

Revista Paulista de Reumatologia

Volume 11

Número 4

Out./dez. 2012

ISSN 1809-4635

www.reumatologiasp.com.br



Visão noturna da cidade de Campinas-SP

Uma publicação trimestral da
Sociedade Paulista de Reumatologia

PALAVRA DO PRESIDENTE

- 3 Caros amigos PAULO LOUZADA JUNIOR

EDITORIAL

- 4 Paralelismo: a RPR e as facetas de Drummond

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

ARTIGOS ORIGINAIS/REVISÕES/DESCRIÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

- 5 Diagnóstico e tratamento de mucopolissacaridose tipo I: relato de caso

Diagnosis and treatment of mucopolysaccharidosis type I: case report

ADRIAN NOGUEIRA BUENO, EDUARDO DE OLIVERIA VIEIRA, LEANDRO HENRIQUE AVILA SILVEIRA, MARCELLA MARIA SOARES, MONIQUE MAGALHÃES SILVEIRA, ALINE STIVANIN TEIXEIRA

- 9 Hipercalcúria idiopática, osteoporose e calcúlose renal

JOSÉ KNOPLICH

VISÃO DO EXPERT

- 12 Capilaroscopia periungueal MARIA TERESA CORREIA CALEIRO, RENATA MIOSSI

PUBLICAÇÕES

- 16 Top 10 HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA, NAFICE COSTA ARAÚJO, PAULO ROBERTO STOCCO ROMANELLI, RENÉ DONIZETI RIBEIRO DE OLIVEIRA, SANDRA H. WATANABE

ARTRÓFILO

- 22 Trabalhos apresentados no ACR/ARHP 2012 HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA

ÉTICA

- 28 Decisão compartilhada JOSÉ MARQUES FILHO

DEFESA PROFISSIONAL

- 30 Médico: Libertas Quæ Sera Tamen PAULO ROBERTO STOCCO ROMANELLI

RAIO X

- 32 Reumatologia Pediátrica do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP

CLOVIS ARTUR ALMEIDA DA SILVA, ADRIANA ALMEIDA DE JESUS, ADRIANA MALUF ELIAS SALLUM, ANA PAOLA NAVARRETTE LOTITO, LÚCIA MARIA DE ARRUDA CAMPOS, NÁDIA EMI AIKAWA

PERSPECTIVAS

- 36 Mercado de trabalho para o reumatologista em Botucatu e Araçatuba

PRISCILA RODRIGUES DA SILVA AOKI, CLAUDIA SAAD MAGALHÃES, PAULO DE TARSO NORA VERDI

IMAGEM EM REUMATOLOGIA

- 39 Fratura atípica de fêmur com menos de cinco anos de uso de alendronato

YANNE SANTOS MONTINO, LENITA ADRIANA MAZZI, FERNANDA CALIL MACHADO NETTO, DENISE DE FATIMA FORTESKI, CRISTIANO AUGUSTO DE FREITAS ZERBINI

EM SENDO REUMATOLOGISTA

- 40 Não sou candidato ALZÍRTON FREIRE

LADO B – ALMA LITERÁRIA

- 41 Olhos de menino DANIEL ALVES SANTOS

NOTICIÁRIO

- 42
49 **AGENDA**



Quando a combinação não é uma opção

Uma monoterapia
biológica
se destaca!¹
 **ACTEMRA[®]**
tocilizumabe

Referência Bibliográfica: 1. G. Jones, A. Sebba, J. Gu, et al. Comparison of tocilizumab monotherapy versus methotrexate monotherapy in patients with moderate to severe rheumatoid arthritis: the AMBITION study. Ann Rheum Dis 2010 69.

Contraindicações: Presença de infecção ativa; hipersensibilidade ao tocilizumabe. **Interações medicamentosas:** Ciclosporina; varfarina.

Actemra[®] (tocilizumabe) Apresentações: Caixas com 1 frasco-ampola contendo 80 mg/4 mL ou 200 mg/10 mL de solução concentrada para infusão IV. **USO ADULTO. USO RESTRITO A HOSPITAIS. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Composição:** Cada 1 mL contém 20 mg de tocilizumabe (TCZ). **Indicações:** Tratamento da AR ativa moderada a grave, se tratamento anterior adequado com pelo menos um DMARD (incluindo necessariamente o metotrexato) ou anti-TNFs, não trouxe os benefícios esperados (desde que utilizados na dose e tempo indicado nas respectivas bulas). Pode ser usado isoladamente ou em combinação com MTX e/ou outros DMARDs. **Contraindicações:** Hipersensibilidade ao TCZ/seus excipientes. Uso combinado com outros biológicos para AR. **Precauções e advertências:** Não iniciar tratamento na vigência de infecções ativas. Interromper TCZ se infecção grave se desenvolver. Cautela se infecções recorrentes ou condições que predisõem a infecções. Vigilância para detecção de infecções em tempo (sinais e sintomas de inflamação reduzidos por supressão da reação de fase aguda). **Tuberculose (Tb):** não demonstrado aumento no risco de Tb; reativação não pode ser descartada. Realizar RX de tórax periódico se histórico de Tb. **Vacinas:** não administrar vacinas vivas ou vivas atenuadas. **Diabéticos:** contém açúcar. **Reações de hipersensibilidade:** reações graves de hipersensibilidade foram relatadas. Tratamento apropriado deve estar disponível para uso imediato. **Doença hepática:** Cautela se doença hepática ativa ou insuficiência hepática; elevação de transaminases. **Doença cardiovascular:** realizar ECG, ecocardiograma e dosagens de colesterol e triglicérides. **Neutropenia:** Tratamento não recomendado se neutrófilos $<0,5 \times 10^9/L$. **Interações:** MTX, cloroquina/derivados, azatioprina, leflunomida, corticosteróides, ácido fólico, AINEs. Analgésicos não influenciam farmacocinética do TCZ. Enzimas CYP450 suprimidas pela inflamação. Após drogas com efeito antiinflamatório (TCZ), enzimas CYP450 se normalizam. Após introduzir drogas com janela terapêutica estreita (ex., varfarina, ciclosporina), ajustar a dose. **Reações adversas:** Hipertensão; reação anafilática; reações graves de hipersensibilidade. Neutropenia; elevações ALT/AST; colesterol total, LDL, HDL e triglicérides. **Posologia: Adultos:** 8 mg/kg, IV, cada 4 semanas. Diluir em 100 mL de SF 0,9%. Modificações na dosagem poderão ser necessárias em casos de neutropenia, plaquetopenia e elevação de transaminases (consultar bula completa do produto). Para pacientes com peso corporal acima de 100 kg, doses superiores a 800 mg por infusão não são recomendadas. **Idosos/insuficiência renal:** não requer ajuste de dose. **Insuficiência hepática:** segurança e eficácia não estudadas. **Via de administração:** IV. Iniciar de forma lenta, observar condições clínicas do paciente; constatada a ausência de anormalidades, aumentar a velocidade para completar a infusão em 1 hora. **Instruções para uso, manipulação e disposição:** Retirar a quantidade necessária (0,4 mL/kg); diluir em 100 mL de SF 0,9%. Inverter suavemente, sem agitar, para não formar espuma. **Conservação: Frasco-ampola:** Armazenar entre 2° e 8° C. Não congelar. Proteger da luz. **Solução pronta para infusão:** mantém-se estável em temperatura ambiente até 30°C por até 24 horas. **Atenção:** Este é um medicamento novo e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis para comercialização, efeitos indesejáveis e não conhecidos podem ocorrer. Neste caso, informe ao seu médico. **Superdose:** dados limitados. Reações adversas graves não observadas em voluntários com dose única de até 28 mg/kg. Num único caso de superdose acidental, paciente com mieloma múltiplo recebeu dose única de 40 mg/kg, sem reações adversas à droga. Registro MS 1.0100.0655. Farm. Resp.: Guilherme N. Ferreira - CRF-RJ nº 4288 "Venda sob prescrição médica." **A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.** Informações adicionais disponíveis à classe médica mediante solicitação a Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A. - Av. Engenheiro Billings, 1.729 - Jaguaré - CEP 05321-900 - São Paulo - SP - Brasil. IMI - 1207-1.10tubro/2011.

Conselho Editorial

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

Correspondência

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

Sociedade Paulista de Reumatologia

DIRETORIA EXECUTIVA 2012/2013

Presidente

Paulo Louzada Junior

Vice-Presidente

Silvio Figueira Antonio

Diretor Científico

Eduardo Ferreira Borba Neto

1º Secretário

Flávio Calil Petean

2º Secretário

José Alexandre Mendonça

1º Tesoureiro

Marcelo de Medeiros Pinheiro

2º Tesoureiro

Renê Donizeti Ribeiro de Oliveira

Presidente Eleito 2014/2015

Dawton Yukito Torigoe

Conselho Fiscal e Consultivo

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

Departamento de Reumatologia da Associação Paulista de Medicina

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

Comissão Científica

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

Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional

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

Comissão de Educação Médica

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

Comissão do Interior

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

Representantes da Reumatologia Pediátrica

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

Site

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

Endereço

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

Et Cetera Editora de Livros e Revistas

Direção

Kleber Kohn

Coordenação

Silvia Souza

Jornalista

Luciana C. N. Caetano (MTb 27.425)

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

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

www.etceteraeditora.com.br

Caros amigos

Estamos preparando para março de 2013 o Curso de Atualização em Clínica Médica para Reumatologistas e o Encontro Avançado de Reumatologia. A antecipação do ERA 2013 se deu em razão da reprogramação dos eventos da Sociedade Brasileira de Reumatologia – o Encontro Rio-São Paulo também acontecerá no primeiro semestre. Independentemente dessa alteração, estamos organizando uma programação interativa, nos moldes daquela realizada em 2012. Tenho certeza de que esses eventos serão de grande proveito a todos os nossos associados. Além disso, estamos iniciando as comemorações dos 60 anos da Sociedade Paulista de Reumatologia. Em 2013, esperamos estar em nossa nova sede, ampliada e reformada.

Aproveito para desejar um excelente ano novo a todos nós.

Abraços,

PAULO LOUZADA JUNIOR

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia

Gestão 2012/2013



www.reumatologiasp.com.br

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

e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

Paralelismo: a RPR e as facetas de Drummond

Se vivo fosse, Carlos Drummond de Andrade teria completado, em 2012, 110 anos. Mineiro de Itabira do Mato Dentro, expulso do colégio por “insubordinação mental”, não praticou a farmácia, curso no qual se formou, para “preservar a saúde dos outros”. Com uma visão arguta e crítica, já dizia no poema “Qualquer”:

*“... nenhum tempo é tempo
bastante para a Ciência
de ver, rever...”*

Neste número de nossa RPR, publicamos artigos científicos vistos e revistos (sobre capilaroscopia periungueal, mucopolissacaridose, hipercalcúria idiopática) e os trabalhos de reumatologistas paulistas apresentados no último ACR. Conheceremos também o serviço de Reumatologia Pediátrica do HC-FMUSP.

Apesar de menos conhecido e divulgado, Drummond também tinha seu lado político-ideológico, como se observa no poema “Nosso Tempo”:

*“...mas eu não sou as coisas e me revolto.
Tenho palavras em mim buscando canal,
são roucas e duras,
irritadas, enérgicas,
comprimidas há tanto tempo,
perderam o sentido, apenas querem explodir.”*

Exibindo nossa vertente contestadora, o Dr. Paulo Roberto Stocco Romanelli expõe em seu artigo “Libertas Quae Sera Tamen” que nossa categoria já não mais se cala

e se rebela. O Dr. José Marques Filho discorre sobre um tema importante e atual, a decisão compartilhada. Na seção Perspectivas, voltamos a discutir o mercado de trabalho para o reumatologista em duas diferentes regiões do Estado de São Paulo, Botucatu e Araçatuba.

No entanto, a faceta que mais se destaca na obra drummondiana é a reflexão sobre a eternidade, o amor e a vida. A RPR também sabe ser poesia. Destacamos o poema de Daniel Alves Santos, paciente e acalentador de emoções nostálgicas. O texto do Dr. Alzirton Freire nos mostra que, antes de sermos reumatologistas, somos gente, com necessidades, sentimentos e que não podemos ser candidatos a Deus.

A todos os nossos leitores, desejamos, com as palavras de Carlos Drummond de Andrade, um excelente final de ano, pois:

*“o último dia do ano
não é o último dia do tempo...”*

E que as luzes trazidas pelo início de 2013 nos inspirem cada vez mais.

*“Clara manhã, obrigado,
o essencial é viver!”*

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

Editores



Diagnóstico e tratamento de mucopolissacaridose tipo I: relato de caso

Diagnosis and treatment of mucopolysaccharidosis type I: case report

Adrian Nogueira Bueno⁽¹⁾, Eduardo de Oliveria Vieira⁽²⁾, Leandro Henrique Avila Silveira⁽²⁾, Marcella Maria Soares⁽²⁾, Monique Magalhães Silveira⁽²⁾, Aline Stivanin Teixeira⁽³⁾

1. Reumatologista e professor de Reumatologia do curso de Medicina, Universidade José do Rosário Vellano (Unifenas). Alfenas-MG.
2. Discente do curso de Medicina, Universidade José do Rosário Vellano (Unifenas). Alfenas-MG.
3. Enfermeira, USP-SP. Mestre em Ciências Fisiológicas, Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG). Alfenas-MG.

Endereço para correspondência: Dr. Adrian Nogueira Bueno. Rua Irmão Mário Esdras, 42, Vila Pinto, CEP 37010-660, Varginha-MG.

E-mail: adrian_6349@hotmail.com

RESUMO

Introdução: a mucopolissacaridose (MPS) do tipo I é uma entidade nosológica caracterizada por deficiência genética autossômica recessiva da enzima alfa-L-iduronidase, que promove acúmulo de glicosaminoglicanos (GAGs) no organismo em geral. Recentemente, a MPS tipo I é classificada em forma severa (síndrome Hurler) e em forma atenuada (síndrome Hurler-Scheie e Scheie). O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso raro de MPS I atenuada. **Relato de caso:** F.G.G., natural de Minas Gerais, leucoderma, 24 anos. Familiares notaram as primeiras manifestações clínicas durante o período pré-escolar, quando iniciou mãos em garra, com déficit motor e alteração na deambulação, com enrijecimento dos membros inferiores e superiores, atraso no desenvolvimento ósseo, refletindo em baixa estatura. Aos oito anos de idade, a família procurou auxílio médico, porém, abandonou o tratamento. Em abril de 2012, foi encaminhado ao HUAV, onde a dosagem da enzima alfa-L-iduronidase confirmou o diagnóstico. Foi prescrito esquema de enzimoterapia com laronidase. **Discussão:** a MPS I é uma doença rara e devido ao comprometimento artropático, faz diagnóstico diferencial principalmente com a artrite reumatoide. A MPS I ainda não conta com um tratamento curativo. Tradicionalmente, a terapêutica é sintomática. A reposição enzimática se mostra promissora. Estudos mostram eficácia terapêutica, tolerabilidade e segurança da laronidase. Contudo, o alto custo desse tratamento aliado à escassez de estudos que validem o custo-benefício do tratamento, bem como avaliem efeitos adversos a longo prazo, têm limitado seu uso. **Conclusão:** o tratamento é multidisciplinar. Além disso, é necessário o investimento em políticas públicas para angariar recursos distribuídos por planejamento estratégico para que as vítimas de doenças raras possam se beneficiar dos tratamentos atuais, que mostram controle dos sintomas e segurança no uso, melhorando, assim, sua qualidade de vida.

Unitermos: erros inatos do metabolismo, mucopolissacaridose tipo I, laronidase.

SUMMARY

Introduction: mucopolysaccharidosis (MPS) type I is a nosological entity characterized by autosomal recessive genetic deficiency of the enzyme alpha-L-iduronidase that promotes accumulation of glycosaminoglycans (GAGs) in the body in general. Recently, MPS type I is classified as severe (Hurler syndrome) and attenuated form (Hurler-Scheie syndrome and Scheie). The objective of this study was to present a rare case of MPS I attenuated. **Case report:** F.G.G., from Minas Gerais, caucasian, and 24 years old. Family noted the first clinical signs during the preschool period, when it began claw hands, with motor deficit and change in ambulation, with stiffening of the upper and lower limbs, delayed bone development, reflecting in short stature. At 8 years old, the family sought medical help, but quit treatment. In April 2012, was referred to HUAV, where the dosage of the enzyme alpha-L-iduronidase confirmed the diagnosis. A scheme of enzymotherapy with laronidase was prescribed. **Discussion:** MPS I is a rare disease and due to the arthropathy plight makes a different diagnosis specially with rheumatoid arthritis. Traditionally, treatment is symptomatic. The enzyme replacement shows promise. Studies show therapeutic efficacy, tolerability and safety of laronidase. But the high cost of treatment coupled with scarcity of studies that validate the cost-effectiveness of treatment, and assess long-term adverse effects have limited its use. **Conclusion:** the treatment is multidisciplinary. Besides, it is necessary to invest in public policies to raise funds distributed by strategic planning so that the rare disease victims may benefit from current treatments, which show control of symptoms and safety in use, thereby improving their quality of life.

Key words: metabolism inborn errors, mucopolysaccharidosis type I, laronidase.

INTRODUÇÃO

A mucopolissacaridose (MPS) tipo I é uma rara doença de armazenamento lisossomal, herdada de forma autossômica recessiva em que existe deficiência da enzima alfa-L-iduronidase. Como resultado, ocorre acúmulo de glicosaminoglicanos (GAGs), sulfato de heparano e sulfato de dermatano em diversos tecidos, causando disfunção orgânica multissistêmica⁽¹⁾.

A MPS I é a mucopolissacaridose mais comum em todo o mundo. Sua incidência média corresponde a aproximadamente 1,7 em 100 mil nascidos vivos^(2,3). Vinte por cento corresponde aos casos leves⁽⁴⁾.

Essa doença ainda pode se apresentar sob três fenótipos diferentes, classificados conforme a gravidade clínica. São eles, as síndromes de Hurler, Hurler-Scheie e síndrome Scheie. Segundo trabalho de revisão de Muñoz-Rojas et al. (2011), os pacientes com síndrome de Hurler desenvolvem os sintomas na infância e têm um atraso cognitivo marcante. Sem tratamento, a expectativa de vida é geralmente limitada à primeira década. Os pacientes com síndrome de Scheie, na outra extremidade do espectro de manifestações clínicas da MPS I, apresentam os sintomas tardiamente na infância e na adolescência e mostram progressão lenta da doença. Eles têm inteligência normal e geralmente sobrevivem até a idade adulta, embora experimentem uma importante morbidade relacionada à doença^(1,5). Os indivíduos com manifestações intermediárias entre Hurler e síndrome Scheie são geralmente classificados como Hurler-Scheie, caracteristicamente com pouca ou nenhuma disfunção cognitiva e sintomas somáticos relativamente graves, limitando a expectativa de vida para a segunda ou terceira década, na ausência de tratamento. Entretanto, essa tradicional classificação em subtipos não se baseia em critérios bem definidos e não é interpretada de forma consistente por todos os profissionais⁵.

O diagnóstico é feito após suspeita clínica, associado à realização dos seguintes exames: triagem urinária para erros inatos do metabolismo, dosagem de GAGs na urina, raio X de esqueleto, polissonografia, avaliações cardíaca e oftalmológica e outras necessárias após esses resultados. A confirmação do diagnóstico é feita por dosagem deficiente da enzima lisossômica alfa-L-iduronidase ou por meio de análise de alteração nos genes específicos da doença (mutação), o que não é disponível para todos os tipos⁽⁶⁾.

A atividade da alfa-L-iduronidase pode ser medida em leucócitos sanguíneos periféricos, cultura de fibroblastos, soro e plasma. O diagnóstico molecular pode ser feito a partir de DNA extraído do sangue ou *swab* bucal. A técnica de sequenciamento do gene identifica a mutação, auxiliando na definição do diagnóstico e possibilitando a identificação de outros indivíduos heterozigotos na família dos afetados e a adequada prevenção da ocorrência e recorrência da doença nessas famílias⁽¹⁾.

Como a MPS I pode afetar o organismo de várias formas, o tratamento pode exigir diferentes abordagens. O tratamento atual da MPS I é, em grande parte, sintomático, ou seja, oferece alívio de sintomas específicos⁽⁷⁾. Muitos tratamentos para MPS I, como transplante de medula óssea e de córnea, ajudam a aliviar os sinais, sintomas e complicações relacionados à doença. Já existe no mercado o Aldurazyme® (laronidase), utilizado na terapia de reposição enzimática, capaz de aliviar e eventualmente reverter muitos dos efeitos da doença⁽⁸⁾. De maneira geral, o tratamento de apoio ou sintomático (com atenção especial para complicações cardiovasculares e respiratórias, manifestações ósseas, artropatia, perda da audição e da visão, sintomas digestivos e hidrocefalia comunicante) pode melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados e de suas famílias. Devido a suas manifestações artropáticas, o principal diagnóstico diferencial é relativo à artrite reumatoide^(9,10) (**Figura 1**).



Figura 1 – Paciente mostrando mãos em garra.

O objetivo deste trabalho foi apresentar um raro caso de MPSI atenuada (síndrome de Scheie) afetando um brasileiro de 19 anos de idade.

RELATO DE CASO

Paciente, F.G.G., natural de Areado, Minas Gerais, leucoderma, 24 anos, nascido dia 21-7-1989, de parto normal a termo, apresentando hipóxia neonatal. Familiares não notaram alterações quando lactente, as primeiras manifestações clínicas foram observadas durante o período pré-escolar. Aos dois anos de idade, iniciou rigidez com mãos em garra, evoluindo ao decorrer dos anos com déficit motor e alteração na deambulação, porém, sem dependência para atividade de vida diária. Evoluiu também com enrijecimento dos membros inferiores e superiores. Percebeu-se atraso no desenvolvimento ósseo, refletindo em baixa estatura.

Aos oito anos de idade a família procurou o serviço médico do Hospital Alzira Velano (HUAV), de Alfenas, Minas Gerais, relatando as alterações apresentadas pelo paciente. Foram feitos exames de imagem para busca diagnóstica e nada foi encontrado. Então, foi encaminhado ao serviço do HU da Unicamp, onde, após a realização de exames de imagem, foi proposto pela equipe médica um exame genético para diagnóstico mais preciso, o que não foi realizado por falta de disponibilidade de tempo dos familiares e paciente. Desde então, nenhum serviço médico foi procurado, mesmo com o paciente apresentando retardo puberal, dificuldade na prática de exercícios físicos e visão turva.

