia, osteoartrite, osteoporose, reumatismos de partes moles, entre outros. Dessa forma, o texto informa ao paciente que a nossa área de atuação é bem restrita.

No início de agosto, a SPR enviou uma carta à Sul América Seguro Saúde S.A., com o objetivo de manifestar a indignação frente a esse texto, bem como notificar, informar e orientar que a reumatologia é a especialidade responsável pelo diagnóstico e tratamento clínico das doenças do aparelho locomotor como dores nas costas e dores nas articulações (e não apenas doenças do tecido conectivo). Entre as doenças mais comuns tratadas pelo reumatologista estão as doenças da coluna, osteoporose, artrite, artrose, gota, bursites, tendinites, fibromialgia e outras doenças que afetam crianças e adultos. Até o momento, a Sul América não se manifestou a respeito.

Curso de Revisão em Reumatologia

A SPR e a APM realizaram o primeiro Curso de Revisão em Reumatologia para clínicos nos dias 6 e 7 de outubro. Os principais temas de interesse da reumatologia foram discutidos com especial ênfase sobre a fisiopatologia, novas ferramentas para o diagnóstico e recentes abordagens de tratamento para a osteoporose, osteoartrite, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide, miopatias inflamatórias, esclerose sistêmica, artrite reumatóide, fibromialgia e reumatologia pediátrica – artrites crônicas, febre reumática e dor em membros. A SPR está de parabéns pela iniciativa!



CURSO DE REVISÃO EM REUMATOLOGIA:

(1) A partir da esq., dr. Cristiano Augusto de Freitas Zerbini, dra. Rina Dalva Neubarth Giorgi, dra. Ivone Minhoto Meinão, dra. Andréa Barranjar Vannucci Lomonte, dr. Manoel Barros Bértolo; (2) A partir da esq., dra. Cláudia Goldenstein Schainberg, dra. Lúcia Maria M. de Arruda Campos e dra. Maria Teresa S. L. R. Ascensão Terreri

REVISTA PAULISTA DE REUMATOLOGIA – PESQUISA DE OPINIÃO



Durante o Congresso Brasileiro de Reumatologia e por meio de uma enquete, finalizamos a primeira pesquisa de opinião sobre a aceitação e receptividade da *RPR*, nosso principal instrumento frente aos mais de 2 mil associados da SPR e SBR.

De modo geral, a *RPR* recebeu muitos elogios e diversos comentários pertinentes. Ela é bem aceita pela grande maioria dos reumatologistas: quase 90% dos entrevistados a recebem e a lêem regularmente, e 100% gostam de lê-la.

As seções consideradas as mais interessantes são “Rheuma” e “Reabilitando o Reumatologista” (46,6% cada) e a recém-criada “Artrófilo” (28,6%). A antiga seção “Top 10” recebeu 32,8% das intenções de voto, embora não esteja entre as seções regulares deste ano. As capas e os textos referentes às capas foram bastante elogiados pelo cuidado e informações que agregam sobre os artistas que já tiveram ou sofrem de “reumatismos”.

Nenhuma seção foi considerada desinteressante. No entanto, quando perguntávamos qual delas não eram interessantes, as respostas foram surpreendentes: as seções “Grupos de Apoio” (27,6%), “Registro” (22,4%) e “Ética” (19%) poderiam perder a função, segundo os votantes.

A grande maioria (91,4%) considera a *RPR* um símbolo da SPR, assim como um diferencial para o sócio da SPR. Mais da metade de nossos entrevistados (55%) a assinaria se não a recebesse gratuitamente.

