

# Revista Paulista de Reumatologia

Volume 9  
Número 4  
Out./dez. 2010  
ISSN 1809-4635

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



Uma publicação trimestral da  
Sociedade Paulista de Reumatologia

## **PALAVRA DO PRESIDENTE**

- 3 2010, um ano bom! LUIZ CARLOS LATORRE

## **EDITORIAL**

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

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

- 5 Síndrome do anticorpo antifosfolípide  
*Antiphospholipid syndrome*  
ADRIAN NOGUEIRA BUENO, JUAN DOMINGUES CESÁRIO, ANDRESSA DE SOUZA DIPE,  
PAULA NOGUEIRA LOURES

## **VISÃO DO EXPERT**

- 8 Síndrome de Sjögren primária: aspectos atuais do tratamento  
VIRGINIA FERNANDES MOÇA TREVISANI

## **PUBLICAÇÕES**

- 12 Top 10 RENATA FERREIRA ROSA, MARIA JOSÉ NUNES

## **ARTRÓFILO**

- 16 Encontro Científico Anual do Colégio Americano de Reumatologia (ACR)  
ANDREA B. V. LOMONTE, JOSÉ ALEXANDRE MENDONÇA, SANDRA H. WATANABE,  
RENATA FERREIRA ROSA, MARIA JOSÉ NUNES

## **ÉTICA**

- 26 Defesa profissional EDUARDO DE SOUZA MEIRELLES

## **RAIO X**

- 28 Serviço de Reumatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp  
JOSÉ ALEXANDRE DE MENDONÇA, SANDRA H. WATANABE

## **IMAGEM EM REUMATOLOGIA**

- 30 Doença de Still do adulto  
HÉRICA CRISTIANI B. SOUZA, BÁRBARA N. DE CARVALHO, ANDREA B. V. LOMONTE

## **EM SENDO REUMATOLOGISTA**

- 32 O significado de ser reumatologista  
SANDRA H. WATANABE

## **LADO B – ALMA LITERÁRIA**

- 34 Minha janela  
SANDRA H. WATANABE

## **CARTA AOS EDITORES**

- 35 Conflito de interesses ou grave mácula ética  
JOSÉ MARQUES FILHO

- 37 NOTICIÁRIO

- 41 AGENDA

# • ACTEMRA® tocilizumabe

Proporciona de maneira consistente altas taxas de remissão na AR, em diferentes tipos de pacientes.<sup>1</sup>



- O perfil de **segurança do Actemra®** (tocilizumabe) está bem caracterizado pelo extenso programa de estudos clínicos fase III (+ 4.000 pacientes).<sup>2</sup>
- **Combina rápido início de ação** e eficácia que melhora com o passar do tempo.<sup>1</sup>
- **Apresenta superioridade** ao MTX em monoterapia.<sup>3</sup>

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

**Referências:** 1. Bula do produto. 2. Hennigan S & Kavanaugh A. Interleukin-6 inhibitors in the treatment of rheumatoid arthritis. *Ther Clin Risk Manag* 2008;4(4):767-75. 3. Jones G et al. Comparison of tocilizumab monotherapy versus methotrexate monotherapy in patients with moderate to severe rheumatoid arthritis: The AMBITION study. *ARD Online First*, published on March 17, 2009 as 10.1136/ard.2008.105197.

**Actemra® (tocilizumabe) Forma farmacêutica, via de administração e apresentações:** Solução concentrada para infusão IV. Caixas com 1 frasco-ampola de 80 mg/4 mL ou 200 mg/10 mL. **USO ADULTO - USO RESTRITO A HOSPITAIS. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Composição:** Cada 1 mL contém 20 mg de tocilizumabe (TCZ). **Indicações:** Tratamento da artrite reumatoide ativa moderada a grave quando tratamento anterior adequado com pelo menos um DMARD não tenha trazido benefícios esperados: Após falha de esquema combinado com DMARDs convencionais, incluindo, necessariamente, o metotrexato (MTX), utilizados nas doses e tempo indicado em bula de cada agente específico, ou; Após falha de agente anti-TNF, utilizado na dose e pelo tempo indicado em bula de cada agente específico. Indicado em AR ativa, moderada a grave em pacientes adultos, independentemente da duração da doença, de fator reumatoide positivo ou negativo e de tratamento pregresso ou uso combinado de outros medicamentos para AR (DMARDs não biológicos e biológicos). TCZ pode ser usado isoladamente ou em combinação com MTX e/ou outros DMARDs, em pacientes com resposta inadequada aos agentes terapêuticos disponíveis, incluindo DMARDs não biológicos e biológicos, como os antagonistas de TNF, bem como em pacientes com AR inicial ou que nunca fizeram uso de MTX ou outros DMARDs. Em pacientes com AR em atividade em diversas articulações, considerar o uso de pelo menos um medicamento anti-reumático antes de realizar o tratamento com Actemra®. **Contraindicações:** Hipersensibilidade ao TCZ/seus excipientes. Uso combinado com outros biológicos para AR. **Precauções e Advertências:** Diabéticos: contém açúcar. Não iniciar tratamento na vigência de infecções ativas. Interromper TCZ se infecção grave se desenvolver. Cautela se infecções recorrentes ou condições que predisponem 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 tuberculose. **Vacinas:** vivas ou vivas atenuadas não devem ser administradas. **Reações de hipersensibilidade:** 0,3% dos pacientes. **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 x 10<sup>9</sup>/L. **Interações medicamentosas/alimentares:** MTX, cloroquina/derivados, azatioprina, leflunomida, corticosteroides, ácido fólico, anti-inflamatórios não hormonais, analgésicos não influenciam farmacocinética do TCZ. Não estudado em combinação com biológicos. Enzimas CYP450 suprimidas pela inflamação. Após drogas com efeito anti-inflamatório (TCZ), enzimas CYP450 se normalizam. Após introduzir drogas com janela terapêutica estreita (ex., varfarina, ciclosporina), ajustar a dose. **Categoria de risco na gravidez: C.** Não existem dados em gestantes. Risco desconhecido em humanos. Não se sabe se TCZ é excretado no leite materno. **Efeitos sobre a capacidade de dirigir e operar máquinas:** Não foram realizados estudos específicos. TCZ não parece afetar capacidade de dirigir/operar máquinas. **Reações Adversas: Muito comuns:** IVAS. **Comuns:** celulite; herpes; úlceras orais; gastrite; erupções de pele; prurido; cefaleia; tonturas; aumento de enzimas hepáticas; hipertensão; leucopenia/neutropenia; hipercolesterolemia. **Incomuns:** diverticulite; estomatite; urticária; aumento de bilirrubinas; hipetrigliceridemia; hipersensibilidade. **Infecções graves:** pneumonia, celulite, herpes, gastroenterite, diverticulite, seps e artrite bacteriana. Infecções oportunistas isoladas: *P. jirovecii* e *M. avium*. **Reações de infusão:** Hipertensão; reação anafilática; reações graves de hipersensibilidade. **Alterações laboratoriais:** 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%. **Crianças:** Segurança e eficácia não estabelecidas. **Dosos/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. MS-1.0100.0655. Farm. Resp.: Guilherme N. Ferreira - CRF-RJ nº 4288. Fabricado por F. Hoffmann-La Roche Ltd, Basileia, Suíça por Chugai Pharma Manufacturing Co. Ltd, Tóquio, Japão. Embalado por F Hoffmann-La Roche Ltd, Kaiseraugst, Suíça. Importado e distribuído no Brasil por: **Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A.** Est. dos Bandeirantes, 2020 - CEP 22710-104 - Rio de Janeiro - RJ. CNPJ: 33.009.945/0023-39. **Informações detalhadas sobre o produto disponíveis mediante solicitação a Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A. Av. Engenheiro Billings, 1729 - Jaguaré - CEP 05321-900 - São Paulo, SP - Brasil. A persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado.**

Material de uso exclusivo de profissionais habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos.