No mês de abril de 2012, aos 19 anos de idade, o paciente foi encaminhado novamente ao ambulatório do HUAV, onde foi avaliado pela clínica de reumatologia, que optou pela investigação de alteração enzimática por suspeita de mucopolissacaridose, confirmada pela deficiência da enzima alfa-L-iduronidase. Foi prescrito esquema de enzimaterapia com laronidase (Aldurazyme®) por 11 semanas.

DISCUSSÃO

A mucopolissacaridose tipo I (MPSI) é uma doença genética rara acompanhada de grande comorbidade. Na história da Medicina, possui descrição recente. O primeiro relato de MPS, realizado por Hurler, data de 1919. Posteriormente, um fenótipo mais brando da doença foi

descrito por Scheie, em 1962. Essa entidade nosológica tem como característica principal o acúmulo de GAGs, o que compromete vários sistemas através do acometimento do tecido conjuntivo. Diante disso, entre os indivíduos afetados existe uma grande variedade de manifestações clínicas, como retardo mental, anormalidades esqueléticas, hepato e/ou esplenomegalia, problemas respiratórios, comprometimento cardiovascular e redução da expectativa de vida⁽¹⁾.

Assim como grande parte dos demais erros inatos do metabolismo, a MPS I ainda não conta com um tratamento pleno e curativo. Desta forma, tradicionalmente, o tratamento é sintomático, paliativo. Tratamentos mais invasivos têm sido avaliados, como o transplante de medula óssea, para casos mais brandos, e a terapia de reposição enzimática, tanto em fenótipos brandos, como nos mais graves⁽¹⁰⁾.

Com base em estudos clínicos que demonstraram eficácia terapêutica, tolerabilidade e segurança, Wraith et al. (2007) avaliaram o tratamento de reposição enzimática em esquema de pulsoterapia semanal com laronidase (alfa-L-iduronidase, Aldurazyme®) em crianças com menos de cinco anos de idade, mostrando resultados semelhantes aos da literatura vigente^(9,10). Contudo, o alto custo desse tratamento aliado à escassez de estudos que validem o custo-benefício do tratamento, bem como avaliem efeitos adversos a longo prazo, têm limitado essa intervenção terapêutica⁽¹⁰⁾. Isso fica evidenciado com a não liberação do fármaco pelo governo canadense, em contrapartida à liberação pelo FDA (Food and Drug Administration), para o tratamento das formas graves, intermediárias e atenuadas, efetivada em 2003^(11,12). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) registrou a droga laronidase como medicamento de alto custo, porém, ele não se encontra disponível na lista de medicamentos excepcionais do Ministério da Saúde. Isso limita o tratamento de pacientes brasileiros, sendo necessário recorrer a ações judiciais para que o medicamento seja financiado pelos governos estaduais ou pela União⁽¹²⁾.

Ainda em fase de experimentação animal, surgem como possibilidades futuras o desenvolvimento de terapias com o intuito de aumentar a produção enzimática, estratégias de redução de substrato, bem como terapias gênicas específicas para as doenças de depósito lisossômico⁽¹⁰⁾.

CONCLUSÃO

Concluimos que o tratamento da MPS I envolve acompanhamento multidisciplinar, com o intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente, bem como em razão da necessidade de avaliação detalhada do quadro, em virtude do não conhecimento de efeitos a longo prazo da terapia de reposição enzimática com laronidase.

Além disso, é necessário investimento em políticas públicas, para angariar recursos, e o planejamento estratégico para distribuí-la de maneira eficaz. Agindo dessa forma, as vítimas de doenças raras e genéticas podem se beneficiar dos tratamentos atuais – que mostram controle dos sintomas e segurança no uso –, melhorando, assim, sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Neufeld EF, Muenzer J. The mucopolysaccharidosis. In: Scriver CR, Beaudet AL, Sly S, et al, editors. The metabolic and molecular basis of inherited disease. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 3421-52.
2. Nelson J. Incidence of the mucopolysaccharidoses in Northern Ireland. *Hum Genet.* 1997;101:255-8.
3. Meikle PJ, Hopwood JJ, Clague AE, Carey WF. Prevalence of lysosomal storage disorders. *J Am Med Assoc.* 1999;281:249-54.
4. Scott HS, Bunge S, Gal A, Clarke LA, Morris CP, Hopwood JJ. Molecular genetics of mucopolysaccharidosis type I: diagnostic, clinical, and biological implications. *Hum Mutat.* 1995;6:288-302.
5. Muñoz-Rojas MV, Bay L, Sanchez L, et al. Clinical manifestations and treatment of mucopolysaccharidosis type I patients in Latin America as compared with the rest of the world. *Inherit Metab Dis.* 2011 October;34(5):1029-37.
6. Muenzer J. The mucopolysaccharidoses: a heterogeneous group of disorders with variable pediatric presentations. *J Pediatr.* 2004;144:S27-34.
7. Vijay S, Wraith JE. Clinical presentation and follow-up of patients with the attenuated phenotype of mucopolysaccharidosis type I. *Acta Paediatrica* 2005;94:872-7.
8. Muenzer J, Gucsavas-Calikoglu M, McCandless SE, Schuetz TJ, Kimura A. A phase I/II clinical trial of enzyme replacement therapy in mucopolysaccharidosis II (Hunter syndrome). *Mol Genet Metab.* 2007;90:329-37.
9. Wraith JE, Beck M, Lane R, et al. Enzyme replacement therapy in patients who have mucopolysaccharidosis I and are younger than 5 years: results of a multinational study of recombinant human alpha-L-iduronidase (laronidase). *Pediatrics.* 2007;120:e37-e46.
10. Moore D, Connock MJ, Wraith E, Lavery C. The prevalence of and survival in Mucopolysaccharidosis I: Hurler, Hurler-Scheie and Scheie syndromes in the UK. *Orphanet Journal of Rare Diseases.* 2008;3:24.
11. The Canadian Expert Drug Advisory Committee (CEDAC). [site da Internet] [acesso 2011 jun 21]. Disponível em: www.cadth.ca/media/cdr/complete/cdr_complete_Aldurazyme_2005July14.pdf.
12. De Souza MV, Krug BC, Picon PD, Schwartz IVD. Medicamentos de alto custo para doenças raras no Brasil: o exemplo das doenças lisossômicas. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012; 15(3):3443-54.

Hipercalcúria idiopática, osteoporose e calculose renal

José Knoplich

Reumatologista em atividade em clínica particular. Editor médico dos sites ram.uol.com.br e intramed.uol.com.br e de vários sites de atualização médica.

Endereço para correspondência: José Knoplich. Rua Atibaia, 360, Perdizes, CEP 01235-010, São Paulo-SP
E-mail: knoplich@uol.com.br

Hipercalcúria idiopática (HI) é uma alteração metabólica definida como elevada excreção urinária de cálcio, na vigência de normocalcemia, que se manifesta clinicamente de forma variada em crianças, adolescentes e adultos.

O diagnóstico da hipercalcúria idiopática é baseado na excreção urinária de cálcio maior ou igual a 4 mg/kg/24 h. Outros sinais clínicos associados são: hematúria microscópica, episódios de macroematuria, dor abdominal incaracterística e disúria.

Maria Goretti M. G. Penido e colaboradores da Nefrologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais estudaram um grupo de 471 pacientes crianças e adolescentes portadores de hipercalcúria idiopática, dos quais 264 (56%) do sexo masculino e 207 (44%) do sexo feminino.

Eram 264 (56%) brancos, 174 (37%) não brancos, e em 33 (7%) não havia relato sobre a cor da pele⁽¹⁾. A idade de aparecimento da doença variou entre 8 meses e 17 anos, sendo 28 (6%) lactentes, 71 (15%) pré-escolares, 259 (55%) escolares e 113 (24%) adolescentes. Um grande número de pacientes, 221 (47%), tinha como quadro clínico inicial hipercalcúria e hematúria associada a dor abdominal; 146 (31%) tinham hematúria isolada; 66 (14%) tinham dor abdominal isolada, e 38 (8%) tinham infecção urinária, enurese noturna, dor suprapúbica ou uretral ou a chamada síndrome miccional com urgência, frequência e/ou incontinência urinárias. A história familiar para litíase renal foi positiva em 245 (52%) dos pacientes, negativa em 113 (24%) e desconhecida em 113 (24%). Todos os pacientes tinham função renal normal, eram normotensos e tinham dosagem sérica de sódio, potássio, cloro, magnésio, ácido úrico, cálcio, fósforo e paratormônio dentro dos limites da normalidade. Todos os pacientes tinham gasometria venosa normal.

Múltiplos mecanismos têm sido propostos para explicar a fisiopatologia da HI, tais como redução da reabsorção tubular renal de cálcio, distúrbios tubulares renais associados, aumento da absorção intestinal de cálcio, alteração dos receptores intestinais de vitamina D, aumento primário da síntese de vitamina D, aumento da produção renal de prostaglandina E2 e aumento da produção de interleucinas I e V.

A possibilidade de múltiplos mecanismos etiológicos retira da hipercalcúria idiopática o caráter de benignidade antes admitido. Hoje se sabe que a entidade é complexa e que, além de ser fator de risco para formação de cálculos, também causa outros danos, especialmente a desmineralização óssea. Sabe-se que o maior acúmulo de massa óssea acontece na infância com aceleração máxima na adolescência, e que este acúmulo deve acontecer sem interferências para que se possa atingir o pico ótimo de massa óssea.

Qualquer interferência nesse ganho de massa óssea pode ser fator determinante de osteoporose e risco de fraturas na idade adulta. Dessa maneira, o tratamento não deve ser direcionado apenas para a redução da perda urinária de cálcio. Deve-se intervir ativamente no acúmulo da massa óssea e minimizar os efeitos deletérios de sua redução na idade adulta. Não há atualmente nenhuma evidência forte para um tratamento preferencial e específico de tais crianças.

Em outro estudo recém-publicado, a mesma equipe mineira analisa a evolução clínica da hipercalcúria idiopática em crianças e adolescentes, em relação a uma redução da densidade mineral óssea (DMO)⁽²⁾.

O escore-z antes e depois do tratamento de 80 crianças e adolescentes com IH com citrato de potássio e tiazídicos. A cintilografia óssea e as medições foram feitas com densitometria de dupla emissão de absorciometria

de raios-X. O DMO da coluna lombar (g/cm²) e BMD z-score foram avaliados antes e após o tratamento. O teste t e Mann-Whitney foram utilizados para a análise estatística. Quarenta e três meninos e 37 meninas foram seguidos por um período médio de 6,0 anos. Excreção de cálcio (mediana) antes e após o tratamento foi de 5,0 e 2,6 mg/kg/24 h, respectivamente. O BMD z-score mudou significativamente de $-0,763 \pm 0,954$ (média \pm DP) para $-0,537 \pm 0,898$ ($p < 0,0001$) antes e após o tratamento, respectivamente. O BMD z-score dos pacientes melhorou com o tratamento, sugerindo efeito benéfico e necessidade potencial de tratamento. No entanto, a falta de um grupo de controle aponta para a necessidade de estudos futuros para corroborar este resultado.

Evidências sugerem que a incidência de uma primeira fratura em pacientes com calcinose renal é quatro vezes maior que na população controle. Suporte do papel do osso na fisiopatologia da hipercaleiúria foi identificada. Novos estudos têm detalhado os efeitos de várias citocinas – com o aumento do número e sensibilidade dos receptores de vitamina D, aumentou a produção de ácido agindo sobre as células do osso. Da mesma forma, recentes estudos clínicos e experimentais têm sugerido que fatores genéticos conferem uma predisposição para a formação de cálculos de cálcio renal e desmineralização óssea^(3,4).

Excreção de sódio elevada na urina, resultante de ingestão excessiva de sódio, pode levar à hipercaleiúria e contribuir para a formação de cálculos urinários. Damasio et al.⁽⁵⁾ examinaram 105 pacientes com litíase renal, distribuídos em dois grupos: Grupo 1 (n = 55): pacientes com HI (excreção urinária de cálcio > 250 mg em mulheres e 300 mg em homens com níveis séricos de cálcio normal); Grupo 2 (n = 50): pacientes normocalciúricos (NC). Critérios de inclusão foram: idade acima de 18 anos, função renal normal (depuração da creatinina ≥ 60 ml/min), proteinúria ausente e cultura urinária negativa. Mulheres grávidas, pacientes com patologias intestinais, diarreia crônica ou em uso de corticoides foram excluídos. O protocolo de investigação metabólica foi baseado na coleta não consecutiva de duas amostras de 24 horas para dosagens de: sódio, cálcio, ácido úrico, citrato, oxalato, magnésio e volume urinário. Ingestão de alimentos foi avaliada pelo método de registro de três dias de dieta quantitativa, e o índice de massa corporal (IMC) foi calculado. Ingestão de sódio foi avaliada com base na excreção urinária de sódio de 24 horas.

A distribuição em ambos os grupos, no que diz respeito à idade média ($42,11 \pm 10,61$ vs $46,14 \pm 11,52$), peso ($77,14 \pm 16,03$ vs $75,99 \pm 15,80$), altura ($1,64 \pm 0,10$ vs $1,64 \pm 0,08$) e IMC ($28,78 \pm 5,81$ vs $28,07 \pm 5,27$), foi homogênea. Excreção urinária de cálcio ($433,33 \pm 141,92$ vs $188,93 \pm 53,09$), sódio ($280,08 \pm 100,94$ vs $65,81 \pm 200,44$), ácido úrico ($880,63 \pm 281,50$ vs $646,74 \pm 182,76$) e magnésio ($88,78 \pm 37,53$ vs $64,34 \pm 31,84$) foi significativamente maior no grupo HI ($p < 0,05$). Não houve diferença estatística na ingestão de cálcio entre os grupos, e houve ingestão de sal significativamente maior em pacientes com HI do que em NC.

Este estudo mostrou que a ingestão de sal foi maior em pacientes com HI em relação ao NC.

M. A. Arrabal-Polo e colaboradores urologistas analisam as alterações bioquímicas no plasma e os determinantes da urina na atividade litogênica grave em pacientes com nefrolitíase e hipercaleiúria idiopática⁽⁶⁾. Num estudo transversal, 120 pacientes foram divididos em dois grupos: grupo 1, 60 pacientes sem nefrolitíase; grupo 2, 60 pacientes com nefrolitíase de cálcio grave e/ou recorrente. Em todos os pacientes foi feito o estudo da função renal, o metabolismo do cálcio e marcadores de remodelação óssea, e a análise dos fatores litogênicos foi realizada na urina após jejum e em amostras de urina de 24 horas. Foram observados valores maiores para o fósforo no grupo 1 que no grupo 2 ($P = 0,03$). Além disso, foram encontrados valores maiores para hormônio paratireoide ($P = 0,01$), osteocalcina ($P = 0,0001$), e β -crosslaps ($P = 0,0001$) no grupo 2 que no grupo 1. Nas amostras de urina de 24 horas, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos 1 e 2 em calcinúria ($11,7$ vs $17,4$ mg / dL, $P = 0,0001$), citraturia ($50,6$ vs $33,5$ mg/dL, $P = 0,002$), quociente cálcio/creatinina ($0,14$ vs $0,20$, $P = 0,001$), quociente cálcio/citrato ($0,05$ vs $0,13$, $P = 0,04$), e de quociente cálcio/creatinina após jejum ($0,09$ vs $0,16$, $P = 0,0001$).

Os autores consideram os determinantes de litíase do cálcio grave e/ou recorrente ter hipercaleiúria e hipocitraturia e um quociente cálcio/citrato > 0,06. Como marcadores de risco, consideram fosfatemia < 2,9 mg/dL, fosfato/quociente de cloro > 35, fosfatase alcalina > 80 U/L, hormônio paratireoide > 60 pg/mL, osteocalcina > 16 ng/mL, β -crosslaps > 0,400 ng/mL, e quociente β -crosslaps/osteocalcina > 0,028.

REFERÊNCIAS

1. Penido MG, Diniz JS, Moreira ML, et al. Hipercalcúria idiópática: apresentação de 471 casos. *J Pediatr*. 2001 Mar-Apr; 77(2):101-4.
2. Penido MG, De Sousa Tavares M, Linhares MC, Barbosa ACS, Cunha M. Longitudinal study of bone mineral density in children with idiopathic hypercalciuria. *Pediatr Nephrol*. 2012 Jan;27(1):123-30.
3. Heilberg IP, Weisinger JR. Bone disease in idiopathic hypercalciuria. *Curr Opin Nephrol Hypertens*. 2006 Jul;15(4): 394-402.
4. Santos AC Jr, Lima EM, Oliveira EA, Simões e Silva AC. Bone disease and cytokines in idiopathic hypercalciuria: a review. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2011;24(7-8):405-10.
5. Damasio PC, Amaro CR, Cunha NB, et al. The role of salt abuse on risk for hypercalciuria. *Nutr J*. 2011 Jan 6;10:3.
6. Arrabal-Polo MA, Arrabal-Martin M, De Haro-Muñoz T, Poyatos-Andujar A, Palæo-Yago F, Zuluaga-Gomez A. Biochemical determinants of severe lithogenic activity in patients with idiopathic calcium nephrolithiasis. *Urology*. 2012 Jan; 79(1):48-54.

CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL



MARIA TERESA CORREIA CALEIRO

Médica assistente doutora do Serviço de Reumatologia da USP.

Responsável pela Capilaroscopia Periungueal e pelos Ambulatórios de DMTC e de SAF



RENATA MIOSSI

Reumatologista pela Sociedade Brasileira de Reumatologia.

Integrante do Grupo de Capilaroscopia do Hospital das Clínicas da USP

A capilaroscopia periungueal (CPU) constitui um método simples, barato e não invasivo para avaliação da microcirculação. É o método de escolha para a avaliação do fenômeno de Raynaud (FRy) e sua diferenciação em primário ou secundário.

Aparentemente, a primeira descrição de visualização de capilares da prega ungueal foi feita em 1663, por Johan Christofhotus Kolhaus. Desde então, outros autores descreveram tal feito, mas somente no século XX foram descritas observações capilaroscópicas associadas a algumas doenças, como diabetes, esquizofrenia e doenças reumatológicas. Na década de 1970, a CPU ganhou reconhecimento com os estudos de Hildegard Maricq e Carwile LeRoy⁽¹⁾. Na década de 1980, tal procedimento foi introduzido no Brasil e padronizado para nossa população⁽²⁾.

A visualização dos capilares periungueais pode ser feita por diversos métodos, como dermatoscópio, oftalmoscópio, videomicroscopia com fluorescência, lupa estereomicroscópica e, mais recentemente, a videocapilaroscopia, que oferece aumento de até 600 vezes. Na prática, a capilaroscopia panorâmica realizada em lupa estereomicroscópica, com aumento de 10 a 40 vezes, consegue fornecer informações suficientes para boa

avaliação e seguimento da microvasculatura. Para melhor visualização, o paciente deve estar sem remover as cutículas há pelo menos três semanas.

São avaliados o plexo venoso subpapilar, o número de alças por milímetro, a presença de desvascularização difusa ou focal, o número de micro-hemorragias (**Figura 1**),



Figura 1 – Micro-hemorragias na pele e na cutícula.

a presença de vasos ectasiados (**Figura 2**), a morfologia dos capilares (bifurcados, cruzados, enovelados, arbustos, tortuosos, aneurismáticos).

O padrão normal apresenta capilares dispostos em paliçada, de distribuição regular e homogênea, discretas variações na forma e tamanho dos capilares e ausência de desvascularização capilar (**Figura 3**). O padrão SD (*scleroderma pattern*, **Figura 3**) apresenta diminuição da densidade capilar, áreas desvascularizadas, capilares ectasiados (**Figura 4**) e capilares aneurismáticos (megacapilares)⁽³⁾.

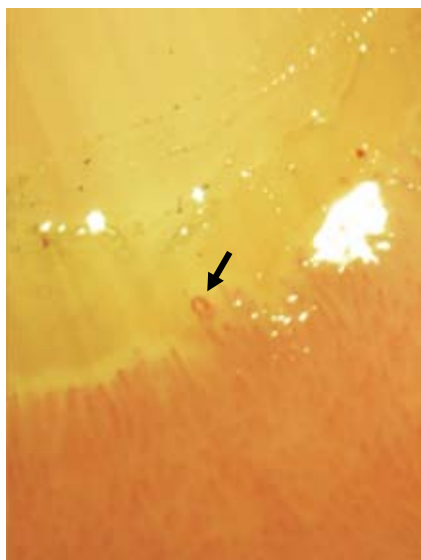


Figura 2 – Capilar ectasiado (seta).



Figura 3 – Aspecto normal.

Como doença potencialmente grave, progressiva e com poucas opções terapêuticas eficazes, torna-se importante o diagnóstico precoce de esclerose sistêmica (ES). Sendo assim, cresce a relevância da capilaroscopia, uma vez que o padrão SD faz parte dos critérios de diagnóstico precoce (*very early diagnosis*) pelo grupo Eustar (*European League Against Rheumatism Scleroderma Trial and Research*)⁽⁴⁾. Estudo prospectivo com 586 indivíduos com FRy demonstrou que achados anormais à CPU e/ou a presença de autoanticorpos específicos identificaram um grupo de pacientes com risco elevado, de até 60 vezes, para o desenvolvimento da ES ou de doenças deste espectro⁽⁵⁾.

O FRy é a manifestação inicial mais frequente na ES. Os relatos da taxa de transição de FRy primário para FRy secundário variam bastante⁽⁶⁾. Em metanálise publicada em 1998, o melhor fator preditor dessa mudança foi a presença de padrão anormal na CPU (valor preditivo positivo de 47%); os anticorpos antinucleares constituíram valor preditivo positivo de 30%⁽⁶⁾.