As principais sugestões dos leitores foram inserir textos com atualização em reumatologia e resumos dos últimos congressos; aprofundar temas básicos referentes ao dia-a-dia do reumatologista, com seções da temática “Como eu trato”; com textos de médicos formadores de opinião e com experiência clínica e terapêutica; divulgar a história da reumatologia; acrescentar mais discussão e imagens de casos clínicos, procedimentos e doenças; buscar patrocínio para distribuí-la para outras especialidades e, assim, divulgar mais nossa especialidade; integrá-la ao *site* e incentivar as jornadas do interior. Alguns comentaram que a *RPR* tem a utilidade de estudo e atualização e, dessa forma, é de grande interesse a assinatura gratuita de periódicos internacionais para os sócios, assim como abordagens sobre interações medicamentosas, novidades de diagnóstico e lançamentos de livros da especialidade. Outros solicitaram maior dedicação e ênfase na publicação nacional de teses, com rodízio de universidades e intercâmbio com a *Revista Brasileira de Reumatologia*, tornando a *RPR* mais médica e menos social.

Agenda 2006



NACIONAIS

Ação Reumato

Data: 3 de dezembro de 2006

Local: Parque do Ibirapuera, São Paulo, SP

Organização: SPR

Contato: Márcia (SPR), (11) 3284-0507

E-mail: reumatologiasp@

reumatologiasp.com.br

XIII Encontro de Reumatologia Avançada

Data: 24 a 26 de maio de 2006

Local: São Paulo, SP

Contato: Márcia (SPR), (11) 3284-0507

E-mail: reumatologiasp@

reumatologiasp.com.br

XIX Jornada Norte-Nordeste de Reumatologia

Data: 21 a 24 de março de 2007

Local: Fortaleza, CE

Contato: www.reumatologia.com.br/eventos

XVI Jornada Centro-Oeste de Reumatologia

Data: 28 a 30 de abril de 2007

Local: Pantanal, MT

Contato: www.reumatologia.com.br/eventos

INTERNACIONAIS

Eular 2007

Data: 13 a 16 de junho de 2007

Local: Barcelona, Espanha

Contato: www.eular.org

12th International Congress of Antiphospholipid Antibodies

Data: 18 a 20 de abril de 2007

Local: Florência, Itália

Contato: <http://www.antiphospholipid.net/congress>

13th International Vasculitis and ANCA Workshop

Data: 26 a 29 de abril de 2007

Local: Cancun, México

Contato: <http://www.vasancun.com.mx>

American Society for Bone and Metabolism Research (ASBMR 2007)

Data: 16 a 19 de setembro de 2007

Local: Honolulu, Hawaii

Contato: <http://www.asbmr.org>

Fórum de Debates

Na primeira quarta-feira de cada mês, às 20 horas, você tem encontro marcado com o Fórum de Debates em Reumatologia.

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

Estacionamento e confraternização: Hotel Feller, Rua São Carlos do Pinhal, 200, Bela Vista, São Paulo, SP (esquina com a Alameda Joaquim Eugênio de Lima).

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

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

Sexto Fórum de Debates (4 de outubro de 2006)

A transmissão por audioconferência, sistema AulaVox, tem sido um sucesso nos últimos debates. Reúna os amigos de sua região – litoral e interior – e participe.

Tema: Abordagem diagnóstica e terapêutica da síndrome de Sjögren associada a doença inflamatória intestinal e sacroileíte e da doença de Behçet com manifestação ocular atípica.

Coordenação: prof.^a dra. Virginia Fernandes Moça Trevisani (Serviço de Reumatologia da Universidade de Santo Amaro – Unisa)

Debatedores: prof. dr. Célio Roberto Gonçalves (HC-FMUSP e prof. dr. Luiz Antonio Vieira (Oftalmologia, Unifesp-EPM).

Obtenha maiores informações pelo fone (11) 3284-0507.

Participe das reuniões à distância.



SEXTO FÓRUM DE DEBATES: (1) A partir da esq., prof.^a dra. Virginia Fernandes Moça Trevisani, prof. dr. Célio Roberto Gonçalves e prof. dr. Luiz Antonio Vieira; (2) Visão geral da platéia

ERRATA: RPR vol. 5 n.º 3 jul./set. 2006, Registro, Novidades na Reumatologia, p. 3, 3.º parágrafo, 2.ª linha – onde se lê: “A partir de agosto de 2007”, leia-se: “A partir de agosto de 2006”.