**Conselho Editorial**

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

**Correspondência**

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

**Sociedade Paulista de Reumatologia****DIRETORIA EXECUTIVA 2010/2011****Presidente**

Luiz Carlos Latorre

**Vice-Presidente**

Dawton Y. Torígoe

**Diretor Científico**

Cristiano A. F. Zerbini

**1ª Secretária**

Maria Guadalupe B. Pippa

**2ª Secretária**

Sandra H. Watanabe

**1ª Tesoureira**

Andrea B. V. Lomonte

**2ª Tesoureira**

Silvio Figueira Antonio

**Presidente Eleito 2012/2013**

Paulo Louzada Jr.

**Conselho Fiscal e Consultivo**

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

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

Presidente: Maurício Levy Neto; 1ª Secretário: José Carlos Mansur Szajubok; 2ª Secretária: Emília Inoue Sato; Coordenador Científico: Paulo Roberto Stocco Romanelli

**Comissão Científica**

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

**Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional**

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

**Comissão de Educação Médica**

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

**Comissão do Interior**

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

**Representantes da Reumatologia Pediátrica**

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

**Site**

Daniel Brito de Araújo, Luiza Helena Coutinho Ribeiro, Nafice Costa Araújo, Romy Beatriz Christmann de Souza

**Endereço**

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

**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

Fone: (11) 3368-5095 – Fone/Fax (11) 3368-4545

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

Imagem da capa: Portal do Governo do Estado de São Paulo

## 2010, um ano bom!



Chegamos ao final do primeiro ano de nossa gestão! Confesso estar satisfeito com os resultados do trabalho até agora realizado. As metas principais foram alcançadas. Algumas sugestões e solicitações, se não totalmente atendidas, não foram esquecidas. Sua viabilidade está em estudo. Um dos principais objetivos, que é o de trazer o associado para participar da Sociedade, sugerindo, criticando e cobrando resultados, continua em curso. Nossas atividades científicas foram de excelente nível, graças ao esforço da diretoria, sabendo escolher programas de conteúdo prático e de atualização. Muitas foram essas atividades em 2010: sete Fóruns mensais, Curso de Revisão para Clínicos, Curso de Revisão para Reumatologistas, Encontro de Reumatologia Avançada, Curso de Imunologia, Jornada do Interior (dezembro), além dos Fóruns e Jornadas Regionais do Interior. Para o próximo ano, além desses eventos, ainda teremos um encontro científico para discutir doenças raras, o Segundo Encontro do Litoral e o Encontro Rio-São Paulo, em São Paulo. A quinta edição do “Ação Reumato”, em outubro, foi um grande sucesso! Transcrevo a opinião de inúmeros participantes da população e associados presentes. A novidade da trabalhosa montagem de duas casas adaptadas (Casa da Artrite e Casa da Osteoporose) foi foco de atenção e elogios (devidamente repassados aos nossos colaboradores, como o Lar Escola São Francisco, a fisioterapeuta Anamaria Jones Martinez e às incansáveis Márcia e Vanessa, nossas secretárias). Continuamos trabalhando na meta de uma maior divulgação de nossa especialidade durante o ano de 2011. Nossa revista (*RPR*) fecha sua quarta edição, sempre pontual e com conteúdo científico, informativo e de prestação de serviços, de excelente qualidade. Isso só foi possível com o trabalho incansável dos nossos editores. O *site* está atualizado. Consultem-no e troquem ideias conosco! E a nova sede? Continua uma das metas a serem alcançadas. Quase deu certo, porém, eventos adversos sérios e de risco para a segurança da SPR descontinuaram as negociações, já avançadas. Muito trabalho nos espera pela frente e muita disposição existe para 2011.

Muita esperança no crescimento do País com a escolhida para gerenciá-lo. Muita esperança no contínuo crescimento da SPR, com a ajuda de você, associado.

Feliz 2011.

Forte abraço.

LUIZ CARLOS LATORRE

*Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia*

*Gestão 2010/2011*

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

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

e-mail: [reumatologiasp@reumatologiasp.com.br](mailto:reumatologiasp@reumatologiasp.com.br)

## Constantes inovações



Estamos em nosso último número da *RPR* de 2010 e quase no fim do ano. Foi um ano de muitas realizações e temos motivo para comemorar. O Encontro de Reumatologia Avançada (ERA) em maio trouxe-nos o que de melhor a ciência reumatológica paulista vem desenvolvendo. Nossos jovens mostraram com muita propriedade as bases científicas de nossa especialidade em trabalhos experimentais e clínicos de nível internacional. Introduzimos dois cursos pré-ERA, a densitometria óssea e o ultrassom em reumatologia. Ambos tiveram grande aceitação e sala lotada pelos nossos colegas. O IV Curso de Revisão para Reumatologistas teve a presença de vários colegas de outros Estados que se somaram à turma de São Paulo nessa extensa atualização de nossa especialidade. Um brilho especial da SPR em 2010 foi o II Curso de Imunologia, organizado pelo competentíssimo Luis Eduardo. Faltaram cadeiras, a sala ficou pequena para tamanho sucesso. OK Luis, para 2011 vamos aumentar o auditório! Os nossos Fóruns de Debates, sempre às primeiras quartas-feiras do mês na AMB, trouxeram excelentes colegas clínicos de várias especialidades para a discussão sempre animada de casos interessantes e, às vezes, de difícil decisão diagnóstica e terapêutica. A Jornada do Interior está a caminho. A organização deste tradicional evento está a cargo da turma de Campinas, com a Simone e o Rubens Bonfiglioli à frente. Mas vamos voltar à nossa *RPR*. Continuamos em constante inovação. Estamos introduzindo duas novas seções. A primeira delas chama-se “Em Sendo Reumatologista”. Esta ideia veio da nossa constante leitura da seção do *Annals of Internal Medicine* denominada “On Being a Doctor”. O objetivo desta seção da *RPR* é conhecer histórias pessoais dos reumatologistas em sua vida diária de contato com os pacientes. Nosso aprendizado das alegrias e sofrimentos daqueles que nos procuram é tão imenso que merece ser relatado e compartilhado com todos os colegas. Aguardamos ansiosamente sua contribuição. A outra seção da *RPR* chama-se “Lado B – Alma Literária”. Esta foi feita especialmente para os devaneios literários da “Pauliceia Reumatológica Desvairada”. Sabemos que vários colegas são dotados de grande sensibilidade e conseguem traduzi-la em literatura. Mande um texto original, uma resenha sobre um livro ou uma poesia sua. Queremos que sua criatividade e talento sejam compartilhados com todos os colegas. O Eduardo Meirelles escreveu um excelente artigo sobre nossa situação profissional. Você concorda? Que tal uma carta para a *RPR* comparando sua situação com o texto do Meirelles? Escreva, comente. Falando em Carta ao Editor, vejam a bela carta do José Marques, vinda lá da bela Araçatuba, sobre o relacionamento ético dos médicos com a indústria de equipamentos, aliás, tema de uma recente resolução do CFM. Finalmente, vejam a Agenda de 2011! Você está preparado? Vamos precisar de muita energia para tantos eventos! A SPR dará o pontapé inicial nos dias 12 e 13 de fevereiro com o V Curso de Revisão para Reumatologistas. O ano de 2011 será excelente para a Reumatologia Brasileira. Venham para os nossos encontros e para a nossa *Revista Paulista de Reumatologia*. Aguardamos vocês!