Cutolo et al., em 2000, definiram estágios para as alterações encontradas na videocapilaroscopia: precoce (*early*), ativo (*active*) e tardio (*late*). O padrão precoce é caracterizado por poucos capilares ectasiados ou gigantes, poucas micro-hemorragias e distribuição capilar relativamente bem preservada, sem evidência de perda capilar. O padrão ativo inclui frequentes capilares gigantes e micro-hemorragias, moderada perda capilar e desorganização da arquitetura capilar com raros ou ne-

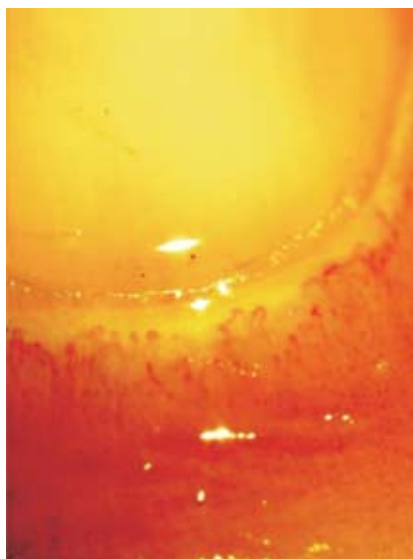


Figura 4 – Padrão SD.

nhum vaso ramificado. Já o padrão tardio é marcado por irregular dilatação capilar, raras micro-hemorragias e capilares gigantes, grave perda capilar com grandes áreas avasculares, desorganização da paliçada de capilares e presença de vasos ramificados e arbustos⁽⁷⁾. O padrão tardio (*late*) mostrou risco aumentado de doença ativa e moderado a grave envolvimento cutâneo e visceral quando comparados a pacientes com o padrão precoce (*early*) e ativo (*active*), de acordo com estudo de Caramaschi et al.⁽⁸⁾. Portanto, a videocapilaroscopia, assim como a CPU panorâmica, parece útil no estadiamento da esclerose e fornece informações sobre o prognóstico da doença. Em 1984, Chen et al. já haviam demonstrado a relação entre maior perda e desorganização da rede de capilares com maior acometimento cutâneo e visceral (muscular e renal), em pacientes com doenças do espectro da esclerose sistêmica⁽⁹⁾.

A CPU também pode ser utilizada como fator preditor para o aparecimento de úlceras digitais. Sebastiani et al criaram, em 2009, um índice, levando em consideração o número total de capilares (N), o número de capilares gigantes (M) e o diâmetro máximo (D) dos capilares gigantes, usando a fórmula $D \times M : N$. Pacientes com esclerose sistêmica com índice maior que 2,94 apresentam elevado risco para o desenvolvimento de úlceras^(10,11).

Além de bem estabelecido para o auxílio diagnóstico da ES, o padrão SD pode ser encontrado em outras colagenoses, como a doença mista do tecido conectivo (DMTC), dermatomiosite (DM), além de síndromes de superposição. Capilares ramificados e arbustos são mais frequentes na DM e os achados na CPU desses pacientes podem melhorar com a terapêutica⁽¹²⁾. Portanto, a CPU pode ser muito útil no seguimento do tratamento desses pacientes.

As alterações na microvasculatura também parecem ser dinâmicas na DMTC. A presença de áreas avasculares parece estar relacionada ao acometimento pulmonar, assim como à diminuição da densidade capilar ao uso de imunossuppressores, e, portanto, à maior gravidade da doença⁽¹³⁾.

Alterações na CPU têm sido encontradas em outras doenças reumatológicas, tais como lúpus eritematoso sistêmico (LES), síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF) e síndrome de Sjögren (SSj), porém, são inespecíficas. Mais estudos clínicos e epidemiológicos são necessários para caracterizar e estabelecer padrões nessas doenças⁽¹⁴⁾.

Dessa forma, a CPU ocupa um papel importante não só em auxílio diagnóstico, como também em fornecer informações quanto a prognóstico e seguimento, o que ajuda a nortear, inclusive, o tratamento dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Maricq HR, LeRoy EC. Patterns of finger capillary abnormalities in connective tissue disease by widefield microscopy. *Arthritis Rheum.* 1973;16:619-628.
2. Andrade LEC, Gabriel Jr A, Assad RL, Ferrari JAL, Atra E. Panoramic nailfold capillaroscopy: a new Reading method and normal range. *Semin Arthritis Rheum.* 1990;20:21-31.
3. Silva LSM, Lima ARAG, Pucinelli MLC, Atra E, Andrade LEC. Capilaroscopia panorâmica periungueal e sua aplicação em doenças reumáticas. *Rev Ass Med Brasil.* 1997;43(1): 69-73.
4. Avouac J, Fransen J, Walker UA, et al. Eustar Group. Preliminary criteria for the very early diagnosis of systemic sclerosis: results of a Delphi Consensus Study from Eular Scleroderma Trials and Research Group. *Ann Rheum Dis.* 2011; 70(3):476-81.
5. Koenig M, Joyal F, Fritzler MJ, et al. Autoantibodies and microvascular damage are independent predictive factors for the progression of Raynaud's phenomenon to systemic sclerosis: a twenty-year prospective study of 586 patients, with validation of proposed criteria for early systemic sclerosis. *Arthritis Rheum.* 2008;58:3902-12.
6. Spencer-Green G. Outcomes in primary Raynaud phenomenon: a meta-analysis of the frequency, rates, and predictors of transition to secondary diseases. *Arch Intern Med.* 1998;158:595-600.
7. Cutolo M, Sulli A, Pizzorni C, Accardo S. Nailfold videocapillaroscopy assessment of microvascular damage in systemic sclerosis. *J Rheumatol.* 2000;27:155-60.
8. Caramaschi P, Canestrini S, Martinelli N, et al. Scleroderma patients nailfold videocapillaroscopic patterns are associated with disease subset and disease severity. *Rheumatology (Oxford).* 2007;46:1566-9.
9. Chen ZY, Silver RM, Ainsworth SK, Dobson RL, Rust P, Maricq HR. Association between fluorescent antinuclear antibodies, capillary patterns, and clinical features in scleroderma spectrum disorders. *Am J Med.* 1984 Nov;77(5): 812-22.

10. Sebastiani M, Manfredi A, Colaci M, et al. Capillaroscopic skin ulcer risk index: a new prognostic tool for digital skin ulcer development in systemic sclerosis patients. *Arthritis Rheum.* 2009;61:688-94.
11. Sebastiani M, Manfredi A, Vukatana G, et al. Predictive role of capillaroscopic skin ulcer risk index in systemic sclerosis: a multicentre validation study. *Ann Rheum Dis.* 2012;71:67-70.
12. Mugii N, Hasegawa M, Matsushita T, et al. Association between nail-fold capillary findings and disease activity in dermatomyositis. *Rheumatology (Oxford).* 2011;50:1091-8.
13. Diógenes AHM, Bonfá E, Fuller R, Correia Caleiro MT. Capillaroscopy is a dynamic process in mixed connective tissue disease. *Lupus.* 2007;16(4):254-8.
14. Cortes S, Cutolo M. Capillaroscopic patterns in rheumatic diseases. *Acta Reumatol Port.* 2007; 2:29-36.

TOP 10

1. PROCALCITONINA SÉRICA TEM VALOR PREDITIVO NEGATIVO PARA INFECÇÃO BACTERIANA NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO ATIVO

Serum procalcitonin has negative predictive value for bacterial infection in active systemic lupus erythematosus. Bador KM, Intan S, Hussin S, et al. *Lupus*. 2012;21:1172-7

A despeito dos avanços no tratamento do lúpus eritematoso sistêmico (LES), as complicações infecciosas ainda são causas comuns de morte nesses pacientes. Pode ser um desafio clínico identificar uma infecção em paciente com lúpus ativo, pois a maioria dos testes laboratoriais atualmente disponíveis (VHS, PCR, contagem de leucócitos) não possui precisão suficiente para distinguir atividade de infecção. A procalcitonina (PCT) correlaciona-se à presença de infecções não virais e seus níveis parecem correlacionar-se com a gravidade da infecção. Foi então realizado um estudo transversal em pacientes que preenchiam os critérios do ACR para o diagnóstico de LES, com o objetivo de determinar os valores preditivos da PCT e proteína C-reativa (PCR) para infecção bacteriana em pacientes com LES. Foi utilizado o Sledai como índice de atividade da doença. A presença de culturas positivas para microorganismos aeróbios ou anaeróbios foi utilizada para caracterizar a presença de infecção bacteriana. A dosagem de PCR e PCT foi obtida através de imunoensaio automatizado, sendo o limite de detecção de 0,02 ng/ml para PCT e <0,5 mg/dL para PCR. Foram recrutados 68 pacientes, sendo 84% do sexo feminino. Foram encontradas culturas positivas em dez pacientes (15%), e seis deles também tinham LES ativo. Não havia diferença estatisticamente significativa para sexo, idade e tempo de doença entre os grupos de pacientes infectados e não infectados. Tanto o PCR quanto a PCT foram significativamente mais elevadas no grupo de pacientes infectados. Os níveis de PCT tiveram correlação positiva com os níveis de PCR. Em paciente com LES ativo sem infecção, a PCT e o PCR estavam elevados, no entanto, não houve relação significativa entre estes achados e a pontuação do Sledai. Entre os pacientes infectados, não houve diferença significativa entre os níveis de PCT e PCR

e os índices de atividade e remissão. Na análise isolada de paciente com LES ativo, a PCT, mas não o PCR, esteve presente em níveis mais elevados em paciente com infecção. Já em paciente em remissão, houve predomínio do aumento de PCR em pacientes infectados. A PCT deu a melhor combinação de sensibilidade (83%) e especificidade (71%) para detectar infecção em pacientes com lúpus com valor preditivo negativo (VPN), de 94%, e valor preditivo positivo (VPP), de 42%. Sendo assim, os autores puderam concluir que os valores de PCT foram mais elevados em pacientes com infecção bacteriana e LES ativo que aqueles com doença em remissão. OS VPN foram maiores que os VPP, o que sugere que a PCT pode ser uma ferramenta melhor para descartar a presença de infecção neste grupo de pacientes.

2. SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DO CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO DA ARTRITE PSORIÁSICA (CASPAR) EM ARTRITE PSORIÁSICA PRECOCE

Sensitivity and Specificity of the Classification of Psoriatic Arthritis Criteria in Early Psoriatic Arthritis. Coates LC, Conaghan PG, Emery P, et al. *Arthritis Rheum*. 2012 Oct;64(10):3150-5

Este estudo objetivou avaliar a sensibilidade e especificidade do Caspar em artrite psoriásica precoce (APP) e compará-las com a sensibilidade e especificidade dos critérios Moll e Wright. Para tanto, foram aplicados os critérios de Caspar em pacientes com artrite psoriásica precoce (< 24 meses de duração dos sintomas) e para pacientes controle com outras artrites inflamatórias de início recente (82 com artrite reumatoide, 13 com artrite indiferenciada, 9 com espondilite anquilosante, 4 com osteoartrite inflamatória e 3 com artrite microcristalina), sendo um total de 111 pacientes para cada grupo. Ambos os grupos eram virgens de DMARDs. O diagnóstico foi confirmado em consulta especializada com reumatologistas utilizando radiografia ou imagem de ressonância magnética quando necessário. A sensibilidade dos critérios do Grupo de Estudo Caspar (pontuação 3) na classificação de APP foi de 87,4% em comparação a 80,2% para os critérios de Moll e Wright ($P=0,008$). A especificidade

para ambos os critérios foi de 99,1%. A análise de regressão logística binária univariada demonstrou que todas as características dos critérios do grupo de estudo Caspar, com exceção da evidência radiográfica de formação de novo osso, foram significativas em distinguir pacientes com AP de pacientes controle. Os autores concluem que os achados deste estudo suportam a utilização do Caspar como critério de classificação para APP. Embora a sensibilidade deste critério seja ligeiramente menor, sua especificidade o suporta. Sua utilização como critério diagnóstico nos casos em que o diagnóstico inicial é incerto não pode ser recomendada com base neste estudo. Um fenótipo clínico distinto isolado não pode ser atribuído à APP, mas diferentes padrões são vistos em AP quando comparados a doentes com outras artrites inflamatórias. A presença de entesite e o acometimento de interfalângiana distal são mais frequentes em APP em comparação a outras formas de artrite inflamatória. Espondilite tende a ser mais frequente em APP que em artrite reumatoide, no entanto, este critério não pode ser levado em consideração na diferenciação de outras artrites inflamatórias. Quanto ao padrão da artrite, houve apenas confirmação de que o padrão da AR é tipicamente simétrico e poliarticular, predominando em pequenas articulações, enquanto na AP há, geralmente, menos articulações envolvidas, menor envolvimento de pequenas articulações e doença mais assimétrica.

3. O NÍVEL DE 25 (OH) VITAMINA D NECESSÁRIO PARA MANTER UMA RESPOSTA FAVORÁVEL AO BISFOSFONATO É DE ≥ 33 NG/ML

The 25 (OH) D level needed to maintain a favorable bisphosphonate response is ≥ 33 ng/ml. Carmel AS, Shieh A, Bang H, Bockman RS. Osteoporos Int. 2012;23:2479-87

O motivo por que somente alguns pacientes com osteoporose mantêm resposta à terapia prolongada com bifosfonatos é ainda desconhecido. A deficiência de vitamina D pode causar hiperparatireoidismo secundário, fraqueza muscular e osteomalácia. Risco elevado de fraturas com baixos níveis de vitamina D tem sido relatado, inclusive a redução deste risco depois de adequada suplementação de vitamina D. Vários estudos já avaliaram a associação dos níveis de 25-OH-vitamina D e mudanças na DMO e incidência de fraturas durante a

terapia com bifosfonatos. Foram selecionadas mulheres na pós-menopausa com baixa densidade mineral óssea identificadas por 2 Dexas, realizadas no mesmo aparelho, com intervalo de, pelo menos, 18 meses entre elas, tratadas com bifosfonatos por um período ≥ 18 meses, sendo excluídas aquelas com história de uso crônico de esteroides, doença óssea metabólica ou má aderência à terapia com bifosfonato. Os pacientes foram categorizados como não respondedores se tivessem um T-score < -3 na DEXA, mantido apesar de, pelo menos, 24 meses de terapia com bifosfonato, $> 3\%$ redução da densidade mineral óssea entre o *baseline* e o *follow-up* da DEXA ou ocorrência de fratura durante a terapia com bifosfonato por, pelo menos, 12 meses, critérios baseados no "Eurofors Trial". Foram obtidos dados demográficos e clínicos, incluindo DEXA e níveis séricos de 25-OH-vitamina D. O nível de 25-OH-vitamina D de 33 ng/ml foi adotado baseado em estudos prévios que demonstraram que níveis acima de 32 eram eficazes na prevenção de fraturas. Foram incluídos um total de 210 pacientes, 47% destes tiveram resposta favorável à terapia com bifosfonatos. Os pacientes com uma média de 25 (OH) D ≥ 33 ng/ml apresentaram probabilidade aproximadamente 4,5 vezes maior de resposta favorável à terapia com bifosfonato ($P < 0,0001$). Os níveis de 25-OH-vitamina D foram significativamente associados à resposta, cada 1 ng/ml de redução dos níveis de vitamina D esteve associado a aproximadamente 5% de redução na probabilidade de resposta (*odds ratio* = 0,95; intervalo de confiança 95%, 0,92-0,98; $P = 0,0006$). Por conta disso, os autores concluíram que os níveis estiveram fortemente associados com a resposta persistente à terapia com bifosfonato, fato de extrema importância na prática clínica para pacientes que recebem a terapia com bifosfonatos e apresentam níveis de 25 (OH) D bem inferiores a 33 ng/ml. Esta suplementação se mostra, assim, uma medida de baixo custo que poderá otimizar a terapia com bifosfonatos. Enquanto um nível ideal de 25 (OH) D para a resposta ao bisfosfonato ainda não pode ser precisamente determinada a partir deste estudo, os resultados apresentados sugerem que níveis mais altos que a faixa de 20-30 ng/ml, recentemente recomendado para a população em geral, podem ser necessários para melhorar o benefício da terapia com bisfosfonatos em pacientes com baixa densidade óssea e osteoporose.

4. RECOMENDAÇÕES PARA A NOMENCLATURA DAS DOENÇAS IGG4 RELACIONADAS E SUAS MANIFESTAÇÕES ORGÂNICAS INDIVIDUAIS

Recommendations for the nomenclature of IgG4-Related Diseases and its individual organ system manifestations. Stone JH, Khosroshahi A, Deshpande V, et al. *Arthritis Rheum.* 2012;64:3061-7

Na última década, o reconhecimento de uma doença sistêmica denominada doença IgG4 relacionada tem crescido bastante. Essa nova entidade é uma condição fibroinflamatória que afeta múltiplos órgãos e/ou sistemas, caracterizada por formação de lesões tumefeitas, com infiltrado linfoplasmocitário denso rico em células plasmáticas IgG4 positivas, fibrose com padrão emaranhado, frequente elevação dos níveis séricos de IgG4 e uma resposta rápida inicial a corticosteroide. O pâncreas foi o primeiro órgão em que a doença IgG4 relacionada foi identificada, mas esta doença tem sido descrita atualmente em todos os órgãos e/ou sistemas: árvore biliar, glândulas salivares, tecido orbitário, rins, pulmões, nódulos linfáticos, meninges, aorta, mama, próstata, glândula tireoide, pericárdio, retroperitônio e pele. Este artigo aborda a questão da nomenclatura discutida no Simpósio Internacional de Doença IgG4 Relacionada, realizado em Boston, Massachusetts, em outubro de 2011. O comitê organizador foi formado por 35 *experts* em doença IgG4 relacionada, oriundos do Japão, Coreia, Hong Kong, Reino Unido, Alemanha, Itália, Holanda, Canadá e Estados Unidos. Esse comitê propõe recomendações para a terminologia dessa entidade, com ênfase nas manifestações orgânicas. Várias condições clínicas conhecidas previamente hoje são identificadas como espectro da doença IgG4 relacionada, a saber: doença de Mikulicz, tumor de Küttner, tireoidite de Riedel, fibrose angiocêntrica eosinofílica, fibroesclerose multifocal, pancreatite esclerosante linfoplasmocítica/pancreatite autoimune, pseudotumor inflamatório, mediastinite fibrosante, mesenterite esclerosante, fibrose retroperitoneal, periortite, aneurisma aórtico inflamatório, pseudolinfoma cutâneo, paquimeningite hipertrófica idiopática, nefrite tubulointerstitial idiopática, nefrite tubulointerstitial hipocomplementenêmica idiopática e fibrose cervical idiopática. Esses epônimos provocam confusão e incerteza quanto à síndrome a que se referem. O consenso

decidiu, então, adicionar a terminologia "IgG4 relacionada" ao órgão afetado. Por exemplo, a pancreatite autoimune tipo 1 passa a ser reconhecida como pancreatite IgG4 relacionada. Em conclusão, os autores concordam que uma nomenclatura compartilhada facilitará o entendimento dessa emergente condição.

5. POMALIDOMIDA É EFETIVA PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FIBROSE CUTÂNEA EXPERIMENTAL

Pomalidomide is effective for prevention and treatment of experimental skin fibrosis. Weingärtner S, Zerr P, Tomcik M, et al. *Ann Rheum Dis* 2012;71:1895-9

Fibrose tecidual é a principal característica e a mais importante causa de morte na esclerose sistêmica. Neste estudo, os autores investigaram os efeitos antifibróticos da pomalidomida, um análogo da talidomida, com potentes efeitos imunomodulatórios em modelos pré-clínicos de fibrose cutânea. Os efeitos antifibróticos da pomalidomida foram avaliados, tanto em regime de tratamento preventivo, como em regime terapêutico utilizando fibrose cutânea induzida por bleomicina como modelo de fase inflamatória precoce de fibrose e o modelo de rato Tsk-1 (que desenvolve fibrose espontânea) como um modelo de estágios posteriores de fibrose, por ativação endógena de fibroblastos. Como resultado, o tratamento com pomalidomida em doses de 0,3-30 mg/kg/d impediu fibrose cutânea em ratos Tsk-1 e na fibrose cutânea induzida por bleomicina, dose-dependente, e reduziu a expressão de genes do fator transformador de crescimento (TGF β), como o CTGF, o PAI-1 e o col 1a1. A pomalidomida também foi eficaz no cenário da fibrose pré-estabelecida e reduziu espessamento cutâneo, diferenciação de miofibroblasto e conteúdo de hidroxiprolina para níveis abaixo nos níveis pré-tratamento. Os autores concluem, portanto, que estes resultados dão suporte a estudos clínicos ao uso de pomalidomida na esclerose sistêmica.

6. MCP-1 COMO BIOMARCADOR URINÁRIO PARA O DIAGNÓSTICO DE NEFRITE LÚPICA ATIVA EM PACIENTES BRASILEIROS

Monocyte chemoattractant-1 as a urinary biomarker for the diagnosis of activity of lupus nephritis in Brazilian patients. Rosa RF, Takei K, Araújo NC, Loduca SMA, Szajubok JCM, Chahade WH. *J Rheumatol.* 2012;39:1948-54

A quimiocina MCP-1, envolvida na patogênese da nefrite lúpica, tem sido indicada, recentemente, como um novo biomarcador de atividade renal no lúpus eritematoso sistêmico (LES). O objetivo deste estudo foi avaliar a MCP-1 urinária como um biomarcador de atividade renal em pacientes com LES e comparar com outros marcadores de atividade de doença. Setenta e cinco pacientes com LES do sexo feminino e um grupo controle participaram deste estudo. As pacientes com LES foram distribuídas em três grupos, de acordo com o envolvimento renal, e classificadas de acordo com a atividade de doença baseada em medidas clínicas e laboratoriais, como sedimento urinário, proteinúria, função renal, C3, C4, anti-DNA, índice de atividade de doença e índice de atividade de doença renal. Concentrações de MCP-1 urinária e sérica foram medidas por Elisa. No grupo com nefrite lúpica ativa, a concentração de MCP-1 urinária foi significativamente maior que nos outros grupos. A avaliação de atividade da doença (Sledai-2K e Sledai renal) mostrou correlação significativa com níveis de MCP-1 urinária. Os autores concluem que a determinação de MCP-1 urinária determinada por Elisa mostrou significante correlação com atividade lúpica renal, e pode, portanto, ser utilizada como um adicional preditor de atividade associado a outras medidas utilizadas na prática clínica.

7. TAPING PATELAR PARA SÍNDROME PATELOFEMORAL EM ADULTOS

Patellar taping for patellofemoral pain syndrome in adults. Callaghan MJ, Selfe J. Cochrane Database Syst Rev. 2012. Apr 18;4:CD006717

O termo síndrome patelofemoral (SPF) refere-se à apresentação clínica de dor no joelho relacionada a alterações biomecânicas na articulação patelofemoral. O tratamento é fundamentalmente conservador, por meio de intervenções fisioterápicas. Uma das intervenções usadas é a aplicação de fitas adesivas esportivas (*taping*) diretamente na pele sobre a patela. Os pacientes referem melhora da dor da função a curto prazo, porém, os resultados a longo prazo são incertos. O objetivo do estudo foi avaliar os efeitos do *taping* patelar na dor e na função em adultos com síndrome patelofemoral. Foi realizado um levantamento de estudos controlados e randomizados e quase-randomizados, que avaliavam

os efeitos clínicos do *taping* na melhora da dor e da função em adultos com SPF. Foram excluídos estudos testando somente os efeitos imediatos da intervenção. Foram incluídos cinco estudos controlados e randomizados, porém, todos com algum risco de viés. Foram totalizados aproximadamente 200 indivíduos incluídos e todos os estudos utilizavam *taping versus* controle (*taping* placebo ou sem intervenção). Os estudos incluíam ainda cointervenções, sendo o exercício a mais comum. A duração dos estudos variou de uma semana a três meses. A meta-análise dos dados da escala visual analógica (VAS) para dor, coletados de quatro estudos diferentes (total de 161 joelhos), não mostrou diferença estatística entre o *taping* e o controle sem nenhuma intervenção (diferença média = -0,15; IC: -1,15 a 0,85). Os dados sobre funcionalidade resultaram controversos. Os autores concluíram que as evidências atuais provenientes de estudos são de baixa qualidade e insuficientes para determinar os resultados clínicos do *taping* na SPF.

8. ATIVIDADE FÍSICA E GASTO ENERGÉTICO EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE E CONTROLES

Physical activity and energy expenditure in rheumatoid arthritis patients and matched controls. Henchoz Y, Bastardot F, Guesous I, et al. Rheumatology (Oxford). 2012 Aug;51(8):1500-7.

Alguns estudos já demonstraram que pacientes com artrite reumatoide (AR) têm níveis mais baixos de atividade física e de gasto energético que a população geral. Contudo, nenhum estudo avaliou a relação desses achados com os escores relacionados à doença, como capacidade funcional e atividade inflamatória. O objetivo do estudo foi comparar o gasto energético (GE) diário de pacientes com AR comparados com controles sadios para explorar a relação entre o GE ou sedentarismo com os escores relacionados à doença. Foram incluídos no estudo 110 pacientes com AR e 440 controles pareados por sexo e idade. A atividade física foi avaliada pelo questionário validado Physical Activity Frequency Questionnaire (PAFQ), composto por 70 atividades físicas diferentes categorizadas em subtipos (ocupacional, lazer, trabalho doméstico, esporte, etc.) e refere-se ao gasto relativo à taxa metabólica basal (TMB). Os escores relacionados a AR avaliados foram: a atividade de doença (pelo DAS28), a capacidade funcional (pelo HAQ), a dor e a fadiga (por

meio de escala visual analógica- VAS). Foram calculados o gasto energético total (GET), o gasto energético em atividades físicas de baixa (GET-baixo), moderada (GET-moderado) e alta (GET-alto) intensidades. Sedentarismo foi definido como o gasto total < 10% em atividades de GET-moderado ou GET-alto. O GET foi significativamente menor em pacientes com AR comparados aos controles (2.392 kcal/dia e 2.490 kcal/dia; $p=0,003$). Foi encontrada uma diferença significativa entre os grupos no GET-moderado ($p=0,015$), mas não em GET-baixo e GET-alto. Todos os escores relacionados à doença foram significativamente piores nos pacientes sedentários quando comparados aos fisicamente ativos. O GET foi inversamente relacionado à idade, DAS 28 e VAS-fadiga, mas não ao HAQ e ao VAS-dor. Os autores concluíram que o gasto energético é significativamente mais baixo em pacientes com AR comparados com controles pareados, principalmente devido à menor prática de atividades físicas de moderada intensidade. A atividade de doença e a fadiga são fatores contribuintes importantes e precisam ser abordados para a promoção de atividade física em pacientes com AR.

9. A ADMINISTRAÇÃO DE METOTREXATO MAIS CERTOLIZUMAB PEGOL, A CADA QUATRO SEMANAS, É EFICAZ EM DOENTES COM ARTRITE REUMATOIDE PARCIALMENTE RESPONDENTES AO METOTREXATO

Certolizumab pegol plus MTX administered every 4 weeks is effective in patients with RA who are partial responders to MTX. Choy E, McKenna F, Vencovsky J, et al. *Rheumatology*. 2012;51(7):1226-34

Introdução: o certolizumab pegol, ou certolizumab peguado (CZP), é um anticorpo monoclonal que pode ser eficaz para tratar a artrite reumatoide em pacientes que não respondem adequadamente aos fármacos modificadores da doença. O processo de peguilação de um fármaco (pela sigla PEG [polietilenglicol]) consiste na união físico-química de uma molécula da droga com uma molécula de polietilenglicol, com o fim de dar mais estabilidade ao produto. Este estudo, patrocinado pela Union Chimique Belge (UCB), uma companhia biofarmacêutica multinacional, tem por objetivo determinar se a combinação de CZP com metotrexato pode ser mais efetiva na melhora de pacientes em que a administração de metotrexato isoladamente não tenha sido suficiente para

atingir níveis de resposta adequados. Material e métodos: ensaio randomizado, duplo cego e controlado, com seguimento por seis meses, realizado em 43 centros de sete países: Alemanha, Áustria, Bélgica, República Checa, Irlanda, Grã-Bretanha e Estados Unidos. Foram incluídos 247 pacientes de ambos os sexos, entre 18 e 75 anos, portadores de artrite reumatoide ativa, diagnosticada segundo critérios internacionalmente validados. Todos os pacientes estavam recebendo metotrexato, com resultados clínicos insuficientes. Os pacientes foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos: um deles receberia, junto com o metotrexato, uma dose de 400 mg de CZP ($n=126$). O grupo controle receberia também metotrexato, associado ao placebo ao invés do fármaco estudado ($n=121$). A medicação seria fornecida a cada quatro semanas, por um período de 24 semanas. Medidas de evolução: (I) Evolução clínica: para avaliá-la, aplicaram-se os critérios de melhoria estabelecidos pelo American College of Rheumatology, conhecidos como ACR20, ACR50 e ACR70. A medida implica determinar que proporção de doentes tratados evidenciava, ao final do tratamento, melhoras respectivamente de 20%, 50% ou 70% em relação ao início do estudo. (II) Evolução funcional, determinada pelo Índice de Atividade de Duke, especificamente a variante DAS28-3, que mede a condição atingida em 28 articulações, em relação a três diferentes variáveis. (III) Evolução dos aspectos-chave da doença (*core components*): sensibilidade/dor nas articulações, inflamação, intensidade da dor, avaliada pelo próprio paciente, e avaliação da marcha, por parte do paciente e do médico assistente. (IV) Efeitos adversos. Resultados: completaram o estudo 243 pacientes, 124 do grupo tratado e 119 do controle. A seguir, descrevem-se os resultados obtidos ao final do seguimento: (a) 45,9% dos pacientes tratados com CZP e 22,9% dos controles ($p < 0,001$) atingiram pelo menos ACR20. As melhorias obtidas com o fármaco já eram observáveis na primeira semana de tratamento; (b) os pacientes que atingiram ACR50 eram significativamente mais numerosos no grupo tratado ($p=0,003$). Contudo, não houve diferença na quantidade daqueles que atingiram ACR70, que ocorreu somente em dois pacientes que receberam de CZP; (c) também se observou melhoras significativas na funcionalidade e na evolução dos aspectos-chave da doença ($p=0,05$ para todas as comparações); (d) efeitos adversos de média intensidade estiveram presentes em 25% dos pacientes tratados com

CZP e em 27,7% dos que receberam placebo ($p > 0,05$ = diferença não significativa). Nenhum participante morreu nem sofreu infecções oportunistas de nenhum tipo. Conclusão: em adultos com artrite reumatoide que não respondiam bem ao tratamento com metotrexato, a adição de certolizumab pegol (CZP) conseguiu melhorar a resposta à doença numa proporção importante de pacientes. O CZP caracteriza-se por um rápido início de ação, e seu perfil de segurança é similar ao do metotrexato. [Nível de evidência – B – 1b – (Terapêutica)]

10. PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DO ENVOLVIMENTO PULMONAR EM DOENTES COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE, EXAMINADOS POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ALTA RESOLUÇÃO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Prevalence and characteristics of lung involvement on high resolution computed tomography in patients with ankylosing spondylitis: a systematic review. Maghraoui AE, Dehhaoui M. Pulmonary Medicine. 2012; (2012): ID 965956

Introdução: a espondilite anquilosante (EA) é uma doença reumática autoimune de caráter crônico. Uma de suas consequências extra-articulares é a afecção pulmonar. Esta revisão tem por objetivo determinar a prevalência das diferentes manifestações pleuropulmonares em pacientes com EA, segundo avaliações de tomografia axial computadorizada (TAC) de alta resolução. Os pesquisadores procuram avaliar também a intensidade e as características das anomalias detectadas por esse meio. Materiais e métodos: foram pesquisados estudos até maio de 2009 no banco de dados Medline. Também foram consultados os resumos de conferências apresentados em encontros científicos da especialidade, e as referências bibliográficas dos artigos recuperados. Selecionaram estudos clínicos randomizados, em inglês ou

francês, com doentes maiores de 16 anos portadores de EA. Dos dados obtidos mediante TAC torácica de alta resolução, obtiveram-se informações sobre a presença e as características de diferentes formas de afecção pulmonar. Avaliaram-se os dados demográficos e clínicos apropriados. A principal medida de evolução foi a prevalência de afecções pulmonares, determinadas pelos achados do exame de TAC de alta resolução. Resultados: de um total de 264 artigos selecionados, dez ensaios com 303 doentes relataram achados que permitiam calcular a prevalência de alterações pulmonares (porcentagem de doentes com EA que apresentavam uma ou mais lesões). Os resultados obtidos são os seguintes: (a) foram detectados resultados anormais nas TAC de 185 indivíduos (61%). Os achados mais frequentes consistiram em enfisema (55 casos, 18,1%), imagem tomográfica “em vidro fosco” (34 casos, 11,2%), bronquiectasias (33 casos, 10,8%) e fibrose do lobo superior (21 casos, 6,9%); (b) em 101 doentes (33%) não foram observadas anormalidades intersticiais específicas; (c) as anomalias mais frequentemente observadas foram o espessamento pleural (52%), presença de atelectasias parenquimatosas em faixa (45%) e o espessamento interlobular septal (30%); (d) os achados obtidos não estiveram diretamente relacionados com a presença ou ausência de sintomas respiratórios; (e) em três estudos observou-se que o único achado mais frequente, nos casos de doença de longa duração, foi a fibrose do lobo superior. Conclusões: a análise de uma série de estudos tomográficos de tórax, realizados em indivíduos com EA, permite estabelecer: (a) que a maioria dos doentes apresentava alterações nas imagens de TAC de alta resolução e (b) que tais alterações estiveram presentes também em casos de doença recente, e em sujeitos que não evidenciavam sintomas respiratórios. Por outra parte, (c) tratava-se em geral de alterações intersticiais leves e não específicas. [Nível de evidência – A – 1a – (Diagnóstico)]

TRABALHOS APRESENTADOS NO ACR/ARHP 2012

Ocorreu em Washington, EUA, no período entre 9 e 14 de novembro de 2012, o 76º ACR/ARHP 2012, um dos mais importantes e grandiosos eventos científicos da comunidade acadêmica reumatológica mundial. Foram aprovados para apresentação 2.700 trabalhos científicos, dos quais 44 com a participação de autores paulistas. Gostaríamos de parabenizar tais autores pela excelência de seus trabalhos e por engrandecerem a reumatologia de nosso País. Os resumos estão disponíveis no *Arthritis & Rheumatism*, volume 64, número 10 (Suplemento), de outubro 2012, disponível em: <<http://www.acrannualmeeting.org>>.

Veja, a seguir, os trabalhos apresentados no ACR/ARHP 2012.

1. QUALITY OF CARE: REFERENCE AND COUNTER REFERENCE FROM FAMILY PHYSICIANS AND RHEUMATOLOGISTS' PERSPECTIVES- A PILOT STUDY

Baumgratz TD⁽¹⁾, Battisti R⁽¹⁾, Cuziol M⁽¹⁾, Janini ACR⁽¹⁾, Levy RA⁽²⁾, Abreu MM⁽³⁾. ⁽¹⁾ Medical Student at Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brazil; ⁽²⁾ Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, Brazil; ⁽³⁾ Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brazil

2. SONOGRAPHIC ASSESSMENT OF NORMAL PERIPHERAL JOINTS: EVALUATION ACCORDING TO DEMOGRAPHICS PARAMETERS

Machado FS, Furtado RNV, Takahashi RD, De Buosi ALP, Natour J. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

3. THE USEFULNESS OF A NEW MUSCULOSKELETAL ULTRASOUND SCORING SYSTEM OF THE HANDS AND WRIST JOINTS (US10) FOR EVALUATION OF EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

Luz KR, Furtado RNV, Pinheiro MM, Petterle GS, Natour J. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

4. CORRELATION BETWEEN CLINICAL AND ULTRASONOGRAPHIC EXAMINATION OF THE CALCANEAL ENTHESIS IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS: A CONTROLLED STUDY

Narimatsu S⁽¹⁾, Furtado RNV⁽¹⁾, Rosenfeld A⁽²⁾, Estrela GBQ⁽¹⁾, Proglhof JEPP⁽³⁾, Natour J⁽⁴⁾. ⁽¹⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽³⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁴⁾ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

5. METABOLIC SYNDROME: THE GENESIS OF NEPHROLITHIASIS IN GOUT PATIENTS?

Mello FM⁽¹⁾, Tomita RB⁽²⁾, Fuller R⁽²⁾, Pontes Filho MAG⁽²⁾, Barros TBM⁽²⁾, Do Prado LL⁽²⁾, Augusto KL⁽²⁾, Goldenstein-Schainberg C⁽²⁾. ⁽¹⁾ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Rheumatology Division – University of São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

6. LATENT TUBERCULOSIS SCREENING AND TREATMENT IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS ELIGIBLE FOR ANTI-TNF THERAPY IN ENDEMIC AREAS: DOES IT WORK?

Laurindo IMM, Ribeiro ACM, Moraes JCB, Saad CGS, Bonfiglioli KR, Souza FHC, Calich ALG, Waisberg MG, Guedes LKN, Bonfá E. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

7. AN ANALYSIS OF METABOLIC SYNDROME IN ADULT DERMATOMYOSITIS WITH A FOCUS ON CARDIOVASCULAR DISEASE

Moraes MT, Souza FHC, Barros TBM, Shinjo SK. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

8. A BRAZILIAN MULTICENTER STUDY OF 71 CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH TAKAYASU'S ARTERITIS

Terreri MT⁽¹⁾, Clemente G⁽²⁾, Silva C⁽³⁾, Sacchetti S⁽⁴⁾, Sallum AM⁽⁵⁾, Campos LMA⁽⁶⁾, Santos MC⁽⁴⁾, Sztajn bok F⁽⁷⁾, De Almeida RG⁽⁷⁾, Ferriani VP⁽⁸⁾, Bica BE⁽⁹⁾, Robazzi T⁽¹⁰⁾, Bandeira M⁽¹¹⁾, Cavalcanti A⁽¹²⁾, Lessa M⁽¹³⁾, De Oliveira SKF⁽¹³⁾, Hilário MOE⁽¹⁴⁾. ⁽¹⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil, 3MD, PhD, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁴⁾ Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁵⁾ Faculdade de Medicina da Univer-

sidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁶⁾ University of São Paulo Medical School, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁷⁾ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brazil; ⁽⁸⁾ FMUSP Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, Brazil; ⁽⁹⁾ International Investigator Consortium for MAS Diagnostic Criteria, Rio de Janeiro, Brazil; ⁽¹⁰⁾ Universidade Federal da Bahia, Brazil; ⁽¹¹⁾ Hospital Infantil Pequeno Príncipe, Curitiba-PR, Brazil; ⁽¹²⁾ Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, Brazil; ⁽¹³⁾ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brazil; ⁽¹⁴⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil

9. REDUCTION OF CEREBRAL AND CORPUS CALLOSUM VOLUMES IN CHILDHOOD-ONSET SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. A VOLUMETRIC MAGNETIC RESONANCE IMAGING ANALYSIS

Lapa AT⁽¹⁾, Ferreira WG⁽¹⁾, Postal M⁽¹⁾, Sinicato NA⁽¹⁾, Marini R⁽²⁾, Cendes F⁽¹⁾, Appenzeller S⁽³⁾. ⁽¹⁾ State University of Campinas, Campinas-SP, Brazil; ⁽²⁾ Universidade Estadual de Campinas, São Paulo-SP, Brazil; ⁽³⁾ State University of Campinas, São Paulo-SP, Brazil

10. PREVALENCE AND CLINICAL SIGNIFICANCE OF HIPPOCAMPAL ATROPHY IN CHILDHOOD-ONSET SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Lapa AT⁽¹⁾, Brabosa R⁽²⁾, Postal M⁽¹⁾, Sinicato NA⁽¹⁾, Marini R⁽³⁾, Cendes F⁽¹⁾, Appenzeller S⁽⁴⁾. ⁽¹⁾ State University of Campinas, Campinas-SP, Brazil; ⁽²⁾ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brazil; ⁽³⁾ Universidade Estadual de Campinas, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁴⁾ State University of Campinas, São Paulo-SP, Brazil

11. EFFECTIVENESS AND TOLERANCE INFILTRATION INTRAARTICULAR CORTICOSTEROID ACCORDING TO DOSE

Pereira DF⁽¹⁾, Furtado RNV⁽²⁾, Machado NP⁽³⁾, Natour J⁽³⁾. ⁽¹⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil; ⁽³⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil

12. NT-PROBNP AND INFLAMMATION IN ACTIVE ANKYLOSING SPONDYLITIS RECEIVING TNF BLOCKERS: IS THERE A LINK?

Moraes JCB⁽¹⁾, Ribeiro ACM⁽²⁾, Saad CGS⁽³⁾, Lianza AC⁽⁴⁾, Aikawa NE⁽²⁾, Silva CA⁽⁵⁾, Bonfá E⁽¹⁾. ⁽¹⁾ Faculdade de Medicina da Universi-

dade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽³⁾ University of São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁴⁾ Radiology Division, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁵⁾ Paediatric Rheumatology International Trials Organization (Printo), Istituto Giannina Gaslini, Genova, Italy

13. PERIPHERAL NEUROPATHY DUE TO SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE) ITSELF: INCIDENCE, DISEASE RISK FACTORS AND OUTCOME

Fargetti S⁽¹⁾, Shinjo SK⁽²⁾, Pasoto SG⁽¹⁾, Calich AL⁽¹⁾, Bonfá E⁽³⁾, Borba EF⁽¹⁾. ⁽¹⁾ University of São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽³⁾ University of São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

14. SERIAL SCREENING SHOWS THAT 28% OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS ADULT PATIENTS CARRY AN UNDERLYING PRIMARY IMMUNODEFICIENCY

Perazzio SF⁽¹⁾, Salomão R⁽¹⁾, Silva NP⁽²⁾, Carneiro-Sampaio M⁽³⁾, Andrade LEC⁽⁴⁾. ⁽¹⁾ Federal University of São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil; ⁽³⁾ Instituto da Criança da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁴⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil

15. DECREASED NUMBER OF ENDOTHELIAL PROGENITOR CELLS IN SYSTEMIC SCLEROSIS PATIENTS WITH EARLY DISEASE

Andrigueti FV, Arismendi MI, Ebbing PCC, Kayser C. Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil

16. PREDICTORS OF RHEUMATOID ARTHRITIS: QUANTITATIVE AND SEMIQUANTITATIVE SONOGRAPHIC MEASUREMENTS OF PERIPHERAL JOINTS

Machado FS, Furtado RNV, Takahashi RD, De Buosi ALP, Natour J. Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil

17. POWER DOPPLER IS PREDICTIVE OF TREATMENT FAILURE IN EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS: A ONE YEAR FOLLOW-UP STUDY

Luz KR, Furtado RNV, Pinheiro MM, Petterle GS, Natour J. Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil

18. ASSOCIATION BETWEEN METABOLIC SYNDROME AND BONE MINERAL DENSITY IN A COMMUNITY-DWELLING OLDER WOMEN: THE SÃO PAULO AGEING & HEALTH STUDY (SPAH)

Machado LG, Domiciano DS, Lopes JB, Figueiredo CP, Caparbo V, Takayama L, Pereira RMR. University of São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

19. LOW BONE MINERAL DENSITY AND HIGHER PARATHYROID HORMONE LEVELS AS INDEPENDENT FACTORS TO ALL-CAUSE MORTALITY IN COMMUNITY-DWELLING OLDER ADULTS: THE SÃO PAULO AGEING & HEALTH STUDY (SPAH)

Domiciano DS, Machado LG, Lopes JB, Figueiredo CP, Caparbo V, Takayama L, Bonfá E, Pereira RMR. University of São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

20. SHARED DECISION MAKING IN SECONDARY CARE: RHEUMATOLOGIC PATIENT'S PERSPECTIVE

Battisti R⁽¹⁾, Baumgratz TD⁽¹⁾, Cuziol M⁽²⁾, Janini ACR⁽²⁾, Levy Sr. RA⁽³⁾, Abreu MM⁽⁴⁾. ⁽¹⁾ Medical Student, São Carlos-SP, Brazil; ⁽²⁾ Medical Student at Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brazil; ⁽³⁾ Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, Brazil; ⁽⁴⁾ Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brazil

21. WHOLE-BODY MAGNETIC RESONANCE IMAGING – A NEW DIAGNOSTIC TOOL IN THE ASSESSMENT OF ACTIVITY IN JUVENILE DERMATOMYOSITIS PATIENTS?