Forte abraço.

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

*Editores*



# Síndrome do anticorpo antifosfolípide

## *Antiphospholipid syndrome*

Adrian Nogueira Bueno<sup>(1)</sup>, Juan Domingues Cesário<sup>(2)</sup>, Andressa de Souza Dipe<sup>(2)</sup>, Paula Nogueira Loures<sup>(2)</sup>

1. Médico reumatologista e professor da Unifenas-MG e do Hospital Universitário Alzira Vellano
2. Discente do curso de Medicina da Unifenas-MG

Endereço para correspondência: Paula Nogueira Loures. Rua Agnelo Araújo, n. 80, Jardim Brasil, Três Pontas-MG. CEP 37190-000.

E-mail: paulinhanl\_tp@hotmail.com.

### RESUMO

A síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF) é uma doença de etiologia desconhecida, caracterizada pela presença de anticorpos dirigidos contra complexos fosfolípidos combinados a proteínas plasmáticas (cofatores). Ela está associada a episódios de trombose venosa e arterial recorrentes, abortos de repetição e trombocitopenia e, menos frequentemente, à anemia hemolítica autoimune e a manifestações cutâneas, cardíacas e neurológicas.

**Unitermos:** síndrome do anticorpo antifosfolípide, SAF, trombozes recorrentes.

### SUMMARY

*The antiphospholipid syndrome (APS) is a disease of unknown etiology, characterized by the presence of antibodies against phospholipids complexes combined with plasma proteins (co-factors). It is associated with recurrent episodes of venous and arterial thrombosis, recurrent abortion and thrombocytopenia and, less frequently, with autoimmune hemolytic anemia, skin, cardiac and neurological disorders.*

**Key words:** antiphospholipid syndrome, APS, recurrent thrombosis.

### INTRODUÇÃO

A SAF é classificada como primária quando ocorre isoladamente e secundária quando ocorre em associação com outra doença autoimune, principalmente o LES. A SAF primária vem sendo reconhecida como a forma mais prevalente. As formas primária e secundária aparecem em todas as idades. A forma secundária é mais comum em mulheres<sup>(1)</sup>.

O objetivo deste relato de caso é descrever um caso de síndrome do anticorpo antifosfolípide, com manifestações de repetição e de difícil controle, secundária à artrite reumatoide, buscando auxiliar outros profissionais da área médica com informações sobre manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento desta patologia.

### RELATO DE CASO

M. E. A. R., sexo feminino, 64 anos, do lar, natural de Alegrete-RS, residente há dez anos em Três Corações-MG, portadora de artrose sem tratamento medicamentoso;

osteoporose, em uso de carbonato de cálcio 500 mg/dia, vitamina D 200UI 2 vezes ao dia e ácido zoledrônico 5 mg 1 vez ao ano. Paciente também portadora de diabetes melito tipo II em uso de metformina 850 mg 2 vezes ao dia e insulinoterapia com NPH 30 UI pela manhã e 8 UI à noite. Portadora de artrite reumatoide há 15 anos, fez uso no início do tratamento de metotrexato 15mg/semana durante dois anos e atualmente em uso de leflunomida 20 mg ao dia. Em julho de 2007 desenvolveu um quadro de trombose venosa profunda (TVP) em segmento femoropoplíteu e veia safena magna no membro inferior esquerdo. Esteve internada durante sete dias e foi anticoagulada por seis meses com warfarina.

Após a suspensão da terapia anticoagulante, evoluiu com quadro de acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico e foi tratada com clopidogrel 75 mg. Após seis meses, ainda em tratamento com clopidogrel, teve um segundo episódio de acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico, levando à suspeita de SAF. Para investigação, foi pesquisada a presença de anticorpos antifosfolípidos – anticorpo

anticardiolipina IgM e IgG, anticorpo anti-B2GP1 IgM e IgG e anticorpo anticoagulante lúpico – revelando resultado positivo para os três anticorpos. Com o diagnóstico da SAF foi suspenso o uso de clopidogrel e instituída a terapia anticoagulante com warfarina, mantendo-se o INR entre 2,0 e 3,0. Após seis meses, mesmo com o INR alargado, a paciente teve um terceiro quadro de acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico. Neste período desenvolveu um quadro de trombocitopenia com nova trombose venosa profunda (TVP), evoluindo com tromboembolismo pulmonar. Foi então realizado um implante de filtro de veia cava para prevenção de novo episódio de TEP, sendo o INR mantido a partir de então entre 3,0 e 4,0 com uso de warfarina 75mg/dia.

Após três semanas, a paciente apresentou um quadro de hemorragia digestiva alta com melena e hematêmese, sendo transfundidas quatro bolsas de sangue e aplicadas quatro ampolas de protromplex (complexo protrombínico total – fatores II, VII, IX, X de coagulação). A warfarina foi suspensa e a paciente apresentou um quadro de taquiarritmia (frequência cardíaca de 260 bpm), sendo transferida para o CTI.

No CTI desenvolveu um quadro convulsivo devido a um foco irritativo causado pela SAF, sendo prescrito fenitoína 100 mg e heparina de baixo peso molecular.

Após cinco dias internada, obteve melhora mantendo as medicações.

Atualmente passa bem, tendo bom controle da doença utilizando marevan, mantendo o INR entre 3 e 4 e realizando acompanhamento ambulatorial.

## DISCUSSÃO

A SAF é a trombofilia adquirida mais comum e as manifestações clínicas são heterogêneas e refletem trombose, podendo ocorrer em vasos arteriais ou venosos de qualquer calibre e em qualquer órgão ou sistema, desenvolvendo-se de modo abrupto ou insidioso. O prognóstico depende, portanto, da forma de apresentação, da detecção precoce e da instituição da terapia adequada<sup>(1)</sup>.