De Castro TM⁽¹⁾, Lederman H⁽¹⁾, Terreri MT⁽¹⁾, Caldana WI⁽¹⁾, Zanoteli E⁽²⁾, Hilário MOE⁽¹⁾. ⁽¹⁾ Federal University of São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ University of São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

22. INCREASED OXIDATIVE BURST IN NEUTROPHILS BUT NOT MONOCYTES IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Perazzio SF⁽¹⁾, Salomão R⁽¹⁾, Silva NP⁽²⁾, Andrade LEC⁽³⁾. ⁽¹⁾ Federal University of São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo, Unifesp, São Paulo-SP, Brazil; ⁽³⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil

23. EFFECT OF FULL CONTACT FOOT ORTHOSIS ON PLANTAR FASCIITIS

Oliveira HA⁽¹⁾, Jones A⁽¹⁾, Moreira E⁽¹⁾, Jennings F⁽¹⁾, Natour J⁽²⁾. ⁽¹⁾ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

24. COMBINED GLUCOSAMINE AND CHONDROITIN SULFATE, ONCE OF THREE TIMES DAILY, PROVIDE CLINICALLY RELEVANT ANALGESIA IN KNEE OSTEOARTHRITIS

Provenza JR⁽¹⁾, Shinjo SK⁽²⁾, Silva JM⁽³⁾, Peron CRGS⁽⁴⁾, Rocha FAC⁽⁵⁾. ⁽¹⁾ Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP, Brazil; ⁽²⁾ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽³⁾ São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁴⁾ Laboratórios Aché Ltda., São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁵⁾ Federal University of Ceará, Fortaleza-CE, Brazil

25. ASSESSMENT OF SUBCLINICAL SYNOVITIS BY POWER DOPPLER ULTRASONOGRAPHY IN PATIENTS WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

Terreri MT⁽¹⁾, Bugni VM⁽²⁾, Len CA⁽²⁾, Mitraud SAV⁽³⁾, Furtado RNV⁽⁴⁾, Natour J⁽⁵⁾. ⁽¹⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil; ⁽³⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁴⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁵⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil

26. EFFECT OF INSOLES ON THE RHEUMATOID FOOT

Moreira E⁽¹⁾, Jones A⁽¹⁾, Oliveira HA⁽¹⁾, Jennings F⁽¹⁾, Fernandes ARC⁽²⁾, Natour J⁽³⁾. ⁽¹⁾ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽³⁾ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

27. EVALUATION OF METABOLIC SYNDROME IN 97 PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Chaer FGG⁽¹⁾, Lucena J⁽¹⁾, Reis RC⁽¹⁾, Brasil F⁽¹⁾, Melo M⁽²⁾, Callegari A⁽²⁾, Souza B⁽²⁾. ⁽¹⁾ Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

28. EFFECTS OF TOFACITINIB ON PATIENT-REPORTED OUTCOMES IN PATIENTS WITH ACTIVE RHEUMATOID ARTHRITIS RECEIVING STABLE-DOSE METHOTREXATE: RESULTS OF TWO PHASE 3 STUDIES

Burmester GR⁽¹⁾, Van der Heijde D⁽²⁾, Strand V⁽³⁾, Zerbini CAF⁽⁴⁾, Connell CA⁽⁵⁾, Mebus CA⁽⁵⁾, Zwillich SH⁽⁵⁾, Bradley JD⁽⁵⁾, Gruben D⁽⁵⁾, Wallenstein G⁽⁵⁾. ⁽¹⁾ Charité – University Medicine Berlin, Berlin, Germany; ⁽²⁾ Leiden University Medical Center, Leiden, Netherlands; ⁽³⁾ Stanford University, Palo Alto, CA, USA; ⁽⁴⁾ Centro

Paulista de Investigação Clínica, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁵⁾ Pfizer Inc., Groton, CT.

29. TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA IS ASSOCIATED WITH MOOD DISORDERS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Postal M⁽¹⁾, Lapa AT⁽¹⁾, Sinicato NA⁽¹⁾, Peliçari K⁽¹⁾, Costallat L⁽²⁾, Appenzeller S⁽³⁾. ⁽¹⁾ State University of Campinas, Campinas-SP, Brazil; ⁽²⁾ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brazil; ⁽³⁾ State University of Campinas, São Paulo-SP, Brazil

30. SWIMMING IS AS EFFECTIVE AS WALKING FOR TREATING FIBROMYALGIA: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Fernandes G, Jennings F, Nery MV, De Buosi ALP, Natour J. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

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

Baptista AS⁽¹⁾, Jones A⁽¹⁾, Cardoso FP⁽¹⁾, Schaffir BC⁽¹⁾, Coelho ERW⁽¹⁾, Orlandi A⁽¹⁾, Natour J⁽²⁾. ⁽¹⁾ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

32. OVEREXPRESSION OF ANKYRIN REPEAT DOMAIN CONTAINING PROTEIN 1 GENE (ANKRD1) IN DERMATOMYOSITIS MUSCLE BIOPSIES IS CORRELATED TO HYPOXIA AND PERIFASCICULAR ATROPHY

Shinjo SK, Oba-Shinjo SM, Uno M, Marie SKN. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

33. REGULAR MEASURE OF DISEASE ACTIVITY DURING THE ROUTINE CARE OF RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS INVOLVES SOME EXTRA WORK BUT POSITIVE RESULTS

Guedes LKN, Ribeiro ACM, Bonfiglioli KR, Domiciano D, Vizioli CR, Da Cunha GF, Abreu AS, Mello FM, Foelkel ALA, Gonçalves CR, Laurindo IMM. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

34. LONG-TERM CHANGES IN AUTOANTIBODY PROFILE AFTER PANDEMIC UNADJUVANTED INFLUENZA A/H1N1 VACCINE IN SJÖGREN'S SYNDROME

Pasoto SG⁽¹⁾, Ribeiro AC⁽¹⁾, Viana VST⁽¹⁾, Leon EP⁽²⁾, Bueno C⁽¹⁾, Levy Neto M⁽¹⁾, Precioso AR⁽³⁾, Timenetsky MCS⁽⁴⁾, Bonfá E⁽¹⁾. ⁽¹⁾ Division of Rheumatology – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽³⁾ Fundação Butantan – Instituto Butantan, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁴⁾ Instituto Adolfo Lutz – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

35. LOW GENE COPY NUMBER FOR C4, C4A AND C4B IS A STRONG RISK FACTOR FOR DEVELOPING SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS IN CHILDHOOD.

Andrade LEC⁽¹⁾, Pereira KMC⁽²⁾, Faria AGA⁽³⁾, Liphaus B⁽⁴⁾, Jesus AA⁽⁵⁾, Silva C⁽⁶⁾, Carneiro-Sampaio M⁽⁵⁾. ⁽¹⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp/EPM, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp/EPM and Fleury Health and Medicine Laboratories, São Paulo-SP, Brazil; ⁽³⁾ São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁴⁾ Instituto da Criança, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁵⁾ Instituto da Criança da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁶⁾ MD; PhD, São Paulo-SP, Brazil

36. ASPECTS OF INNATE IMMUNITY IN BEHC, ET_S DISEASE: A MODEL OF AUTOINFLAMMATORY DISEASE?

Perazzio SF⁽¹⁾, Pereira PVS⁽²⁾, De Souza AWS⁽³⁾, Condino-Neto A⁽²⁾, Andrade LEC⁽⁴⁾. ⁽¹⁾ Federal University of São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ USP, São Paulo-SP, Brazil; ⁽³⁾ University Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen, Netherlands; ⁽⁴⁾ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

37. HIGHER HOMOCYSTEINE LEVELS ARE ASSOCIATED WITH ISCHEMIC ARTERIAL EVENTS RATHER THAN DISEASE ACTIVITY AND THE EXTENSION OF ARTERIAL INVOLVEMENT IN TAKAYASU ARTERITIS

Souza AWS⁽¹⁾, Lima CS⁽²⁾, Oliveira ACD⁽³⁾, Machado LSG⁽³⁾, Pinheiro FAG⁽³⁾, Hix S⁽⁴⁾, D'Almeida V⁽⁵⁾. ⁽¹⁾ Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil; ⁽³⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁴⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, Escola Paulista de Medicina, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁵⁾ Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, Escola Paulista de Medicina, São Paulo-SP, Brazil

38. THE IMPACT OF ASYMPTOMATIC VERTEBRAL FRACTURES ON QUALITY OF LIFE IN COMMUNITY-DWELLING OLDER WOMEN: THE SAO PAULO AGEING & HEALTH STUDY (SPAH)

Lopes JB⁽¹⁾, Fung L⁽²⁾, Cha CC⁽²⁾, Figueiredo CP⁽²⁾, Takayama L⁽²⁾, Carparbo V⁽²⁾, Pereira RMR⁽²⁾. ⁽¹⁾ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

39. ALTERED CIRCULATING FOLLICULAR HELPER T CELL PHENOTYPE AND SUBSET COMPOSITION ARE ASSOCIATED WITH DISEASE ACTIVITY IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Ho H⁽¹⁾, Choi JY⁽²⁾, Bunin VM⁽²⁾, Pasoto SG⁽³⁾, Carrasco S⁽³⁾, Borba EF⁽³⁾, Goncalves CR⁽³⁾, Costa PR⁽⁴⁾, Kallas EG⁽⁴⁾, Bonfá E⁽³⁾, Craft JE⁽²⁾. ⁽¹⁾ Yale University School of Medicine, New Haven, CT; ⁽²⁾ Yale University School of Medicine, Internal Medicine, Section of Rheumatology, New Haven, CT; ⁽³⁾ Universidade de São Paulo, Division of Rheumatology, Faculdade de Medicina, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁴⁾ Universidade de São Paulo, Division of Immunology, Faculdade de Medicina, São Paulo-SP, Brazil

40. PODOCYTE INJURY IN MEMBRANOUS AND PROLIFERATIVE LUPUS NEPHRITIS: DISTINCT UNDERLYING MECHANISMS?

Rezende GM⁽¹⁾, Viana VST⁽¹⁾, Malheiros DM⁽²⁾, Leon EP⁽³⁾, Borba EF⁽¹⁾, Silva NAS⁽²⁾, Noronha IL⁽⁴⁾, Silva C⁽⁴⁾, Bonfá E⁽⁵⁾. ⁽¹⁾ Division of Rheumatology – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Division of Anatomic Pathology – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽³⁾ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁴⁾ Division of Nephrology – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁵⁾ University of São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

41. PERIODONTAL PATHOGENS DIRECTLY PROMOTE AUTOIMMUNE EXPERIMENTAL ARTHRITIS BY INDUCING A TOLL-LIKE RECEPTOR 2 AND INTERLEUKIN-1 DRIVEN TH17 RESPONSE

Abdollahi-Roodsaz S⁽¹⁾, De Aquino SG⁽²⁾, Koenders MI⁽¹⁾, Van de Loo FA⁽¹⁾, Pruijn GJ⁽³⁾, Campos MJA⁽⁴⁾, Cunha FQ⁽⁵⁾, Cirelli JA⁽²⁾, Van den Berg WB⁽¹⁾. ⁽¹⁾ Rheumatology Research and Advanced Thera-

peutics, Department of Rheumatology, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nijmegen, Netherlands; ⁽²⁾ Department of Diagnosis and Oral Surgery, Periodontic Division, Araraquara Dental School, São Paulo-SP, Brazil; ⁽³⁾ Radboud University Nijmegen, Nijmegen, Netherlands; ⁽⁴⁾ Department of Microbiology, Institute of Biomedical Sciences—ICB/USP, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁵⁾ Department of Pharmacology, School of Medicine of Ribeirão Preto, São Paulo-SP, Brazil

42. LUPUS DISEASE ACTIVITY SEVERELY IMPAIRS PAN-DEMIC INFLUENZA A/H1N1 VACCINE IMMUNE RESPONSE IN PATIENTS WITHOUT THERAPY

Borba EF⁽¹⁾, Pasoto SG⁽¹⁾, Calich AL⁽¹⁾, Fuller R⁽¹⁾, Viana VST⁽¹⁾, Vendramini M⁽¹⁾, Miraglia J⁽²⁾, Ishida MA⁽³⁾, Bonfá E⁽⁴⁾. ⁽¹⁾ University of São Paulo, São Paulo-SP, Brazil; ⁽²⁾ Fundação Butantan, São Paulo-SP, Brazil; ⁽³⁾ Adolfo Lutz Institute, São Paulo-SP, Brazil; ⁽⁴⁾ University of São Paulo, São Paulo-SP, Brazil

43. BENEFITS OF AEROBIC TRAINING IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS ARE NOT COUPLED BY EFFECTS ON CYTOKINES: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Jennings F, Oliveira HA, Sousa MC, Cruz VG, Lira FS, Natour J. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina (Unifesp/EPM), São Paulo-SP, Brazil

44. GENOME-WIDE ASSOCIATION META-ANALYSIS OF EIGHT INDEPENDENT SYSTEMIC JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS COLLECTIONS REVEALS REGIONAL ASSOCIATION SPANNING THE MAJOR HISTOCOMPATIBILITY COMPLEX CLASS II AND III GENE CLUSTER

Ombrello MJ⁽¹⁾, Remmers E⁽²⁾, Grom AA⁽³⁾, Thomson W⁽⁴⁾, Martini A⁽⁵⁾, Gattorno M⁽⁶⁾, Ozen S⁽⁷⁾, Prahalad S⁽⁸⁾, Bohnsack JF⁽⁹⁾, Zeft A⁽¹⁰⁾, Ilowite NT⁽¹¹⁾, Mellins ED⁽¹²⁾, Russo RAG⁽¹³⁾, Len C⁽¹⁴⁾, Oliveira SK⁽¹⁵⁾, Yeung RSM⁽¹⁶⁾, Wedderburn LR⁽¹⁷⁾, Lopez JA⁽¹⁸⁾, Satorius C⁽¹⁹⁾, Tachmazidou I⁽²⁰⁾, Langefeld CD⁽²¹⁾, Zeggini E⁽²⁰⁾, Thompson SD⁽³⁾, Woo P⁽²²⁾, Kastner DL⁽¹⁾. ⁽¹⁾ National Human Genome Research Institute, National Institutes of Health, Bethesda, MD; ⁽²⁾ National Institutes of Health, National Human Genome Research Institute, Bethesda, MD; ⁽³⁾ Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, OH, USA; ⁽⁴⁾ Arthritis Research UK Epidemiology Unit, Manchester, United Kingdom; ⁽⁵⁾ University of Genova, Genova, Italy; ⁽⁶⁾ Istituto Giannina Gaslini, Genova, Italy; ⁽⁷⁾ Hacettepe University, Ankara, Turkey; ⁽⁸⁾ Emory Children's

Center, Atlanta, GA, USA; ⁽⁹⁾ University of Utah, Salt Lake City, UT, USA; ⁽¹⁰⁾ The Cleveland Clinic, Cleveland, OH, USA; ⁽¹¹⁾ Children's Hospital Montefiore, Bronx, NY, USA; ⁽¹²⁾ Stanford University Med Ctr, Stanford, CA, USA; ⁽¹³⁾ Hospital de Pediatria Garrahan, Buenos Aires, Argentina; ⁽¹⁴⁾ Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp/EPM), São Paulo-SP, Brazil; ⁽¹⁵⁾ Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira (IPPMG) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio

de Janeiro-RJ, Brazil; ⁽¹⁶⁾ Hospital for Sick Children, Toronto, ON, Canada; ⁽¹⁷⁾ University College London (UCL), London, United Kingdom; ⁽¹⁸⁾ University Children's Hospital, Barcelona, Spain; ⁽¹⁹⁾ National Human Genome Research Institute, National Institutes of Health, Bethesda, MD; ⁽²⁰⁾ The Wellcome Trust Sanger Institute, Cambridge, United Kingdom; ⁽²¹⁾ Wake Forest School of Medicine, Winston-Salem, NC; ⁽²²⁾ University College London, London, United Kingdom

DECISÃO COMPARTILHADA

Nas últimas décadas observamos profundas modificações na práxis médica, em virtude do aporte de conhecimentos científicos e tecnológicos incorporados à prática da Medicina, em benefício do paciente e da coletividade.

Verificamos também mudanças inquestionáveis dos atos e atores nas relações profissionais.

O cenário atual da prática médica caracteriza-se por uma mudança do *ethos* da autonomia do paciente em face do poder do médico, tornando essa relação cada vez mais simétrica.

Vivemos um tempo em que o relacionamento entre o médico e seu paciente sofre uma metamorfose tão intensa a ponto de serem questionadas a inexatidão, a inadequação e a injustiça dessa denominação.

Essa é a visão de Lázaro e Gracia⁽¹⁾, bioeticistas de origem espanhola, considerando que, atualmente, o relacionamento do paciente não se dá somente com seu médico, mas com uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros. Por essa razão, segundo os autores, a denominação mais adequada seria “relação clínica” ou “relação sanitária”.

Entretanto, na visão de diversos autores, entre os quais nos incluímos^(2, 3, 4), a relação médico-paciente no Brasil, e possivelmente nos países sul-americanos, continua a ter uma importância fundamental e, talvez, singular – quanto a outras culturas – na assistência prestadas aos nossos pacientes.

Na área da reumatologia, a mais eminentemente clínica das especialidades médicas, esse relacionamento tem fundamental importância na assistência médica de excelência⁽⁵⁾.

Diversos fatores podem ser apontados como responsáveis por essas mudanças. Indiscutivelmente, contudo, a introdução do referencial bioético da autonomia (e, consequentemente, as conquistas progressivas dos direitos dos pacientes) e a internet foram fundamentais.

Em relação aos direitos dos pacientes, dois marcos históricos merecem destaque: a sentença do juiz norte-americano Benjamim Cardozo, em 1914, no caso *Schloendorff*⁽⁶⁾ – “Todo ser humano de idade adulta e com plena consciência tem o direito de decidir o que pode ser feito no seu próprio corpo” e a “Carta dos direitos dos pacientes”, aprovada pela Associação Americana

de Hospitais (AHA) em 1973⁽⁶⁾. Essa carta decorreu de um acordo entre um grupo de associações de consumidores e usuários dos planos de saúde e a Comissão Americana de Credenciamento de Hospitais.

A partir da década de 1980, praticamente todos os códigos de ética médica e declarações éticas na área de pesquisas com seres humanos incluíram em seus textos o indiscutível direito à autonomia dos pacientes e dos sujeitos de pesquisas, assim como dos médicos assistentes e pesquisadores.

Com relação à influência exercida pela internet na relação médico-paciente, diversos estudos têm demonstrado que o uso da internet na área da saúde é uma realidade indiscutível.

Para muitos autores, o uso da internet pelo paciente, visando buscar informações sobre sua doença, agregou complexidade ao relacionamento. Essa atitude pode aumentar sua autonomia, sua participação na tomada de decisões e melhorar a relação médico-paciente.

Entretanto, alguns autores relatam que uma parcela considerável de médicos ainda sente dificuldade em lidar com essa nova realidade⁽⁷⁾.

No Brasil, o novo Código de Ética Médica, vigente desde 2010, contempla, no Capítulo I – Princípios fundamentais, essa nova realidade na atenção médica:

XXI – No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

A literatura na área da Bioética tem discutido o real papel da autonomia do paciente e da ação paternalista do médico nos dias atuais.

Para muitos autores, a época do predomínio do referencial bioético da autonomia já passou e hoje a discussão está centrada no verdadeiro papel da postura paternalista benevolente do médico.

Para Cohen e Marcolino⁽⁸⁾, na relação médico-paciente a autonomia e o paternalismo são complementares e a melhor figura para sua representação seria a de um pêndulo.

lo, onde num extremo teríamos uma relação radicalmente autônoma, e no outro um polo com absoluto predomínio do paternalismo. E, ambos, médico e paciente, teriam de encontrar o ponto ideal desse movimento pendular.

As decisões compartilhadas (Shared Decision-Making), segundo Godophin⁽⁹⁾, representam um novo comportamento dos pacientes e dos profissionais da Medicina, fundado na ética e na lei, devendo ser encarado, na prática, como uma verdadeira reconciliação do respeito às pessoas (autonomia) e o monopólio e poder dos médicos.

Para esse autor, a relação médico-paciente reflete um “encontro de *experts*” – o médico como um *expert* em Medicina e o paciente como um *expert* em sua própria vida, valores e circunstâncias.

Médicos e pacientes precisam ser preparados para essa nova realidade.

Em relação aos pacientes, a divulgação das conquistas relativas aos direitos humanos e, particularmente, aos direitos dos pacientes parece ser o caminho ideal. Esclarecimento e educação, sem conflito de interesses, devem ser os pilares dessa ação didática.

Por outro lado, quanto aos médicos, a discussão de temas de Bioética nos programas de educação médica continuada nos parece o melhor caminho a ser seguido.

Além disso, disciplinas como Tecnologia da Informação (TI) e Comunicação devem passar a compor a grade curricular, adequando a formação dos jovens profissionais aos nossos dias.

Nesse sentido, pioneiramente em nosso País, a professora Mirhelen et al.⁽¹⁰⁾ têm desenvolvido pesquisas e publicado artigos no campo, que denominam – Apoios de

decisão – divulgando instrumentos de auxílio à Medicina baseada em preferências. Segundo a autora:

“Os apoios de decisão são instrumentos que surgem como mecanismos de auxílio ao médico a expor riscos e benefícios de uma determinada tomada de decisão, sendo um mecanismo facilitador para a decisão compartilhada”.

Em suma, em nossa visão, todas as áreas do saber podem e devem contribuir para aumentar a participação do paciente na tomada de decisões na área médica e preparar o profissional que exerce a nobre arte da Medicina para essa nova realidade.

Nesse sentido, a literatura atual demonstra a fundamental importância da introdução do referencial bioético da autonomia na relação médico-paciente, as dificuldades de sua implantação na prática clínica, a enorme importância filosófica que adquiriu nos últimos anos, mas também os consideráveis e bem-vindos conflitos éticos – frutos dos avanços filosóficos e tecnológicos de nosso tempo.

As reflexões bioéticas atuais apontam também no sentido da urgente necessidade de resgatar a fundamental importância do envolvimento emocional do médico na atenção a seu paciente e do resgate da atitude paternalista benevolente adaptada aos nossos dias.

JOSÉ MARQUES FILHO

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

REFERÊNCIAS

1. Lázaro J, Grácia D. La nuova relación clínica (Presentación). In: Entralgo PL. El médico y el enfermo. 2ª ed. Madrid: Tricaset, 2003.
2. Siqueira JE. Tecnologia e Medicina entre encontros e desencontros. Bioética. 2000;8:55-67.
3. Hossne WS. Competência do médico. In: Segre M, Cohen C. Bioética. 3. ed. São Paulo: Edusp, 2002.
4. Marques Filho J. A relação médico-paciente: um olhar técnico e ético contemporâneo. In: Marques Filho J, Vasconcelos JTS. Rheuma & Ethos. Porto Alegre: S2C, 2008.
5. Marques Filho J. Relação médico-paciente. Rev Paul Reumatol. 2012;11:18-9.
6. Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Gosta SIF, Garrafa V, Ose-
7. Ika G. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
7. Broom A. Virtually he@lthy: the impact of internet use on disease experience and the doctor-patient relationship. Qual Health Res. 2005;3:325-45.
8. Cohen C, Marcolino JAM. Relação médico-paciente: autonomia e paternalismo. In: Segre M, Cohen C. Bioética. 3ª ed. São Paulo: Edusp, 2002.
9. Godophin W. Shared Decision-Making. Health Quarterly. 2009;12:186-90.
10. Mendes de Abreu M, Kowalski SC, Ciconelli RM, Ferraz MB. Apoios de decisão: instrumentos de auxílio à medicina baseada em preferências. Uma revisão conceitual. Rev Bras Reumatol. 2006;46:266-72.

MÉDICO: LIBERTAS QUÆ SERA TAMEN

Nos últimos tempos presenciamos o movimento médico classista crescer, realmente avolumar-se contra as empresas de medicina suplementar, os tão conhecidos “atravessadores” da medicina liberal. Estes se intrometeram há décadas entre os pacientes e os médicos, entre os que necessitam de cuidados com a saúde e aqueles que podem e são capazes de oferecê-los, com o firme propósito de se locupletarem de vantagens monetárias, explorando ambos os atores de uma mesma peça, transformando uma harmoniosa relação platônico-hipocrática numa perfídica tragédia.

Finalmente, essa história de exploração parece ter começado a declinar, a ter os seus dias contados, tendo em vista o início de uma conscientização da classe médica, que se levantou e bradou um basta contra toda esta situação. As nossas entidades de classe parecem ter acordado ante nosso clamor profissional, em que exigimos uma atitude mais contundente diante da exploração constante que sofremos. Nossa paciência se esgotou e demonstramos indignação com a antiga e conveniente inércia da medicina suplementar (convênios, cooperativas, seguradoras, autogestões) que, é bom salientar, sempre contou com a benevolência e o apoio da agência reguladora criada pelo Ministério da Saúde (ANS = governo federal), mas que deve ser também dirigida aos órgãos públicos nas três esferas de governo quanto à urgência na melhoria de salários, planos de cargos e carreira e condições dignas de trabalho; este último aspecto, não só contra o constante e imoral sucateamento dos serviços públicos de saúde, mas também quanto à adoção de políticas e projetos claros e duradouros de saúde pública, transparência administrativa e de gestão dos impostos pagos pelos contribuintes, aumento nas verbas públicas destinadas aos setores de saúde e educação, segurança dos trabalhadores, ampliação e funcionalidade nos meios de transporte público e a fundamental garantia à população ao amplo acesso, com qualidade, a estes serviços essenciais.

Numa época em que parece ocorrer uma retomada da moralidade por parte do Judiciário, esta também deveria ser seguida pelos outros dois pilares dos poderes democraticamente constituídos, pelas empresas públicas

e privadas e por toda a sociedade. Vivemos um momento em que já não há mais espaço para manobras sórdidas, efetuadas por párias, aproveitadores e “espertalhões” desonestos, sem que a sociedade perceba a ardil arapuca em que sempre querem colocá-la.

A classe médica, que ocupa um papel fundamental na retomada da ética e na defesa da população usurpada de seu direito à saúde, não pode permitir que entidades privadas ou públicas possam ditar nossos destinos, assumindo presunçosamente saber melhor do que nós mesmos o que queremos, pensamos e desejamos para nós e para a sociedade. Esta última então, a sociedade, a quem nem sequer dão a chance de se manifestar, o setor público “vende” a falsa ideia de que os conselhos locais, regionais, municipais, estaduais e federais de saúde possuam real representatividade, mas que, na ampla maioria, são facilmente manipuláveis por estarem há décadas dormentes no berço da ignorância que lhes sempre foi imposta. No setor privado, as vozes dos usuários são completamente mudas, sempre falando aos ouvidos surdos de empresas que não se dispõem a dialogar e negociar com os profissionais e com toda a sociedade, numa atitude autoritária, arrogante e gananciosa, ocupando sempre as primeiras posições em queixas feitas por usuários nos órgãos de defesa do consumidor.

Nossas entidades de classe necessitaram fazer a sua *mea culpa*, pois durante anos se calaram ou até mesmo colaboraram indiretamente com as empresas de saúde e financeiras ligadas a elas, locando espaços prediais e, em seus veículos de comunicação, postando propaganda em malas diretas, médicos participando tanto da gestão dessas empresas quanto na direção de entidades de classe e de outras formas. Felizmente, estas práticas já há algum tempo e paulatinamente estão deixando de existir. Parece que despertaram e começaram a encabeçar o movimento de repúdio, quando compreenderam que as instituições se fortalecem, de fato, somente se tiverem ampla representatividade diante da categoria, aproximando-se dos médicos e de suas legítimas aspirações, partindo delas as iniciativas desta aproximação, entendendo que suas construções e solidificações ocorrem através dos profissionais quando estes se acham

representados, e não o contrário. Nenhuma associação, conselho, sindicato, federação, sociedade classista ou qualquer entidade congregacionista se fortalece sem a união, a ampla representatividade dos anseios e o legítimo aval da maioria da categoria a que se propõem representar.

Uma parcela dos colegas médicos, citados nesta mesma seção em número anterior da *RPR* (vol.11, n. 2, 2012), também necessita fazer sua *mea culpa* na medida em que se vendem a qualquer preço para auferir seus rendimentos, algumas vezes sem o mínimo senso ético, ocupando o espaço recusado pelos colegas que não se submeteram aos aviltantes honorários e desmedidas ingerências profissionais, explorando assim os próprios pacientes, quan-

do não lhes dispensam a digna assistência, tratando-os como “restos humanos”, preocupando-se apenas com o volume de atendimento. Desta forma, agem como abutres à espreita aguardando para devorar “os restos” desprezados pelos “atravessadores”.

Sentimo-nos felizes e regozijados pelo movimento deflagrado, com esperanças renovadas de que, num futuro muito breve, sejamos mais que ouvidos pelas entidades públicas e privadas, mas, acima de tudo, respeitados em nossos direitos e deveres perante nós mesmos e toda a sociedade, na construção de uma relação de convivência mais digna, justa, honesta e com muito menos desigualdade.

Médico: *libertas quæ sera tamen!!!*

REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA DO INSTITUTO DA CRIANÇA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP



Detalhe do Instituto da Criança – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A Unidade de Reumatologia Pediátrica do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr-HC-FMUSP) foi fundada em 1983 pela Prof.^a Dra. Maria Helena Bittencourt Kiss, que se tornou pioneira e líder no ensino e pesquisa da Reumatologia Pediátrica no Brasil após sua experiência acumulada no Grupo Geral do Departamento de Pediatria da FMUSP. Desde o segundo semestre de 1997, a responsabilidade da Unidade de Reumatologia Pediátrica tem estado a cargo do Prof. Dr. Clovis Artur Almeida da Silva.

Nosso serviço conta com o esforço conjunto de seis médicos assistentes e colaboradores (Dra. Adriana Almeida de Jesus, Dra. Adriana Maluf Elias Sallum, Dra. Ana Paola Navarrette Lotito, Prof. Dr. Clovis Artur Almeida da Silva, Dra. Lúcia Maria de Arruda Campos e Dra. Nádia Emi Aikawa) em busca de qualidade de atendimento e na formação de profissionais capazes de prestar assistência à criança e adolescente com doenças reumatológicas e no desenvolvimento de pesquisa.

Mensalmente são atendidos cerca de 700 pacientes ambulatoriais e internados e realizadas 200 aplicações de medicamentos, com atendimento à rede pública, convênio e particulares. Temos também um Centro de Pesquisa

Clínica onde realizamos projetos internacionais e multicêntricos, além de estarmos iniciando um serviço de capilaroscopia pediátrica.

Nos últimos 12 anos, temos trabalhado em parceria com a Disciplina de Reumatologia da FMUSP, com quem desenvolvemos um ambulatório de transição para o atendimento dos pacientes pediátricos com doenças reumatológicas mais complexas e que atingiram o final da adolescência, facilitando a transferência e a aderência do jovem paciente. Desde 2007, participamos também do Centro de Dispensação de Medicação de Alto Custo (CEDMAC) do HC-FMUSP. Este é um centro modelo de cuidado de pacientes adultos e pediátricos com indicação de medicamentos biológicos, contando com atendimento multidisciplinar e multiprofissional. Utilizamos protocolos clínicos específicos para cada doença pediátrica, com reuniões semanais e padronização dinâmica da indicação, baseada nas recomendações nacionais e internacionais. O CEDMAC é liderado pela Prof.^a Eloisa Bonfá e tem o apoio da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

As atividades exercidas por nosso serviço incluem também ensino de graduação, pós-graduação *lato sensu* (residência médica e estágio de complementação especializada), pós-graduação *stricto sensu* e pesquisa.

Nos últimos cinco anos, na graduação, temos nos dedicado à Disciplina de Iniciação Científica, com orientação de 26 alunos. A iniciação científica permite ao aluno de graduação despertar a vocação para a pesquisa científica e a desenvolver um espírito profissional e ético, além de estimular a criatividade, ajudá-lo a se organizar e se concentrar melhor e permitir troca de informações entre aluno e professor. Adicionalmente, permite ao estudante lidar com imprevistos e eventuais desvios de percurso que podem ocorrer durante a realização do projeto, que, uma vez concluído, é publicado em uma revista científica preferencialmente indexada no *PubMed*.

Temos também exercido um papel de ensino para os residentes e estagiários do Departamento de Pediatria da FMUSP, incluindo as interfaces com as especialidades pediátricas. A residência médica é um espaço amplo, não apenas de aplicação prática da teoria aprendida na graduação, como também de aprofundamento deste conhecimento, auxiliando no desenvolvimento de habilidades técnicas e de raciocínio clínico. Nos últimos 12 anos, formamos 67 médicos residentes e estagiários no programa de dois anos de Reumatologia Pediátrica. A maioria destes profissionais obteve o título em Habilitação em Reumatologia Pediátrica e muito deles são líderes e professores de Pediatria; distribuídos nas cinco regiões do Brasil.

Em 2008 e 2010, fomos responsáveis por duas edições do livro *Doenças Reumáticas na Criança e Adolescente*. Estes livros incluem as experiências clínicas acumuladas no atendimento de nosso serviço, em seis ambulatorios semanais e nas enfermarias.

Com relação à pós-graduação *stricto sensu*, nos últimos sete anos formamos 18 pós-graduandos (7 mestrandos e 11 doutorandos); atualmente, 12 alunos estão cursando o doutorado e dois alunos, o pós-doutorado. Dentre as atuais linhas de pesquisa do Departamento de Pediatria da FMUSP, temos nos dedicado preferencialmente a três delas: 1) qualidade de vida da criança e do adolescente e de seu núcleo social; 2) diagnóstico e etiopatogenia das doenças do sistema imunológico; e 3) intervenções terapêuticas e farmacocinéticas nas doenças pediátricas. O conhecimento dos fatores que afetam a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes e de seus cuidadores primários poderá resultar em futuras intervenções. Nesta, que é a principal linha de pesquisa em pacientes com doenças crônicas, estão incluídos três importantes grupos de trabalho: 1) saúde reprodutiva em pacientes com doenças crônicas (com parceria com as disciplinas de Reumatologia, Urologia, Ginecologia, Radiologia e Psiquiatria); 2) periodontite, dislipidemia e massa óssea (com parceria com os Profs. Magda Carneiro-Sampaio, Eduardo Borba, Rosa Maria Rodrigues Pereira e José Siqueira Tadeu); 3) dor musculoesquelética idiopática crônica.

Em 2012, tivemos a aprovação do Núcleo de Apoio à Pesquisa Saúde da Criança e do Adolescente da USP (NAP-CriAd) e iniciamos um amplo projeto sobre “novas mídias digitais e televisão na saúde dos adolescentes”. Temos também estudado a “influência da poluição atmosférica nas doenças autoimunes pediátricas”.

Recentemente coordenamos, em conjunto com a Unifesp, um inédito estudo multicêntrico no Brasil, sequenciando os genes de cinco síndromes autoinflamatórias.



Alterações genéticas foram evidenciadas em um terço dos pacientes. Atualmente, a médica assistente Dra. Adriana Almeida de Jesus está realizando o seu pós-doutorado no "National Institute of Health", Bethesda, Estados Unidos, estudando o sequenciamento de segunda geração nos dois terços dos pacientes nos quais não foram detectadas anormalidades genéticas.

Além disso, estamos finalmente concretizando o Grupo Brasileiro de Lúpus Eritematoso Sistêmico de Início Pediátrico (LESp), com a participação inicial dos 11 serviços de Reumatologia Pediátrica do Estado de São Paulo, incluindo avaliação de manifestações clínicas raras e infecções. Em 2013-2014, organizaremos um projeto temático de LESp, com participação de vários pesquisadores nacionais e internacionais, incluindo estudos transversais e longitudinais sob a responsabilidade do Prof. Clovis Artur Almeida Silva e coordenação das Profas. Cláudia Saad Magalhães (Unesp), Maria Teresa Terreri (Unifesp) e Rosa Maria Rodrigues Pereira (FMUSP).

Várias agências de fomento têm apoiado a realização de nossas pesquisas e permitido também apoio a viagens a congressos internacionais dos professores da pós-graduação (Profs. Adriana Sallum, Clovis Silva e Lúcia Campos). Destas, duas agências nacionais merecem destaque: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Desde 2010, temos também recebido apoio da Federico Foundation, Suíça.

O nosso grupo tem participado ativamente de entidades internacionais responsáveis pela condução de estudos colaborativos e multicêntricos: Pediatric Rheumatology International Trials Organization (Printo), International Myositis Assessment and Clinical Studies Group (Imacs), SLE Working Group of Paediatrics Rheumatology European Society e Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance (Carra).

Assim, o nosso serviço tem sido um dos centros pioneiros na Reumatologia Pediátrica do Brasil e é referência na assistência aos pacientes com doenças reumatológicas, bem como na formação e aprimoramento de residentes, mestrandos e doutorandos na especialidade.

PROF. DR. CLOVIS ARTUR ALMEIDA DA SILVA

Livre-docente e responsável pela Unidade de Reumatologia Pediátrica do ICr-HC-FMUSP

DRA. ADRIANA ALMEIDA DE JESUS

DRA. ADRIANA MALUF ELIAS SALLUM

DRA. ANA PAOLA NAVARRETTE LOTITO

DRA. LÚCIA MARIA DE ARRUDA CAMPOS

DRA. NÁDIA EMI AIKAWA

Doutoras em Ciências pela FMUSP.

Médicas assistentes/colaboradoras da Unidade de Reumatologia Pediátrica do ICr-HC-FMUSP



Arava®
leflunomida

Muda o curso da
artrite reumatoide

OS CONSENSOS CONFIRMAM: ARAVA®
É INDICADO EM TODAS AS FASES DO
TRATAMENTO DA ARTRITE REUMATOIDE.^{1,2,3}



“INDICADO PARA TODAS AS FASES DA
DOENÇA, MELHORA A ATIVIDADE DA
DOENÇA, A QUALIDADE DE VIDA
E REDUZ A PROGRESSÃO
RADIOLÓGICA.”¹ ACR – 2008



“INDICADO PARA TODAS AS FASES DA
DOENÇA, ENQUANTO OS DMARDS BIOLÓGICOS
SÃO INDICADOS EM ASSOCIAÇÕES COM
OUTROS DMARDS NA FALHA DE 2 ESQUEMAS
TERAPÊUTICOS.”² EULAR – 2010



“RECOMENDADO EM QUALQUER
ESTÁGIO E GRAU DE ATIVIDADE
DA DOENÇA, INDEPENDENTEMENTE
DE INDICADORES DE MAU
PROGNÓSTICO.”³ SBR – 2007

Considere a
praticidade de Arava®²



Via oral



Não
injetável



Não requer
infusão

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

Referências bibliográficas: 1. Saag KG, et al. American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2008 Jun;59(6):762-84. 2. Smolen JS, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis.* 2010 Jun;69(6):964-75. 3. Bertolo MB, et al. Atualização do consenso brasileiro no diagnóstico e tratamento da artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2007;47(3):151-9.

ARAVA® (leflunomida). **INDICAÇÕES:** para o tratamento de artrite reumatoide ativa e da artrite psoriática ativa. **CONTRAINDICAÇÕES:** em pacientes com hipersensibilidade à leflunomida ou a qualquer um dos componentes da fórmula; em mulheres grávidas ou que possam vir a engravidar e não estejam utilizando métodos contraceptivos eficazes durante o tratamento ou que após o tratamento estejam com níveis plasmáticos do metabólito ativo acima de 0,02 mg/L. A possibilidade de gravidez deve ser excluída antes de se iniciar o tratamento. **REAÇÕES ADVERSAS:** **Sistemas Gastrointestinal e Fígado:** 1 a 10% dos pacientes podem apresentar diarreia, náusea, vômitos, anorexia, alterações da mucosa oral, dor abdominal, elevação dos parâmetros laboratoriais hepáticos; raramente (0,01 – 0,1%) pode ocorrer hepatite, icterícia/colestase; muito raramente ($\leq 0,01\%$ dos pacientes) pode ocorrer dano hepático grave, como insuficiência hepática e necrose hepática aguda, e também pancreatite. **Sistema Cardiovascular:** 1 a 10% dos pacientes podem apresentar elevação da pressão sanguínea. **Sistema Hematológico e Linfático:** 1 a 10% dos pacientes podem apresentar leucopenia; 0,1 a 1,0% dos pacientes podem apresentar anemia, trombocitopenia; Raramente 0,01-0,1% dos pacientes podem apresentar leucopenia e eosinofilia ou pancitopenia. **Sistema Nervoso:** 1 a 10% dos pacientes podem apresentar cefaleia, vertigem e parestesia; 0,1 a 1% dos pacientes podem apresentar distúrbios do paladar e ansiedade; muito raramente (em $\leq 0,01\%$ dos pacientes) pode ocorrer neuropatia periférica. **Reações alérgicas, pele e anexos:** 1 a 10% dos pacientes podem apresentar reações alérgicas leves, prurido, eczema, pele ressecada, aumento da perda de cabelo; 0,1 a 1% dos pacientes podem apresentar urticária; muito raramente (em $\leq 0,01\%$ dos pacientes) podem ocorrer reações anafiláticas/anafilactoides graves, síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica; muito raramente (em $\leq 0,01\%$ dos pacientes) pode ocorrer vasculite, incluindo vasculite cutânea necrotizante. **Infecção:** raramente (0,01-0,1% dos pacientes) podem ocorrer infecções severas e sepsis, que pode ser fatal. **Doenças do mediastino, torácica e respiratória:** raramente (em 0,01 – 0,1% dos pacientes) pode ocorrer doença intersticial pulmonar (incluindo pneumonite intersticial), que pode ser fatal. **Outras reações:** 1 a 10% dos pacientes podem apresentar perda de peso e astenia; 0,1 a 1% dos pacientes podem apresentar hipopotassemia; Pode ocorrer hiperlipidemia leve. Pequena diminuição na concentração de espermatozoide, contagem total de espermatozoide e na motilidade progressiva rápida, todas reversíveis, não podem ser excluídas. O risco de malignidade, particularmente desordens linfoproliferativas, também é conhecido por estar aumentado com o uso de alguns fármacos imunossupressores. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** **Geral:** devido à meia-vida prolongada do metabólito ativo da leflunomida - A771726, reações adversas podem ocorrer ou persistir mesmo após a interrupção do tratamento com leflunomida. Caso ocorra uma reação adversa grave com leflunomida, ou se por qualquer outra razão for necessário eliminar rapidamente o A771726 do organismo, deve-se iniciar a administração de colestiramina ou carvão ativado, conforme descrito no item Superdosagem, e mantê-la ou repeti-la, se clinicamente necessário. **Sistema Hepático:** deve ser utilizada com cautela em pacientes com função hepática prejudicada. O uso de leflunomida é desaconselhado em pacientes com insuficiência hepática significativa ou com doença hepática pré-existente. Deve-se monitorizar o nível de TGP antes do início do tratamento e, no mínimo, em intervalos mensais durante os seis primeiros meses de tratamento, e posteriormente, em intervalos de 6 – 8 semanas. **Sistema Imunológico e Hematopoiético:** em pacientes com anemia pré-existente, leucopenia e/ou trombocitopenia, bem como em pacientes com alteração da função da medula óssea ou naqueles que apresentam risco de supressão da medula óssea, o risco da ocorrência de reações hematológicas é aumentado. Antes do início do tratamento com leflunomida deve-se realizar hemograma completo, incluindo a contagem diferencial de leucócitos e plaquetas, bem como mensalmente nos primeiros seis meses de tratamento e posteriormente a cada 6-8 semanas. **Infecções:** medicamentos como a leflunomida podem aumentar a susceptibilidade dos pacientes às infecções, incluindo infecções oportunistas. **Sistema respiratório:** raramente relatada doença intersticial pulmonar durante tratamento com leflunomida. Sintomas pulmonares, como tosse e dispnéia, podem ser motivos para a interrupção do tratamento e para investigações adicionais, se necessário. **Neuropatia Periférica:** Foram relatados casos de neuropatia periférica em pacientes submetidos a tratamento com ARAVA. Idade superior a 60 anos, medicações neurotóxicas concomitantes e diabetes podem aumentar o risco de neuropatia periférica. **Gravidez:** ARAVA é contraindicado em mulheres grávidas ou que possam vir a engravidar. Caso seja utilizado durante a gravidez, ou se a paciente vier a engravidar durante o tratamento, a mesma deve ser informada sobre os riscos potenciais para o feto. **Lactação:** estudos com animais indicam que a leflunomida e seus metabólitos são excretados no leite materno, não sendo conhecido, entretanto, se a sua excreção ocorre ou não em humanos. Não é recomendado, portanto, que lactantes amamentem seus filhos durante o tratamento com ARAVA. Idade: não é necessário ajuste de dose em pacientes com mais de 65 anos de idade. A segurança e eficácia de ARAVA na população pediátrica não foram estabelecidas, portanto o seu uso em pacientes menores de 18 anos de idade não é recomendado. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** pode ocorrer aumento das reações adversas quando do uso recente ou concomitante de ARAVA e substâncias hepatotóxicas (incluindo álcool), hematotóxicas ou imunossupressoras. É recomendada a monitoração cuidadosa das enzimas hepáticas durante a fase inicial da substituição de leflunomida para metotrexato. Não foi observada interação farmacocinética entre a leflunomida (10 a 20 mg por dia) e metotrexato (10 a 25 mg por semana). Deve-se considerar o potencial de aumento dos níveis plasmáticos de leflunomida após administrações múltiplas em pacientes recebendo concomitantemente leflunomida e rifampicina. A administração de colestiramina ou carvão ativado provoca a diminuição rápida e significativa da concentração plasmática de A771726. A utilização de vacinas ativas é desaconselhada. A meia-vida prolongada da leflunomida deve ser considerada quando da administração de vacina ativa após a interrupção da leflunomida. **POSOLÓGIA:** dose de ataque (artrite reumatoide e artrite psoriática): recomenda-se 100mg/dia, por 3 dias consecutivos. Dose de manutenção (artrite reumatoide e artrite psoriática): são recomendadas doses diárias de 20 mg. Doses superiores a 20 mg/dia não são recomendadas. Se a dose de 20 mg/dia não for clinicamente bem tolerada, a dose pode ser reduzida a critério médico. ARAVA® deve ser ingerido inteiro, com quantidade suficiente de líquido. ARAVA® não é recomendado para uso em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos. Não é necessário ajuste de dose em pacientes acima de 65 anos de idade. **USO ADULTO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA.** Registro M.S.: 1.1300.0264. Farm. Resp.: Antonia A. Oliveira – CRF-SP nº 5854. Última revisão: 24/11/2011. Para maiores informações antes de sua prescrição, favor ler a bula completa do produto.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

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



MERCADO DE TRABALHO PARA O REUMATOLOGISTA EM BOTUCATU E ARAÇATUBA

Retornamos com nossa série sobre o mercado de trabalho para o reumatologista no Estado de São Paulo. Neste número, informações valiosas sobre as regiões de Botucatu e Araçatuba, fornecidas pelos sempre prestativos e competentes colegas Claudia Saad Magalhães, Priscila Rodrigues da Silva Aoki e Paulo de Tarso Nora Verdi.