Algumas manifestações clínicas não fazem parte dos critérios para SAF, no entanto estão associadas à presença dos anticorpos antifosfolípidos. Entre essas manifestações, encontram-se: trombocitopenia, anemia hemolítica, live-do reticular, enxaqueca, mielite transversa e outras<sup>(1)</sup>.

A fisiopatogenia da SAF não está totalmente esclarecida, entretanto, sabe-se que a tendência à trombose parece estar ligada ao desequilíbrio da homeostasia da coagulação sanguínea, com predomínio de fatores pró-coagulantes/vasoconstritores sobre os fatores anticoagulantes/vasodilatadores<sup>(2)</sup>.

**Quadro 1** – Critério preliminar para a classificação da síndrome do anticorpo antifosfolípido definitiva.

Critérios clínicos	Critérios laboratoriais
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Trombose vascular</i>: um ou mais episódios de trombose arterial, venosa ou de pequenos vasos em qualquer órgão ou tecido, confirmada por Doppler ou exame histopatológico. A histopatologia deve excluir vasculite.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anticorpo anticardiolipina IgG ou IgM em títulos moderados a altos em duas ou mais ocasiões com intervalo de, no mínimo, 12 semanas. O teste deve ser Elisa padronizado.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Morbidade gestacional</i>: uma ou mais mortes de feto morfológicamente normal com mais de dez semanas de idade gestacional.               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Um ou mais nascimentos prematuros de feto morfológicamente normal com 34 semanas ou menos em virtude de pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou retardo de crescimento uterino.</li> <li>– Três ou mais abortamentos espontâneos consecutivos antes de dez semanas de idade gestacional, com causas cromossômicas ou maternas excluídas.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lúpus anticoagulante no plasma detectado de acordo com as recomendações da International Society on Thrombosis and Haemostasis e confirmado após 12 semanas.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anticorpo antibeta2-glicoproteína (anti-B2GPI) IgG ou IgM em títulos moderados ou altos; confirmado após 12 semanas.</li> </ul>

O diagnóstico da SAF baseia-se na detecção laboratorial de anticorpos antifosfolípidos por meio de testes de Elisa para anticardiolipina, anti-B2GP1, ou de ensaio funcional da coagulação para detecção de anticorpos com atividade lúpus anticoagulante<sup>(1)</sup>.

Um ou mais episódios de trombose arterial, venosa ou de pequenos vasos em qualquer órgão ou tecido confirmada por Doppler ou uma ou mais mortes de fetos morfológicamente normais são critérios clínicos para SAF (**Quadro 1**)<sup>(1)</sup>.

Pacientes que possuam pelo menos um critério clínico e um laboratorial são considerados portadores da SAF.

Entre 10% e 15% de pacientes podem ter anticorpo anticoagulante lúpico positivo e anticorpo anticardiolipina negativo e vice-versa, enfatizando a importância de se testar para anti-B2GP1. Em pacientes com suspeita de SAF, são recomendados, portanto, os três testes. Em geral, o anticorpo anticoagulante lúpico é mais específico para as manifestações de SAF; no entanto, os testes de Elisa são mais sensíveis<sup>(1)</sup>.

Todos os pacientes com SAF estabelecida por manifestações trombóticas ou apenas com aPL positivos sem

manifestações clínicas devem receber medidas gerais no controle de fatores de risco para trombose. Recomenda-se o controle de obesidade, dislipidemia, tabagismo, homocisteína sérica, hipertensão arterial e diabetes nesses pacientes. O uso de contraceptivos orais ou terapia de reposição hormonal é formalmente contraindicado a todas as mulheres com aPL positivo, independentemente da presença ou não da trombose<sup>(1)</sup>.

Os testes laboratoriais indicam que os aPL podem ser detectados em cerca de 30% dos pacientes com lúpus eritematoso sistêmico e com menor incidência em outras doenças autoimunes, como na artrite reumatoide.

Em um estudo com 67 portadores de artrite reumatoide, em dois deles (3% do total) foi diagnosticada a SAF. Outros sete (10,5% do total) tinham aPL sem clínica de SAF. Assim, os aPL foram positivos em 39,1% dos portadores pesquisados, o que corresponde a 13,5% do total<sup>(3)</sup>.

Com o relato apresentado, concluímos que diante de episódios de trombozes venosas ou arteriais recorrentes deve-se sempre suspeitar de síndrome do anticorpo antifosfolípide para que o tratamento correto seja instituído, evitando-se complicações.

## REFERÊNCIAS

1. Levy RA, Vilela VS. Síndrome do anticorpo antifosfolípide. In: Tratado de clínica médica. 2. ed, v. 1, Lopes, AC (ed.). Roca, 2009;1522-29.
2. Sato EI, Andrade LEC. Síndrome antifosfolípide. In: Reumatologia. Sato EI (ed.). Manole: São Paulo. p. 179-90.
3. Abreu TT, Panarra A, Ferreira A, et al. Artrite reumatoide: manifestações extra-articulares, caracterização imunológica e utilização do metotrexato. Rev Bras Reumatol. 2000;7(3):150-5.

## SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMÁRIA: ASPECTOS ATUAIS DO TRATAMENTO



VIRGINIA FERNANDES MOÇA TREVISANI

Professora titular da Disciplina de Reumatologia de Santo Amaro (Unisa). Assistente doutora da Disciplina de Medicina de Urgência e Medicina Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

*Endereço para correspondência:* Virginia Fernandes Moça Trevisani. Rua Brigadeiro Gavião Peixoto, 757, Lapa, São Paulo-SP. CEP 05078-000. E-mail: vmoca@uol.com.br.

A síndrome de Sjögren primária (SSp) é uma doença autoimune, sistêmica, que acomete as glândulas exócrinas e menos frequentemente órgãos internos, apresenta intensa infiltração linfoplasmocitária, principalmente do epitélio dos tecidos envolvidos, levando à destruição e perda da função secretora. Acomete principalmente mulheres na proporção de 9:1, com pico de incidência entre 40 e 60 anos, mas pode ocorrer em qualquer idade. Apresenta distribuição universal e prevalência de 0,1% a 2,7% em adultos<sup>(1)</sup>.

O tratamento da SS é multidisciplinar e envolve a participação de educadores, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e médicos (em geral reumatologistas, oftalmologistas, otorrinolaringologistas, neurologistas, ginecologistas e hematologistas). Os objetivos do tratamento são: aliviar os sintomas da síndrome seca, melhorar a qualidade de vida e prevenir ou retardar a progressão da doença<sup>(1,2)</sup>.

Após avaliação do paciente e análise dos exames, o médico será capaz de definir o melhor tratamento para cada caso. O tratamento da SS tem início com a educação e orientação dos pacientes, que pode ser realizada em grupo ou individualmente<sup>(1,2)</sup>.

A educação do paciente inclui informações sobre a doença, o curso natural, as manifestações clínicas, as mudanças no estilo de vida, as modalidades terapêuticas e os resultados esperados, com o objetivo de obter uma maior aderência ao tratamento farmacológico e não farmacológico e alcançar os melhores resultados.