Priscila Rodrigues da Silva Aoki.

REGIÃO DE BOTUCATU

Para abordar o mercado de trabalho para o reumatologista reunimos dados compilados do Google, de estatísticas de saúde e de Sociedades de Reumatologia, a Brasileira e a Paulista (SBR e SPR). Transcreveremos, sucintamente, uma análise sobre o mercado de trabalho, particularizando nossa região. Num blogue dedicado a profissões e especialidades médicas, encontramos as seguintes citações:

“existem hoje mais de cem tipos de doenças reumáticas e estima-se de 15 a 20 milhões de pessoas afetadas, entre adultos e crianças, resultando em sofrimento, incapacidade física e afastamento do trabalho. A reumatologia é a especialidade da Medicina que diagnostica, trata e investiga tais doenças, as quais acometem os ossos, as articulações e outros órgãos, popularmente conhecidas como reumatismos.”

E sobre a formação do reumatologista:

“É necessário cursar a Residência Médica e especialização que dura cerca de 4 anos, onde o recém-formado será assistido por uma equipe de especialistas e professores da área, para adquirir segurança e experiência. São diversas as possibilidades e ambientes para exercer suas funções, tanto no setor privado ou público, tais como: consultórios particulares, clínicas, hospitais, centros esportivos, academias ou ainda desenvolver suas atividades em universidades, com pesquisa ou docência ou medicina domiciliar.”

Ressaltamos que, além destes requisitos, há um exame de proficiência para assegurar o título de especialista.



Dra. Claudia Saad Magalhães.

“O mercado de trabalho para o médico reumatologista, em geral, é amplo. Ele poderá ser recrutado através de jornais, revistas, pelos sites ou por concursos. No entanto, é necessário estar ciente de que a aprendizagem deverá ser constante e sua participação assídua em congressos, palestras, workshops, e afins, para atualizar-se. Uma visão global de cada caso, responsabilidade com a vida humana, espírito solidário, orientação ao indivíduo, além de bom relacionamento social, bom-senso, carisma e discernimento, certamente trarão ao profissional um diferencial e reconhecimento de seu trabalho.”

“No país existem cerca de dois mil reumatologistas para atender a uma população de mais de 15 milhões de portadores de alguma das mais de 100 doenças reumáticas que, por sua vez, estão concentrados nos grandes centros, deixando descobertos os pacientes que moram afastados das capitais”.

[<http://www.infoescola.com/medicina/reumatologia>]

Citando o boletim *The Rheumatologist*, uma publicação do ACR de outubro de 2012 (http://www.the_rheumatologist.org/details/article/2714091/Gender_Reversal_in_the_Field_of_Rheumatology.html), observa-se tendência à inversão no predomínio do gênero na atuação em Reumatologia, antes uma especialidade predominantemente masculina. Atribuem-se as causas do crescente predomínio feminino às características da especialidade, mais atrativa e com maior flexibilidade de agenda, protegendo o tempo para a família e propiciando o equilíbrio necessário entre a vida pessoal e profissional, além da possibilidade de conciliar atendimento clínico de excelência e pesquisa de qualidade. Segundo as palavras da Dra. Mary Crow do Weil Cornell Medical College, “o gênero feminino vai muito bem neste campo e tenderá a crescer mais nos próximos anos nos Estados Unidos”.

Há distribuição desigual de reumatologistas atuando nas diferentes regiões de nosso País, o que também se reflete no Estado de São Paulo, a região com o maior número de especialistas.

Conforme publicado recentemente pela *Revista Paulista de Reumatologia* [11(3):48], de acordo com o censo “Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades, 2011” o Estado de São Paulo

“é o Estado brasileiro com o maior número de reumatologistas. São Paulo abriga 448 reumatologistas, de um total de 1.243 profissionais dessa área”.

Dos reumatologistas em São Paulo, 214 atuam no interior (conforme dados da SPR). A edição também destacou o papel da reumatologia paulista no cenário nacional, pelo número de centros formadores de recursos humanos e de pesquisa com projeção internacional. Acrescentaríamos mais uma informação: em São Paulo também se concentra o maior número de reumatologistas pediátricos.

Na literatura mundial, há poucos dados sobre o número ideal de reumatologistas por habitantes. De acordo

com dados da SBR, em Recife a proporção é de um reumatologista para 45 mil habitantes, e na cidade de São Paulo, um para 40 mil habitantes. Mas há maior concentração de especialistas nas capitais. Isto nos leva a concluir que a redistribuição em direção ao interior é necessária.

Vamos nos reportar à nossa região em duas cidades: Botucatu e Avaré. Somos dez reumatologistas, dos quais quatro pediátricos, todos atuando no Hospital das Clínicas de Botucatu, hoje autarquia do Estado e agregado à Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp. Temos atividade assistencial e acadêmica, sendo quatro docentes em regime de dedicação integral, seis médicos e, destes, apenas um em tempo integral no HC. Entre os médicos, quatro atuam na prática privada em consultório, sendo dois em Botucatu e dois em Avaré. Temos predomínio no gênero: oito do gênero feminino e dois, do masculino, acompanhando a tendência citada no *The Rheumatologist*.

O Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp atende a uma população de mais de 534 mil habitantes, distribuída em trinta municípios, a saber: Águas de Santa Bárbara, Anhembi, Arandu, Areiópolis, Avaré, Barão de Antonina, Bofete, Botucatu, Cerqueira César, Conchas, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itaipó, Itaporanga, Itatinga, Laranjal Paulista, Manduri, Paranapanema, Pardinho, Pereiras, Piraju, Porangaba, Pratânia, São Manuel, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba, Tejuapá e Torre de Pedra. Integramos a Direção Regional de Saúde – DRS VI, região autossuficiente tanto na assistência médica pelo SUS quanto no suprimento de medicações de alto custo, liberadas pela Farmácia situada no *campus* da Unesp, em Rubião Junior. Atualmente, há cerca de 10 mil pacientes utilizando as 230 medicações disponíveis. O HC também acolhe pacientes provenientes de toda a região sul do Estado de São Paulo e de outras regiões deste e de outros Estados, pela complexidade e necessidade de assistência terciária. Os serviços de Reumatologia e de Reumatologia Pediátrica oferecem Residência Médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica, com duração de dois anos.

Botucatu é uma cidade com mais de 127 mil habitantes, sede de quatro unidades da Unesp em dois *campi*, Rubião Junior e Lageado. A cidade tem um parque industrial, é a capital nacional da agricultura biodinâmica, e é conhecida como a cidade dos bons ares e das boas escolas, pela tradição de ensino secundário desde os anos 1940. A Unimed, convênio médico dominante na região, conta com mais de 50 mil usuários. Há apenas dois reumatologistas atuando em consultório. A cidade de Ava-

ré tem 82 mil habitantes e 30 mil usuários da Unimed. A cidade de Avaré é um polo turístico e agrícola, e tem atividades esportivas ligadas à equinocultura. Atuam em Avaré dois reumatologistas, na prática privada e convênios, e um deles presta assistência hospitalar pelo SUS. A assistência de toda a região, incluindo as cidades menores, se polariza para estas duas cidades, e o atendimento secundário e terciário do SUS é referenciado ao Hospital das Clínicas pelas Unidades Básicas de Saúde de todos os municípios da DRS VI.

Estimamos haver demanda para novos especialistas em nossa região. Este é um apelo saudável aos jovens reumatologistas, para atuação no interior. Por se tratar de uma área com poucos especialistas, é possível escolher a região, aprimorar a formação e valorizar a profissão, atuando em instituições públicas e privadas.



Dr. Paulo de Tarso Nora Verdi.

REGIÃO DE ARAÇATUBA

A IX Região Administrativa de São Paulo fica situada no noroeste do Estado, conta com 716 mil habitantes em 43 municípios.

A sede regional é Araçatuba, com 186 mil habitantes, distante 530 km de São Paulo, e as duas outras maiores cidades são Birigui, com 106 mil habitantes, e Andradina, com 86 mil habitantes.

Temos um IDH na média do Estado de 0,77 e uma média salarial bem abaixo: R\$ 1.343,00 contra R\$ 1.900,00 no Estado de São Paulo.

As péssimas novas faculdades de medicina ainda não aqui chegaram.

Araçatuba conta com um grande hospital (Santa Casa), um bom Hospital Unimed, o Hospital Santa Maria e o Hospital da Mulher, bem menores.

O convenio médico principal na região é a Unimed, que funciona bem. É necessário o pagamento de cota para o ingresso.

A cidade de Araçatuba conta com o serviço de seis reumatologistas, dois com título de especialista. Cinco atuam em consultório, três atuam também em serviço público e um no AME; em fevereiro, contaremos com mais uma colega.

Birigui e Andradina contam com um reumatologista em cada cidade. Três Lagoas (MS), que não pertence a IX Região, situada na divisa do Estado, em franco progresso e com aproximadamente 160 mil habitantes, não tem reumatologista.

O serviço público tem dificuldade na obtenção de exames mais sofisticados, mas, no geral, temos aparato diagnóstico laboratorial e de imagem para uma boa execução de nossa especialidade.

À disposição para maiores esclarecimentos.

"Nossas dúvidas são traidoras e nos fazem perder o que, com frequência, poderíamos ganhar, por simples medo de arriscar."

WILLIAM SHAKESPEARE

DRA. PRISCILA RODRIGUES DA SILVA AOKI

Reumatologista, Avaré-SP.

E-mail: praoki@gmail.com

DRA. CLAUDIA SAAD MAGALHÃES

Pediatra reumatologista, professora adjunta do Departamento de Pediatria, responsável pelo Serviço de Reumatologia Pediátrica no Hospital das Clínicas,

Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp.

E-mail: claudi@fmb.unesp.br

PAULO DE TARSO NORA VERDI
Reumatologista, Araçatuba-SP

FRATURA ATÍPICA DE FÊMUR COM MENOS DE CINCO ANOS DE USO DE ALENDRONATO

Yanne Santos Montino, Lenita Adriana Mazzi, Fernanda Calil Machado Netto, Denise de Fatima Forteski, Cristiano Augusto de Freitas Zerbini

Hospital Heliópolis

Recentemente foram descritas fraturas femorais subtrocantéricas e diafisárias sem associação com traumas ou associadas a pequenos traumas de baixa energia como cair da própria altura. Essas fraturas foram denominadas fraturas femorais atípicas e são observadas com maior frequência no terço proximal do fêmur, embora possam ocorrer na diáfise femoral e na região proximal supracondilar. A associação entre o uso de bisfosfonato e o risco dessas fraturas derivou de alguns relatos de caso e algumas revisões retrospectivas.

A fissura atípica da diáfise femoral (**Figura 1**) tem sido descrita em pacientes sob uso crônico de bisfosfonatos superior a cinco anos. As características das fraturas atípicas de fêmur encontram-se resumidas na **Tabela 1**.

REFERÊNCIAS

1. Lazrek, M. Infection with polyomavirus JC. BMJ. 2011;343: d3303.
2. Weissert, R. Progressive multifocal leukoencephalopathy. J Neuroimmunol. 2011;231:73-7.

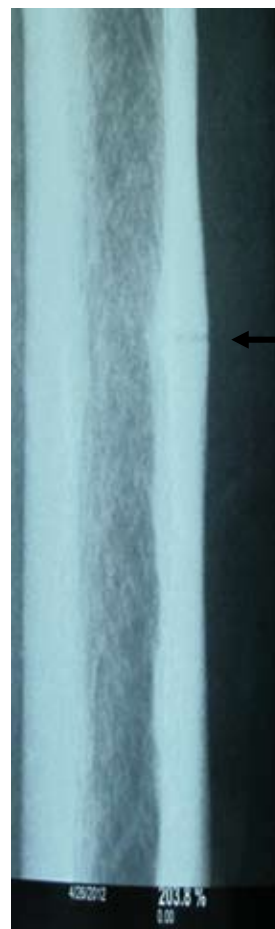


Figura 1 – Fratura transversal, incompleta, localizada na diáfise femoral.

Tabela 1 – Características das fraturas atípicas de fêmur.

Características maiores	Características menores
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Localizada em qualquer lugar ao longo do fêmur, desde a região distal ao trocânter menor até a região proximal supracondiliana. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reação periosteal do córtex lateral.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Associada a nenhum trauma ou trauma mínimo, como uma queda da própria altura. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento generalizado na espessura cortical da diáfise.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transversais ou oblíqua. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintomas prodromicos como dor na virilha ou na coxa.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não cominutivas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fraturas bilaterais.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fraturas completas estendem-se através de ambas as corticais e podem ser associadas a uma espícula medial; fraturas incompletas envolvem apenas o córtex lateral. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cicatrização retardada.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Associação a comorbidades (deficiência de vitamina D, artrite reumatoide, hipofosfatasia).
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de fármacos (bisfosfonados, glicocorticoides, inibidores da bomba de prótons).

NÃO SOU CANDIDATO

Para Kátia.

Às vezes acordo com o humor péssimo.
Tem dias que sinto preguiça.
Sinto raiva de algumas coisas (e pessoas).
Luto para dissipar a raiva que sinto.
Tenho medo de algumas outras coisas.
O cansaço chega no final do dia.
Necessito dormir.
Necessito comer.
Necessito beber.
Necessito parar de falar.
Desejo ficar sozinho em alguns momentos.
Não consigo correr o tempo todo.
Não consigo fazer mais de uma coisa por vez.
Também dependo de atenção e afeto.
Mereço (!) um tempo para ler bons livros.
E ouvir boa música.
E viajar.
Sou irritável – e sei que tenho que pedir desculpas.
Tenho dúvidas ocasionais – e outras crônicas.
Penso ocasionalmente em coisas sem sentido.
Não consigo ser racional 24 horas por dia.
Fico triste com um montão de coisas.
Busco forças para continuar.
Por tudo isso,
NÃO sou candidato a Deus.

DR. ALZÍRTON FREIRE
Reumatologista em Recife-PE

OLHOS DE MENINO

Às vezes me vem uma chuva saudosa
formando em meus olhos
fina garoa colorida
lembrança dos meus momentos
de menino.
Pensamentos multicores se espalham
pela aquarela das minhas lembranças.

Da arqueologia do meu espírito
desenterro os artefatos dos meus sonhos:
a velha pracinha perto de casa;
o velho colégio onde estudei;
a menina do sobrado branco;
(Que me espiava por trás das cortinas na janela
quando eu voltava das aulas de kung-fu.)
e a maré alta nas minhas retinas
cobrem meus olhos de menino.

O garoto que fui
me toma pelo braço
e voamos em busca
das regiões onde um dia reinei...

Hoje, a pracinha perto de casa, é bem mais bonita,
o colégio onde estudei está bem maior,
a menina do sobrado branco virou mulher e
casou-se com um empresário de sucesso,
o sobrado branco foi vendido e transformou-se
num luxuoso escritório.

Mas meus olhos de menino,
sofrem do glaucoma
absurdo da saudade.
Em meus olhos de menino,
jogaram as areias do passado.
E só posso olhar para dentro,
e enxergar um grande brilho,
mesmo que a pracinha perto
de casa não fosse tão florida,
o colégio nem tão grande
e a menina do sobrado
branco nem tão bonita...

DANIEL ALVES SANTOS



Noticiário

ELEIÇÃO NA SBR

Após um pleito acirrado, com campanhas pautadas por ética e respeito, foi eleito para a presidência da Sociedade Brasileira de Reumatologia, durante o último Congresso Brasileiro, em Vitória-ES, o Dr. César Emile Baaklini. A *RPR*, em nome da SPR, parabeniza o colega!



3ª JORNADA DE REUMATOLOGIA DE ARARAQUARA – SÃO CARLOS

“Em agosto, tivemos a 3ª Jornada de Reumatologia de Araraquara – São Carlos, que ocorreu no Hotel Fazenda Salto Grande, em Araraquara. O evento reuniu vários médicos do interior, sob a organização de Cristiana Cury Lia (Araraquara), Camila Lobo (Araraquara), Clóvis Magon (São Carlos) e Mirhelen Mendes Abreu (São Carlos).

Foi uma manhã ensolarada, em um lugar de contato com a natureza, quando aproveitamos para rever muitos amigos e aproveitar o conhecimento dos nossos palestrantes, Simone Appenzeller, João Francisco Marques Neto, Rubens Bonfiglioli e Gecilmara Pileggi.

Finalizando o encontro com almoço de culinária caipira.”

DRA. CRISTIANA CURY LIA



3ª JORNADA DE REUMATOLOGIA DE ARARAQUARA – SÃO CARLOS:

participantes do evento.

IV CURSO DE IMUNOLOGIA

No dia 1º de setembro, foi realizado o IV Curso de Imunologia, no Hotel Maksoud Plaza. Este evento de alto nível científico, organizado pela Sociedade Paulista de Reumatologia e coordenado pelo Dr. Luis Eduardo Coelho Andrade, alcançou mais uma vez o sucesso das edições anteriores.



IV CURSO DE IMUNOLOGIA: (1) da esquerda para a direita, Dr. Wilson de Melo Cruvinel, Dr. Danilo Mesquita Jr., Dra. Neusa Pereira da Silva, Dr. Marcelo de Medeiros Pinheiro, Dr. Luís Eduardo Coelho Andrade, Dr. Sandro Felix Perazzio e Dr. Frederico Augusto Gurgel Pinheiro. (2) e (3) Participantes do evento.

MASTER ACR 2012

O Dr. Morton A. Scheinberg recebeu, durante o último encontro anual da ACR, o título de Master ACR 2012. É uma homenagem justa a um profissional dedicado e que já publicou inúmeros artigos científicos dentro e fora do Brasil, especialmente nas revistas oficiais do ACR (*Arthritis and Rheumatism* e *Arthritis and Research*). A RPR parabeni-za mais esta conquista, que se somará a outras tantas na trajetória deste grande reumatologista.



CURSO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM EM REUMATOLOGIA

Nos dias 23 de agosto, 27 de setembro e 18 de outubro foram realizadas mais três aulas do Curso de Diagnóstico por Imagem em Reumatologia, na sede da Associação Paulista de Medicina, em São Paulo. A *RPR* congratula a excelente organização do evento, a cargo do Departamento de Reumatologia da APM e o alto nível das palestras ministradas pelos Drs. Fernanda Reis, Denis Szejnfeld e Luiz Guilherme Hartmann.



CURSO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM EM REUMATOLOGIA:

(1) da esquerda para a direita, Dra. Ivone Minhoto Meinão, Dra. Fernanda Reis e Dra. Deborah Colucci C. Souza. (2) Dr. Denis Szejnfeld, Dra. Ivone Minhoto Meinão e Dr. Plínio José do Amaral. (3) Dra. Ivone Minhoto Meinão, Dr. Luiz Guilherme Hartmann e Dra. Deborah Colucci C. Souza.

NOTA DE FALECIMENTO

A Sociedade Paulista de Reumatologia comunica com pesar o falecimento, em 13 de outubro de 2012, da Dra. Amarilis Lopes Horta, aos 51 anos. Reumatologista com formação em Reumatologia no Hospital Heliópolis em São Paulo-SP, residia, na ocasião, na Bahia.

CURSO DE REVISÃO EM REUMATOLOGIA PARA CLÍNICOS

Nos dias 28 e 29 de setembro, foi realizado o Curso de Revisão em Reumatologia para Clínicos, na sede da Associação Paulista de Medicina, em São Paulo. A Dra. Ivone Minhoto Meinão, presidente do Departamento de Reumatologia da APM, organizou com brilhantismo este evento já tradicional da reumatologia paulista.



CURSO DE REVISÃO EM REUMATOLOGIA PARA CLÍNICOS: (1) da esquerda para a direita, Dr. Milton Helfenstein, Dra. Ivone Minhoto Meinão, Dr. Ari Stiel Radu Halpern e Dra. Maria Guadalupe B. Pippa. (2) Dra. Ivone Minhoto Meinão e Dra. Rina Dalva Neubarth Giorgi.

V JORNADA DE REUMATOLOGIA DO VALE DO PARAÍBA

Realizou-se entre os dias 19 e 21 de outubro, em Campos do Jordão, a V Jornada de Reumatologia do Vale do Paraíba. Durante esses três dias, diversos temas relevantes foram apresentados aos participantes do evento, que contou com a presença do presidente da SPR, Dr. Paulo Louzada Junior, e o presidente eleito, Dr. Dawton Y. Torigoe.



V JORNADA DE REUMATOLOGIA DO VALE DO PARAÍBA: da esquerda para a direita, Dr. Paulo Louzada Junior, Dra. Andrea Meirelles e Dr. Dawton Torigoe.