Orientações gerais:

- Evitar condições que possam agravar a secura ocular e a xerostomia: ar-condicionado, tabagismo, vento, leitura prolongada, uso de computador, café e álcool.
- Usar óculos largos e rentes aos olhos.
- Hidratação.
- Higienização: frequente avaliação odontológica e aplicação periódica de flúor.
- Evitar medicamentos que piorem o ressecamento, como antidepressivos tricíclicos, diuréticos, propranolol, alfametildopa, anti-histamínicos, ácido retinoico e vitamina A.

### TRATAMENTO PARA A SÍNDROME SECA

#### TRATAMENTO DO OLHO SECO

O objetivo do tratamento para o olho seco tem como base três estratégias: conservação da lágrima que ainda está presente, repor a lágrima e estimular a produção. O tratamento divide-se em medidas locais, como o uso de lágrima artificial (carboximetilcelulose, ácido poliacrílico, povidona e hipromelose). O uso excessivo, porém, pode causar ceratite punctata; em casos mais graves, ou de alergia, pode ser utilizado o soro autólogo; às vezes é necessário o uso de metilprednisolona tópica e ciclosporina tópica emulsão oftálmica. A ciclosporina tópica diminui o número de linfócitos ativados presente na conjuntiva (0,1% ou 0,05% duas vezes ao dia), é superior ao placebo na melhora do olho seco leve a moderado, melhorando



a superfície celular da córnea e da conjuntiva. Pacientes com olho seco grave podem requerer a utilização mais frequente de ciclosporina tópica (3 a 4 vezes ao dia). Em estudo aberto em pacientes não responsivos avaliados pelos testes de função glandular, 63% melhoraram ao final dos dois meses. Pacientes que não respondem podem requerer tratamento cirúrgico, como a oclusão do ponto lacrimal e a tarsorrafia<sup>(1-5)</sup>.

#### TRATAMENTO DA BOCA SECA

O tratamento da xerostomia divide-se em medidas locais, como o uso de saliva artificial, chicletes sem açúcar para estimular a glândula ou com xilitol, uso de pastas ou verniz dentário com liberação lenta do xilitol, que apresenta propriedades antimicrobianas e ajuda a controlar a placa bacteriana, diminuindo a concentração de *Streptococcus mutans* e ajuda na remineralização e uso de colutórios com clorexidine uma semana por mês (**Quadro 1**)<sup>(1,2)</sup>.

#### TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA SÍNDROME SECA

##### CLORIDRATO DE PILOCARPINA

A pilocarpina é um agonista parassimpaticomimético que age primariamente estimulando os receptores muscarínicos; se o número de receptores das glândulas salivares estiver muito diminuído pela inflamação e/ou fibrose ou se anticorpos antirreceptores muscarínicos (anti-M3R) estiverem presentes a resposta pode não ser satisfatória.

A principal indicação é a xerostomia, ocorrendo melhora no fluxo salivar, mas efeitos também são observados em alguns parâmetros de avaliação ocular, na melhora subjetiva do olho seco e no teste Rosa Bengala. A dose utilizada nos estudos é de 5 a 30 mg por dia. Os efeitos adversos mais frequentes são náuseas, sudorese excessiva e taquicardia. Deve-se ter cuidado especial com pacientes com coronariopatia (**Quadro 2**)<sup>(6-8)</sup>.

##### ÓLEO DE LINHAÇA

O uso dos ácidos graxos essenciais em apresentação oral na forma de cápsulas de óleo de linhaça, por sua atividade anti-inflamatória, é considerado uma alternativa para o tratamento de pacientes com olho seco. Num estudo randomizado, comparando as doses de 1g/dia ou 2g/dia versus placebo, ambas as doses foram estatisticamente superiores ao placebo na melhora do olho seco da SS primária e secundária a lúpus e artrite reumatoide avaliado pelos testes de Schirmer, tempo de quebra do filme lacrimal, Rosa Bengala, citologia de impressão conjuntival e o questionário ocular. Não foram observadas diferenças entre as duas doses avaliadas<sup>(9)</sup>.

##### CEVIMELINE

Cevilemine é um derivado da acetilcolina que se liga a receptores muscarínicos. Na glândula salivar são encontrados receptores M1 e M3 e, geralmente, cevilemine age seletivamente nos receptores M1 e M3, levando à melhora

**Quadro 1** – Tratamento tópico da xerostomia.

Tratamento tópico	Nome comercial
Saliva artificial	Salivan®
Chicletes sem açúcar com xilitol	Chicletes Valda®
Pastas ou verniz dentário com liberação lenta do xilitol	Perioxidin®
Colutórios clorexidine (antibacteriano)	Periogard®, Noplak®, Colgate®

**Quadro 2** – Medicamentos utilizados no tratamento da síndrome seca.

Nome farmacológico	Nome comercial
Ciclosporina tópica 0,05%	Restasis®
Pilocarpina	Salagen®
Cevilemine	Evoxac®
Cápsulas de ômega 3	

da xerostomia e da ceratoconjuntivite seca. Pode ser utilizada na dose de 15 mg ou 30 mg três vezes ao dia; ambas as doses apresentaram efeito estatisticamente significativo e superior ao placebo em ensaio clínico randomizado. A dose de 30 mg foi superior à dose de 15 mg, principalmente para o quadro oftalmológico. Efeitos adversos como náuseas, sudorese e dor abdominal podem ocorrer. Na tentativa de diminuir efeitos adversos, um estudo aberto utilizou o medicamento na dose de 30 mg para gargarejo diluído em água em cinco pacientes, dos quais três apresentaram aumento do fluxo salivar<sup>(10,11)</sup>.

## TRATAMENTO PARA AS MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS

### HIDROXICLOROQUINA

A hidroxicloroquina é um antimalárico utilizado no tratamento de várias doenças reumatológicas e indicado na SSp para o tratamento das manifestações musculoesqueléticas constitucionais, lesões cutâneas e como droga de base. Foi demonstrada inibição da colinesterase glandular pela hidroxicloroquina além da diminuição de citocinas e das imunoglobulinas. Efeitos benéficos desse fármaco na síndrome seca, na mialgia, na artralgia e na fadiga foram observados em estudos abertos. Em estudo randomizado com uma amostra pequena não foi observado efeito na síndrome seca<sup>(12-14)</sup>.

### RITUXIMAB ANTI-CD20

O rituximab é um anticorpo monoclonal quimérico murino/humano anti-CD 20 e um antígeno presente na superfície dos linfócitos B. O rituximab liga-se ao CD20 e inicia a lise da célula B. Estudos clínicos demonstraram a efetividade dessa droga no tratamento da artrite reumatoide. Recentemente foram publicados estudos que avaliaram a efetividade do rituximab na SSp, com relação à síndrome seca, à fadiga, e a manifestações sistêmicas. Em estudos abertos os resultados foram discordantes para a síndrome seca, no entanto, a diminuição dos títulos de fator reumatoide, a depleção rápida de células B circulantes e a diminuição de infiltrado de células B na glândula

salivar foram evidentes. Em estudos randomizados os desfechos avaliados foram diferentes, mas o medicamento foi efetivo para fadiga e, mais recentemente, também mostrou efetividade na melhora da função salivar. A dose utilizada na infusão é de 1.000 mg no 1º dia e no 15º dia; os efeitos adversos mais frequentes são: reação à infusão, febre, artralgia e doença do soro. A incidência desses efeitos pode ser reduzida com administração de metilprednisolona 100 mg e acetaminofen 1.000 mg uma hora antes da infusão<sup>(15-18)</sup>.

## TRATAMENTO DAS MANIFESTAÇÕES GRAVES

Manifestações graves como mielite transversa, neuropatia periférica, glomerulonefrite, vasculites graves, encefalopatia e mielopatia, quando presentes na SSp, podem ser tratadas com ciclofosfamida em pulsoterapia, esteroides, plasmáfereze, gamaglobulina hiperimune e rituximab.

Vários medicamentos como methotrexate, leflunomide, azathioprina, sulfassalazina e anti-TNFs (infliximab e etanercept) foram utilizados no tratamento da síndrome de Sjögren em ensaios clínicos controlados e não foram efetivos na melhora da síndrome seca<sup>(2, 19-21)</sup>.

## CONCLUSÕES

- Todo paciente deve receber orientações sobre a doença e cuidados com olho e boca secas.
- Pilocarpina é efetiva para os sintomas de olho seco (parâmetros subjetivos) e para xerostomia (os melhores resultados são para boca seca).
- Cevilemine é efetiva para os sintomas de olho e boca secas.
- Ômega 3 (óleo de linhaça) é uma droga efetiva para o tratamento do olho seco para síndrome de Sjögren primária e secundária.
- Hidroxicloroquina pode ser usada para os quadros cutâneo e articular, fadiga e como droga de base.
- Ciclofosfamida é uma opção para as manifestações sistêmicas graves.
- Rituximab é uma droga promissora para o tratamento da síndrome de Sjögren.

## REFERÊNCIAS

1. Tzioufas AG, Mitsias DI, Moutsopoulos HM. Sjögren's syndrome. In: Rheumatology. Hochberg MC, et al. Forth edition, Mosby, Elsevier. 2007;7:1341-51.
2. Stavrakis AT, James JA. Primary Sjögren's syndrome: current and prospective therapies. Semin Arthritis Rheum. 2008;37(5):273-92.

3. Felberg S, Trevisani VFM. Ceratoconjuntivite sicca e ceratoconjuntivite límbica superior. In: Manual de condutas oftalmologia. Ana Luisa Höfling-Lima, et al., primeira edição Atheneu. 177-89.
4. Mohammad H, Dastjerdi MH, Pedran H, Reza D. Topical high-frequency cyclosporine 0.05% in the treatment of severe dry eye refractory to twice-daily regimen. *Cornea*. 28(10): 1091-5.
5. Sall K, Stevenson OD, Mundorf TK. Two multicenter, randomized studies of the efficacy, and safety of cyclosporine ophthalmic emulsion in moderate to severe dry eye disease. *Ophthalmology*. 107(4):631-9.
6. Tsifetaki N, Kitsos G, Paschides CA. Oral pilocarpine for treatment of ocular symptoms in patients with Sjögren's syndrome: a randomized 12 week controlled study. *Ann Rheum Dis*. 2003;62:1204-7.
7. Tomita M, Takei S, Kuwada N. Efficacy and safety of orally administered pilocarpine hydrochloride for patients with juvenile-onset Sjögren's syndrome. *Mod Rheumatol*. 2010; (online).
8. Papa AS, Sherrer YS, Charney M. Successful treatment of dry mouth and dry eye symptoms in Sjögren's syndrome patients with oral pilocarpine: a randomized placebo controlled dose adjustment study. *J Clin Rheumatol*. 2004; 10(4):169-77.
9. Neuzimar MP, Santos PM, Santos RC, et al. Uso oral do óleo de linhaça (*Linum usitatissimum*) no tratamento do olho seco de pacientes portadores da síndrome de Sjögren. *Arq Bras Oftalmol*. 2007;70(4):649-55.
10. Condemni JJ, Fife R. A double-blind, randomized, placebo-controlled study of cevilemine in Sjögren's syndrome patients with xerostomia e keratoconjuntivite sicca petrone. *Arthritis and Rheum*. 2002;46(3):748.
11. Takagi Y, Kimura Y, Nakamura T. Cevilemine gargle for the treatment of xerostomia in patients with Sjögren's syndrome. *Ann rheumat Dis*. 2004;63:749.
12. Kruize AA, Hené RG, Kallenberg CG, et al. Hydroxychloroquine treatment for primary Sjögren's syndrome: a two year double-blind crossover trial. *Ann Rheum Dis*. 1993;52:360-4.
13. Tishler M, Yaron I, Shirazi I, Yaron M. Hydroxychloroquine treatment for primary Sjögren's syndrome: its effect on salivary and serum inflammatory markers. *Ann Rheum Dis*. 1999;58:253-6.
14. Yavuz S, Asfuroglu E, Bicakcigil M, Toker E. Hydroxychloroquine improves dry eye symptoms of patients with primary Sjögren's syndrome. *Rheumatol Int*. 2010; online.
15. Meijer JM, Meiners PM, Vissink A, et al. Effective rituximab in primary Sjögren's syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum*. 2010;62(4):960-8.
16. Devauchelle-Pensec V, Yvon P, Morvan J, et al. Improvement of Sjögren's syndrome after two infusions of rituximab (anti-CD20). *Arthritis and Rheum*. 2007;57(2):310-7.
17. Zapata LF, Agudelo LM, Paulo JD, Pineda R. Sjögren's keratoconjunctivitis sicca treated with rituximab. *Cornea*. 2007; 26(7):886-7.
18. Seror R, Sordet C, Guillemin L, et al. Tolerance and efficacy of rituximab and changes in serum B cell biomarkers in patients with systemic complication of primary Sjögren's syndrome. *Ann Rheum Dis*. 2007; download from [nard.bmj.com](http://nard.bmj.com).
19. Hartkamp A, Geenen R, Godaert GL, et al. Effect of dehydroepiandrosterone administration on fatigue, well-being, and functioning in women with primary Sjögren's syndrome: a randomized controlled trial. *Ann Rheum Dis*. 2008; 67(1):91-7.
20. Marriette X, Ravaud P, Steinfeld S, et al. Inefficacy of infliximab in primary Sjögren's syndrome results of randomized controlled trial of remicade in primary Sjögren's syndrome (Tripps). *Arthritis and Rheum*. 2004;50(4):1270-6.
21. Sankar V, Brennan MT, Kok MR, et al. Etanercept in Sjögren's syndrome. A twelve-week randomized, double-blind, placebo-controlled pilot clinical trial. *Arthritis and Rheum*. 2004;50(7):2240-5.