35 ANOS DO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS

O Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis fez 35 anos e, para celebrar esta data especial, foi realizado, entre 3 e 5 de agosto de 2012, o X Encontro de Reciclagem do Hospital Heliópolis, no Hotel Rancho Silvestre, em Embu das Artes-SP. Este já é um tradicional evento anual da reumatologia em São Paulo, mas este ano teve um enfoque e um formato diferenciado, visando não só a realizar palestras informativas e de atualização, mas, sobretudo, ao reencontro e, de fato, confraternizar esta data especial entre todos aqueles que fizeram e que fazem deste serviço um lugar de trabalho, estudo e de grandes amizades. Apesar de o serviço do Hospital Heliópolis não pertencer à Universidade, faz-se questão de, durante todos estes anos, manter um serviço acadêmico com grande contribuição científica baseada na assistência, ensino e pesquisa.

A residência médica em Reumatologia neste serviço, do qual tenho muito orgulho em ter sido residente, teve início em 1978 e no total formou até o momento 50 residentes e 12 estagiários. Atualmente, o corpo clínico de médicos assistentes conta com oito profissionais, destes um livre-docente, dois doutores, um mestre e uma pós-graduanda em doutoramento, os quais, juntamente com os residentes e estagiários, são responsáveis pelo atendimento de aproximadamente 530 pacientes ao mês, em oito ambulatórios semanais e quatro leitos hospitalares.

Foi um evento que certamente ficará marcado no coração de cada um que fez e faz do serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis uma grande família. Gostaria de, em nome do serviço, agradecer a todos os presentes por fazer deste um momento único e muito especial. Parabéns Hospital Heliópolis!!!

HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA



Fórum de Debates

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

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

ONDE E QUANDO

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

TERCEIRO FÓRUM DE DEBATES (1º DE AGOSTO DE 2012)

Tema: “Abordagens conservadoras nas lombalgias agudas e crônicas”

Coordenação: Dr. Fábio Jennings (médico do Setor de Reabilitação da Disciplina de Reumatologia da Unifesp)

Apresentação: Dr. Alex Rocha B. Silva (residente de Reumatologia da Disciplina de Reumatologia da Unifesp)

Debatedores: Dra. Luiza Ribeiro (médica assistente do Ambulatório de Procedimentos da Disciplina de Reumatologia da Unifesp e Anamaria Jones (coordenadora do Setor de Reabilitação da Disciplina de Reumatologia da Unifesp)

QUARTO FÓRUM DE DEBATES (5 DE SETEMBRO DE 2012)

Tema: “Imunobiológicos em artrite psoriásica refratária”

Coordenação: Dr. Samuel Katsuyuki Shinjo (doutor, médico assistente, Serviço de Reumatologia, Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo)

Apresentação: Dr. Thiago Costa Pamplona da Silva (médico especializando, Serviço de Reumatologia, Hospital das

Clínicas da FMUSP, São Paulo, e Dra. Valquiria Garcia Dinis (médica residente, Serviço de Reumatologia, Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo)

Debatedores: Dra. Karina Rossi Bonfiglioli (médica assistente, Serviço de Reumatologia, Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, e Dra. Cláudia Goldenstein Schainberg (doutora, médica assistente, Serviço de Reumatologia, Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo)

QUINTO FÓRUM DE DEBATES (3 DE OUTUBRO DE 2012)

Tema: “Poliartrite como manifestação de patologia hematológica incomum”

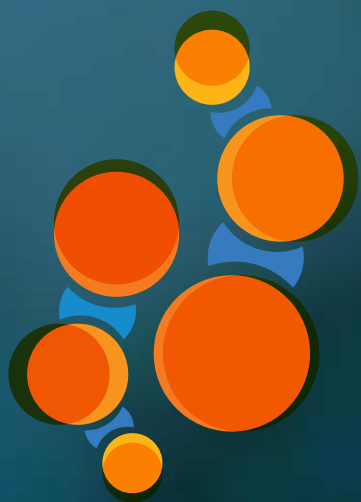
Coordenação: Dr. Júlio César Sachet (médico assistente do Serviço de Reumatologia da Unicamp)

Apresentação: Dr. André Luiz Luquini Pereira (R4 de Reumatologia na Unicamp)

Debatedores: Dr. Júlio César Sachet (médico assistente do Serviço de Reumatologia da Unicamp), Prof. Dr. Cármino Antônio de Souza (professor livre-docente Hemocentro Unicamp) e Dra. Gislaïne Borba Oliveira (médica assistente do Ambulatório de Hematologia da Unicamp)



TERCEIRO FÓRUM DE DEBATES: (1) da esquerda para a direita, Dr. Paulo Louzada Junior, Dr. Fábio Jennings, Dra. Luiza Ribeiro, Dr. Alex Rocha B. Silva, Anamaria Jones e Dr. Jamil Natour. **QUARTO FÓRUM DE DEBATES: (2)** da esquerda para a direita, Dr. Paulo Louzada Junior, Dr. Thiago Costa Pamplona da Silva, Dra. Valquiria Garcia Dinis, Dr. Samuel Katsuyuki Shinjo, Dra. Cláudia Goldenstein Schainberg e Dra. Karina Rossi Bonfiglioli. **QUINTO FÓRUM DE DEBATES: (3)** da esquerda para a direita, Dra. Simone Appenzeller, Dra. Gislaïne Borba Oliveira, Prof. Dr. Cármino Antônio de Souza, Dr. Júlio César Sachet, Dr. Paulo Louzada Junior, Dr. André Luiz Luquini Pereira e Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto.



XIX ERA

Encontro de Reumatologia Avançada

14 a 16 março de 2013

Hotel Tivoli Mofarrej São Paulo/SP

Curso Pré -Evento

- Ressonância Nuclear Magnética e SPECT/PET-CT na Prática Reumatológica

Temas

- Atualização das Vasculites Primárias na Infância
- Prescrição de Exercícios Físicos em Reumatologia
- Novos Critérios na Reumatologia

Conferência Internacional

- Novos Alvos Terapêuticos no Tratamento da Artrite Reumatóide
Roy Fleischmann (USA)

Sessões Interativas

- Manejo Atual em Osteoporose
- Urgências em Reumatologia
- Novos Procedimentos na Lombalgia

Concurso de Melhores Trabalhos ERA 2013

- Data limite submissão de trabalhos: 13/02/2013
Premiação
1º Lugar: Computador MacBook Pro
2º Lugar: IPAD
3º Lugar: R\$ 1.000,00

São Paulo/SP

www.eventus.com.br/ERA2013

Promoção



**SOCIEDADE PAULISTA
DE REUMATOLOGIA**

Informações e Secretaria



tel 11 3361.3056
reumato@eventus.com.br

Agenda 2013

12 DE OUTUBRO
DIA MUNDIAL DA ARTRITE

NACIONAIS

VII Curso de Revisão para Reumatologistas

Data: 2 e 3 de março

Local: Hotel Tivoli Mofarrej, São Paulo, SP

Contato: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

XIX Encontro de Reumatologia Avançada

Data: 14 a 16 de março

Local: Hotel Tivoli Mofarrej, São Paulo, SP

Contato: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

XX Encontro Rio-São Paulo de Reumatologia

Data: 11 a 13 de abril

Local: Windsor Atlântica Hotel, Rio de Janeiro

Contato: reumatologia@reumatorj.com.br

XIX Jornada Centro-Oeste de Reumatologia

Data: 24 a 28 de abril

Local: Centro de Eventos do Pantanal, Cuiabá-MT

Contato: alcimar@moretticoelho.com.br

XXX Congresso Brasileiro de Reumatologia

Data: 20 a 24 de novembro

Local: Centro de Convenções de Pernambuco, Recife-PE

Contato: comercial.sbr2013@gt5.com.br

INTERNACIONAIS

European Congress on Osteoporosis and Osteoarthritis (IOF-ECCEO13)

Data: 17 a 20 de abril

Local: Roma, Itália

Contato: info@piettecommunication.com

10th International Congress on SLE

Data: 18 a 21 de abril

Local: Buenos Aires, Argentina

Contato: lupus2013@metgroup.com.ar

Eular 2013

Data: 12 a 15 de junho

Local: Madri, Espanha

Contato: eular@eular.org

14th International Congress on Antiphospholipid Antibodies & 4th Latin American Congress on Autoimmunity – Apla & Laca 2013

Data: 18 a 21 de setembro

Local: Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Contato: www.kenes.com/apla-laca

11th World Congress on Inflammation – Immuno Natal 2013

Data: 21 a 25 de setembro

Local: Natal, RN, Brasil

Contato: www.inflammation2013.sbicongressos.com

ACR/ARHP 2013

Data: 25 a 30 de outubro

Local: San Diego, EUA

Contato: www.rheumatology.org



NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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



Artrite Reumatóide²



Espondilite Anquilosante²



Artrite Psoriásica²



Artrite Idiopática Juvenil²



Doença de Crohn²



Psoríase²



humanizar



A Abbott apoia a atualização científica: www.rima.org

HUMIRA® (adalimumabe) – MS: 1.0553.0294. **Indicações:** Artrite reumatóide, Artrite psoriásica, Espondilite Anquilosante, Doença de Crohn, Psoríase em placas, Artrite Idiopática Juvenil Poliartricular. **Contraindicações:** pacientes com conhecida hipersensibilidade ao adalimumabe ou quaisquer componentes da fórmula do produto. **Advertências e Precauções:** **Infecções:** foram relatadas infecções graves devido a bactérias, micobactérias, infecções fúngicas invasivas, virais, parasitárias ou outras infecções oportunistas, sepsis, raros casos de tuberculose, candidíase, listeriose, legionelose e pneumocistose foram relatados em pacientes tratados com antagonistas do TNF. Histoplasmoze e outras infecções fúngicas invasivas são um risco para os pacientes. Pacientes que desenvolvem uma infecção fúngica grave são também advertidos a interromper o uso de bloqueadores de TNF até que a infecção seja controlada. O tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) não deve ser iniciado ou continuado em pacientes com infecções ativas, incluindo infecções crônicas ou localizadas, até que as infecções estejam controladas. Recomenda-se cautela ao uso de HUMIRA® (adalimumabe) em pacientes com histórico de infecções de repetição ou com doença de base que possa predispor o paciente a infecções. **Tuberculose:** foram relatados casos de tuberculose (frequentemente disseminada ou extrapulmonar) associados ao HUMIRA® (adalimumabe). Antes de iniciar o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) todos os pacientes devem ser avaliados quanto à presença de tuberculose ativa ou inativa (latente). Se a tuberculose ativa for diagnosticada, o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) não deve ser iniciado. Se for diagnosticada tuberculose latente, deve-se iniciar a profilaxia antituberculose apropriada. **Reativação da Hepatite B:** o uso de inibidores de TNF foi associado à reativação do vírus da hepatite B (HBV) em pacientes portadores crônicos deste vírus podendo ser fatal. Deve-se ter cautela ao administrar inibidores de TNF em pacientes portadores do vírus da hepatite B. **Eventos neurológicos:** foram associados, em raros casos, com exacerbação de sintomas e/ou evidência radiológica de doença desmielinizante, incluindo esclerose múltipla, neurite óptica e doença desmielinizante periférica incluindo Síndrome de Guillain Barré. Deve-se ter cautela ao considerar o uso de HUMIRA® (adalimumabe) em pacientes com doenças desmielinizantes do sistema nervoso periférico ou central, de início recente ou pré-existentes. **Malignidades:** foi observado maior número de casos de linfoma entre os pacientes que receberam antagonistas de TNF. Além disso, há maior risco de linfoma em pacientes com artrite reumatóide com doença inflamatória de longa duração, altamente ativa, o que complica a estimativa do risco. Malignidades, algumas fatais, foram relatadas entre crianças e adolescentes que foram tratados com agentes bloqueadores de TNF. A maioria dos pacientes estava tomando concomitantemente imunossuppressores. Casos muito raros de linfoma hepatoesplênico de células T, foram identificados em pacientes recebendo adalimumabe. O risco potencial com a combinação de azatioprina ou 6-mercaptopurina e HUMIRA® (adalimumabe) deve ser cuidadosamente considerado. **Alergia:** durante estudos clínicos, reações alérgicas graves associadas ao uso de HUMIRA® (adalimumabe) foram raramente observadas 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. A tampa da agulha da seringa contém borracha natural (látex). Pacientes sensíveis ao látex podem ter reações alérgicas graves. **Eventos hematológicos:** raros relatos de pancitopenia, incluindo anemia aplásica. A descontinuação da terapia com HUMIRA® (adalimumabe) deve ser considerada em pacientes com anormalidades hematológicas significativas confirmadas. **Administração concomitante de DMARDs ou antagonista de TNF:** A combinação de adalimumabe e com outros DMARDs (por exemplo, anacina e abatacepte) ou outros antagonistas de TNF não é recomendada. **Insuficiência cardíaca congestiva:** Casos de piora da ICC também foram relatados em pacientes recebendo HUMIRA® (adalimumabe). **Processos autoimunes:** o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) pode resultar na formação de anticorpos autoimunes. Se um paciente desenvolver sintomas que sugiram síndrome Lúpus símile, o tratamento deve ser descontinuado. **Uso em idosos:** a frequência de infecções graves entre pacientes com mais de 65 anos de idade tratados com HUMIRA® (adalimumabe) foi maior do que para os sujeitos com menos de 65 anos de idade. Devido a uma maior incidência de infecções na população idosa geral, deve-se ter cautela quando do tratamento de pacientes idosos. **Uso na gravidez:** este medicamento só deve ser usado durante a gravidez quando, na opinião do médico, os benefícios potenciais claramente justificarem os possíveis riscos ao feto. Mulheres em idade reprodutiva devem ser advertidas a não engravidar durante o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe). A administração de vacinas vivas em recém-nascidos expostos ao adalimumabe no útero não é recomendada por 05 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 05 meses após a última administração de HUMIRA® (adalimumabe). **Interações Medicamentosas:** **Metotrexato:** 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 (sulfassalazina, hidroxiquina, leflunomida e ouro parenteral), glicocorticóides, salicilatos, anti-inflamatórios não esteroidais ou analgésicos. **Reações Adversas:** **Reação muito comum:** infecções no trato respiratório, leucopenia, anemia, aumento de lipídeos, dor de cabeça, dor abdominal, náusea, vômito, elevação de enzimas hepáticas, rash, dor músculo-esquelética, reação no local da injeção. **Reação comum:** infecções sistêmicas, infecções intestinais, infecções de pele e tecidos moles, infecções de ouvido, infecções do trato urinário, infecção do trato urinário, infecções fúngicas, infecções articulares, neoplasia benigna (incluindo cistos e pólipos), câncer de pele não melanoma, trombocitopenia, leucocitose, hipersensibilidade e alergia, hipocalcemia, aumento do ácido úrico, alteração de sódio sérico, hipocalcemia, hiperglicemia, hipotensão, hipercalemia, distúrbio de humor/ansiedade, insônia, parestesia, enxaqueca, compressão de raiz nervosa, distúrbio visual, conjuntivite, blefarite, edema nos olhos, vertigem, taquicardia, hematoma, hipertensão, rubor, tosse, asma, dispnéia, hemorragia gastrointestinal, dispepsia, doença do refluxo gastroesofágico, síndrome Sicca, prurido, urticária, contusões, dermatite, onicoclase, hiperidrose, espasmos musculares, hematúria, insuficiência renal, dor no tórax, edema no local da injeção, alterações da coagulação e distúrbios hemorrágicos, teste para autoanticorpos positivo, aumento de desidrogenase láctica no sangue, cicatrização prejudicada. **Reação incomum:** infecções oportunistas e tuberculose, infecções neurológicas, infecções dos olhos, infecções bacterianas, linfoma, neoplasia de órgãos sólidos, melanoma, púrpura trombocitopênica idiopática, tremor, neuropatia, diplopia, surdez, tinnitus, arritmia, insuficiência cardíaca congestiva, oclusão arterial vascular, tromboflebite, aneurisma aórtico, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumopatia intersticial, pneumonite, pancreatite, disfagia, edema facial, colecistite e coledocolitase, aumento da bilirrubina, esteatose hepática, suores noturnos, manchas, rabdomiólise, lúpus eritematoso sistêmico, noctúria, disfunção erétil, inflamação no local da aplicação. **Reação rara:** pancitopenia, esclerose múltipla, parada cardíaca. **Infecções:** As infecções consistiram principalmente de nasofaringites, infecções respiratórias superiores, sinusites, bronquites e infecções do trato urinário. **Reações adversas de pós comercialização:** diverticulite, linfoma hepatoesplênico de células T, leucemia, anafilaxia, sarcoidose, doenças desmielinizantes, acidente vascular cerebral, embolismo pulmonar, derrame pleural, fibrose pulmonar, perfuração intestinal, reativação da hepatite B, insuficiência hepática, vasculite cutânea, síndrome de Stevens-Johnson, angioedema, aparecimento ou piora da psoríase; eritema multiforme, alopecia, síndrome lúpus símile, infarto do miocárdio. **Posologia:** Artrite 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 dose inicial de 80 mg por via subcutânea, seguida de doses de 40 mg administradas em semanas alternadas, começando na semana seguinte à dose inicial. Artrite idiopática juvenil poliarticular: para pacientes com idade superior a 13 anos é de 40 mg solução injetável, administrados em dose única por via subcutânea, a cada 14 dias. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Registrado por: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda. - Rua Michigan, 735 - São Paulo - SP - CNPJ: 56.998.701/0001-16. ABBOTT CENTER: 0800 703 1050. Contraindicações/Precauções: Assim como observado com outros antagonistas de TNF, foram relatados casos de tuberculose associados ao HUMIRA® (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: 1. van der Heijde D, Breedveld D, Kavanaugh A, Keystone EC, et al. 2010. Atividade da doença, função física e progressão radiográfica após tratamento a longo prazo com adalimumabe e metotrexato: resultados de 5 anos do estudo PREMIER. The Journal of Rheumatology 2010; 37:11; doi:10.3899/jrheum. 2. HUMIRA® (Adalimumabe). Bula do Produto. Abbott Laboratórios do Brasil. 3. Burmester G, Panaccione R, Kenneth R, Gordon B, McIlraith MJ, et al. Adalimumabe: segurança em longo prazo em 23.458 pacientes de estudos clínicos globais em artrite reumatóide, artrite idiopática juvenil, espondilite anquilosante, artrite psoriásica, psoríase e doença de Crohn. Ann Rheum Dis (2012). doi:10.1136/annrheumdis-2011-201244. 4. van der Heijde D, Kivitz A, Schiff MH, et al. Efficacy and safety of adalimumab in patients with ankylosing spondylitis. Arthritis Rheum. 2006;54:2136-46. 5. Mease PJ, Gladman DD, Ritchlin CT, et al; para o Grupo de estudo sobre eficácia do adalimumabe em estudo clínico sobre artrite psoriásica. Adalimumab for the treatment of patients with moderately to severely active psoriatic arthritis: results of a double blind, randomized, placebo-controlled trial. Arthritis Rheum. 2005;52:3279-89. 6. Saurat JH, Stingl G, Dubertret L et al. Efficacy and safety results from the randomized, controlled comparative study of adalimumab vs. methotrexate vs. placebo in patients with psoriasis (CHAMPION). Br J Dermatol. 2008;158:558-566. 7. Hanauer SB, Sandborn WJ, Rutgeerts P et al. Human anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody (Adalimumab) in Crohn's Disease: The CLASSIC-I Trial. Gastroenterology 2006;130:323-333. 8. Lovell DJ, Ruperto N, Goodman S, Reiff A. Adalimumab with or without Methotrexate in Juvenile Rheumatoid Arthritis. N Engl J Med. 2008;359:810-20.



mensal Simponi[®] golimumabe

O anti-TNF feito para o paciente¹

Moderna caneta
aplicadora com
formato anatômico

O primeiro anti-TNF subcutâneo com uma única aplicação mensal.¹

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



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

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson



REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA: 1. Bula de Simponi. **BULA RESUMIDA. SIMPONI[®] (GOLIMUMABE).** Forma farmacêutica e apresentações: Embalagem com 1 caneta aplicadora SmartJect com solução injetável de SIMPONI[®] 50 mg/0,5 mL. As embalagens de SIMPONI[®] 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[®] 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[®] também demonstrou melhorar a função física e a qualidade de vida relacionada à saúde. **Posologia:** para todas as indicações, SIMPONI[®] 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[®]. SIMPONI[®] não deve ser administrado em pacientes com infecção ativa e clinicamente importante. Deve-se ter precaução quando considerar o uso de SIMPONI[®] 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[®]. O tratamento da tuberculose latente deve ser iniciado antes da terapia com SIMPONI[®]. 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[®], 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[®] e anacina e abatacepte não é recomendada. Vacinas de vírus vivos não devem ser administradas concomitantemente com SIMPONI[®]. Embora o uso concomitante de MTX resulte em maiores concentrações mínimas no estado de equilíbrio de SIMPONI[®] em pacientes com AR, AP e EA, os dados não sugerem necessidade de ajuste de dose de SIMPONI[®] ou MTX. Reações adversas mais frequentes: Infecção do trato respiratório superior (nasofaringite, faringite, laringite e rinite), infecções bacterianas (como celulite), infecções virais (como gripe e herpes), bronquite, sinusite e infecções fúngicas superficiais, aumento na alanina aminotransferase, aumento no aspartato aminotransferase, anemia, tontura, parestesia, hipertensão, constipação, alopecia, pirexia, reação no local da aplicação (eritema no local da aplicação, urticária, induração, dor, hematoma, prurido, irritação, parestesia). Superdose: recomenda-se que o paciente seja monitorado quanto a quaisquer sinais ou sintomas de efeitos adversos e o tratamento sintomático apropriado seja instituído imediatamente. Venda sob prescrição médica. Ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado. Schering-Plough Indústria Farmacêutica Ltda. MS-1.0171.0184. Distribuído por Janssen-Cilag Farmacêutica. Informações adicionais para prescrição: vide bula completa. INFOC 0800.7013017 – www.janssen.com.br - Cód. Set2011_B-simponi31-prof(caneta).doc. **CONTRAINDICAÇÕES:** ESTE MEDICAMENTO É CONTRAINDICADO PARA USO POR PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE À SUBSTÂNCIA ATIVA OU A QUALQUER UM DOS EXCIPIENTES. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** A COMBINAÇÃO DE SIMPONI[®] E ANACINA OU ABATACEPTE NÃO É RECOMENDADA.