## TOP 10

### 1. TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO MESENQUIMAIS NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO REFRTÁRIO: ESTUDO CLÍNICO PILOTO

*Allogenic mesenchymal stem cells transplantation in refractory systemic lupus erythematosus: a pilot clinical study.* Liang J, Zhang H, Hua B, et al. Ann Rheum Dis. 2010;69:1423-9

O objetivo desse estudo foi determinar a segurança e eficácia do transplante alogênico de células-tronco mesenquimais (CTM) no lúpus eritematoso sistêmico (LES) refratário. No período de março 2007 a novembro de 2008, foram incluídos 15 pacientes com LES persistentemente em atividade que se submeteram ao transplante CTM. Estes foram avaliados quanto às alterações no índice de atividade de doença (Sledai), marcadores sorológicos (anticorpo antinuclear e anti-dsDNA), função renal e porcentagem de células T reguladoras no sangue periférico. A média do tempo de seguimento foi de  $17,2 \pm 9,5$  meses. Todos os participantes apresentaram melhora clínica seguida do tratamento com CTM com redução significativa do escore do Sledai e da proteinúria de 24 h. Após 12 meses de seguimento, o Sledai reduziu de  $12,2 \pm 3,3$  para  $3,2 \pm 2,8$ , e a proteinúria de  $2505,0 \pm 1323,9$  para  $858 \pm 800,7$  mg/24h ( $p < 0,05$ ). Após um ano de acompanhamento de 13 pacientes, dois apresentaram recidiva do quadro de proteinúria, enquanto os demais evoluíram com baixa atividade de doença. Os níveis de anti-dsDNA também diminuíram. Manifestações clínicas não renais apresentaram melhora significativa. Não foram observados eventos adversos sérios durante o estudo. Os autores concluem que o transplante alogênico de CTM no lúpus refratário resulta na redução da atividade de doença, melhora dos marcadores sorológicos e estabilização da função renal. Sugere-se ainda que o transplante de CTM seja um tratamento benéfico nos pacientes com LES refratário ao tratamento convencional.

### 2. EFEITO DO SILDENAFIL NAS ÚLCERAS DIGITAIS NA ESCLEROSE SISTÊMICA: ANÁLISE DE UM ESTUDO PILOTO DE UM ÚNICO CENTRO

*Effect of sildenafil on digit ulcers in systemic sclerosis: analysis from a single centre pilot study.* Brueckner CS, Becker MO, Kroencke T, et al. Ann Rheum Dis. 2010;69:1475-8

A esclerose sistêmica (ES) é uma doença sistêmica com grande impacto no prognóstico e na qualidade de vida. A vasculopatia é uma característica precoce e proeminente, sendo esta representada pelo fenômeno de Raynaud (FR), presença de úlceras digitais (UDs) e hipertensão arterial pulmonar (HAP). Avanços terapêuticos recentes sugerem mecanismos patogênicos comuns e o importante papel da ativação do receptor de endotelina na vasculopatia associada a ES. Entretanto, os bloqueadores do receptor de endotelina, como a bosentana, são eficazes na prevenção de UD, mas não são capazes de cicatrizá-las, revelando os diferentes mecanismos de prevenção e cicatrização destas. O iloprost intravenoso é geralmente utilizado no tratamento de UD, porém seu efeito na prevenção de úlceras não foi estudado até o momento. Dessa forma, o sildenafil, inibidor seletivo do monofosfato cíclico de guanosina (GMPc)-específico da fosfodiesterase 5 e potente agente no aumento dos níveis de óxido nítrico endógeno, torna-se um atraente candidato no tratamento das vasculopatias associadas a ES. A proposta desse estudo piloto foi analisar o efeito do sildenafil na cicatrização das UD e relacionar com os sintomas clínicos presentes. Foram incluídos 19 pacientes com ES tratados com dose máxima tolerada de sildenafil por seis meses consecutivos. Inicialmente, estavam presentes o total de 49 UD, evoluindo com significativa redução para 17 úlceras no final do tratamento ( $p < 0,001$ ). Além disso, observou-se significativa redução da dor e do escore da escala visual analógica (EVA) para o FR, bem como melhora da atividade ( $p = 0,003$ ,  $p = 0,002$  e  $p = 0,05$ , respectivamente). Nove participantes desse estudo desenvolveram 12 novas UD durante o tratamento com sildenafil. Portanto, o estudo piloto sugere que o sildenafil seja um importante agente terapêutico na cicatrização das UD, assim como na melhora do FR e sintomas associados. No entanto, são necessários estudos controlados para sua validação.

### 3. MALIGNIDADE E MIOSITE: RECENTES AUTOANTICORPOS E NOVOS INSIGHTS

*Malignancy and myositis: novel autoantibodies and new insights.* Callaghan AS, Trallero-Araguás E, Graun-Junyent J, et al. Curr Opin Rheumatol. 2010;22:627-32.

Dados recentes corroboram a ideia de que as miopatias inflamatórias, particularmente a dermatomiosite, são doenças paraneoplásicas. O *screening* para câncer é geralmente recomendado para os pacientes que se encontram nestas condições, mas não há um consenso quanto a sua frequência e como esta avaliação deve ser realizada. Este artigo de revisão tem como objetivo destacar os avanços atuais na compreensão desta relação, câncer e miosite, e ainda descrever novos dados para aprimorar a abordagem do *screening* de câncer nos pacientes com miosite. Novo autoanticorpo descrito contra uma proteína nuclear 155kDa, identificado como fator de transcrição 1-gama intermediário, demonstrou-se útil no rastreamento para câncer em pacientes com dermatomiosite. A detecção do tumor oculto através da tomografia computadorizada/PET (PET/CT) surge como uma boa alternativa para o amplo *screening* convencional. A combinação de ambos os métodos, a detecção do autoanticorpo contra p155/140 e o estudo PET/CT podem ser a melhor forma de apurar a presença de malignidade oculta em pacientes com dermatomiosite. Conclui-se que técnicas inovadoras de imagem e novas possibilidades de sorologia imunológica têm ampliado a acurácia na detecção de câncer maligno oculto nos pacientes com dermatomiosite. Todavia, o diagnóstico de câncer nesta população permanece indefinível em alguns casos. Estudos adicionais são necessários para aprimorar o conhecimento sobre a associação entre miosite e câncer.

#### 4. MIOPATIA POR ESTATINA: UMA REVISÃO DO RECENTE PROGRESSO

*Statin myopathy: a review of recent progress.* Mammen AL, Amato AA. *Curr Opin Rheumatol.* 2010;22:644-50

As estatinas são comumente prescritas como hipolipemiantes que reduzem significativamente o risco de eventos cardiovasculares. No entanto, estas possuem um efeito miotóxico, podendo variar em sua gravidade de mialgia à rabdomiólise. O objetivo deste artigo de revisão é salientar o progresso na definição das características clínicas e mecânicas da miopatia induzida por estatinas. Embora a miopatia grave seja um evento raro, a grande maioria dos estudos sugere que a mialgia e o dano muscular possam ocorrer em um número substancial de pacientes em uso de estatinas. Pacientes em uso de tal medicação em elevadas doses apresentam maior risco de efeitos adversos musculares graves, assim como aqueles dotados

de polimorfismo no gene que codifica o transportador hepático da estatina. Apesar de o mecanismo de dano muscular não estar totalmente elucidado até o momento, um número expressivo de estudos *in-vitro* propõem que a inibição da prenilação de proteína possa estar sujeita à efeitos miotóxicos das estatinas, possivelmente por meio da indução de vias pró-apoptóticas. Além disso, estudos atuais revelam as estatinas como um fator desencadeante da miopatia necrotizante imunomediada com algumas características das polimiosites. Desse modo, os autores concluem que a miopatia grave seja um evento adverso raro e autolimitado do uso das estatinas, embora a mialgia seja uma característica frequente e limite seu uso em alguns casos. Evidências recentes também destacam a associação das estatinas a uma única forma de miopatia imunomediada, sendo, neste caso, necessário a terapia imunossupressora.

#### 5. ALBUMINA SÉRICA COMO MARCADOR DE ATIVIDADE DE DOENÇA NOS PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

*Serum albumin as a marker for disease activity in patients with systemic lupus erythematosus.* Yip J, Aghdassi E, Su J, et al. *J Rheumatol.* 2010; 37:1667-72

O objetivo desse estudo foi avaliar a albumina sérica como marcador de atividade de doença em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES) com e sem envolvimento renal (LN, LNN). Foram incluídos 1.078 pacientes, provenientes do registro da University of Toronto Lupus Clinic, com diagnóstico de LES segundo os critérios propostos pelo American College of Rheumatology (ACR). Pacientes com mais de três visitas clínicas no período máximo de dez anos de seguimento foram selecionados para o estudo. Estes foram classificados em três grupos distintos, de acordo com o acometimento renal, tais como: pacientes com nefrite lúpica definidos através dos achados histológicos da biópsia renal (LN-B), pacientes com nefrite lúpica definidos através de alterações laboratoriais na ausência da biópsia renal (LN-L) e pacientes com LES sem envolvimento renal (LNN). A albumina sérica, o anticorpo anti-dsDNA e o índice de atividade de doença (Sledai-2K) foram obtidos no início e em cada visita durante o seguimento dos participantes. Posteriormente, os pacientes com nefrite lúpica foram estratificados de acordo com a presença de proteinúria. As associações entre o Sledai-2K, a albumina sérica e o anticorpo anti-dsDNA foram avaliados



utilizando-se do modelo misto de regressão. Do total de 1.078 pacientes estudados, 89% eram do sexo feminino, 71,5% brancos, com idade média de 33,6 anos e o Sledai-2K mediano de 8. Observou-se uma correlação significativa entre a albumina sérica e o Sledai-2K nos grupos LN-B e LN-L ( $r = -0,62$  e  $r = -0,59$ , respectivamente;  $p < 0,001$ ). A associação também foi encontrada, mas de forma menos expressiva, no grupo LNN ( $r = -0,30$ ). Na análise do grupo de pacientes com nefrite lúpica e proteinúria, a albumina sérica também esteve fortemente associada ao Sledai-2K ( $r = -0,62$  e  $r = -0,63$ , respectivamente,  $p < 0,001$ ). Dessa forma, os autores sugerem a albumina sérica como um teste de *screening* satisfatório para a avaliação de atividade de doença, principalmente naqueles com envolvimento renal e na presença de proteinúria.

#### 6. ACUPUNTURA PARA CONDIÇÕES REUMATOLÓGICAS: UMA VISÃO DE REVISÕES SISTEMÁTICAS

*Acupuncture for rheumatic conditions: an overview of systematic reviews.* Ernst E, Lee MS. *Rheumatology*. 2010;49:1957-61

Inúmeras revisões sistemáticas avaliaram a efetividade da acupuntura para várias doenças reumatológicas, porém muitas com conclusões bastante contraditórias. O objetivo desse trabalho foi avaliar de forma crítica as publicações mais relevantes entre os anos de 2000 e 2010. Identificou-se, então, 238 trabalhos, mas somente 30 estudos foram selecionados por atender a critérios predefinidos. Foram relacionadas às seguintes condições: fibromialgia, dor lombar, epicondilite, artrite reumatoide, cialgia, mialgias, cervicalgia, ombro congelado, doenças ortopédicas, osteoartrose e espondiloartropatias. Essas três últimas não foram detalhadas pelos autores e as evidências de benefícios não são consistentes para a maioria delas. A análise final dos autores sugeriu, portanto, que a acupuntura é relativamente efetiva para lombalgia, cervicalgia e osteoartrose, porém não há evidência suficiente para recomendar esse procedimento para fibromialgia e artrite reumatoide.

#### 7. A UTILIDADE DIAGNÓSTICA DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NAS ESPONDILOARTROPATIAS. EVOLUÇÃO INTERNA-CIONAL E MULTICÊNTRICA DE 187 PACIENTES

*The diagnostic utility of magnetic resonance imaging in spondylarthritis. An international multicenter evolution of one hundred eighty-seven subjects.* Weber U, Lambert RGW, Østergaard M, et al. *Arthritis & Rheum*. 2010;62:3048-58

O diagnóstico precoce das espondiloartropatias (EA) representa um grande desafio e a ressonância magnética (RM) tem assumido um papel importante da detecção da sacroileíte. O objetivo desse estudo foi avaliar a utilidade desse método na diferenciação de pacientes com EA dos controles saudáveis e com lombalgia inespecífica. Então, cinco leitores independentes avaliaram as imagens das sacroilíacas obtidas de 187 pacientes (75 com EA estabelecida, 27 com dor inflamatória pré-radiográfica, 26 com dor lombar inespecífica e 59 saudáveis). Edema do osso medular, infiltrado de gordura, erosão e anquilose foram avaliados de acordo com definições padronizadas. A utilidade diagnóstica foi elevada para os cinco leitores, tanto dos pacientes com EA (sensibilidade 0,90 e especificidade 0,97) como dos com dor inflamatória pré-radiográfica (sensibilidade 0,51 e especificidade 0,97). A detecção de erosões adicionalmente ao edema ósseo aumentou a sensibilidade (81%) sem alterar a especificidade. Além disso, lesões isoladas foram encontradas em até 27% nos controles saudáveis. Os autores concluíram, portanto, que a análise padronizada das imagens RM tem um papel diagnóstico bastante relevante apesar das limitações do método.

#### 8. COMPARAÇÃO DO PEPTÍDEO NATRIURÉTICO CEBRAL (BNP) E NT-PROBNP NO RASTREAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR EM PACIENTES COM ESCLEROSE SISTÊMICA

*Comparison of brain natriuretic peptide (BNP) and NT-proBNP in screening for pulmonary arterial hypertension in patients with systemic sclerosis.* Cavagna L, Caporali R, Klersy C, et al. *The Journal of Rheumatology*. 2010;37:2030-64

Os peptídeos natriuréticos são considerados efetivos na avaliação de pacientes com suspeita de HAP e o N-terminal pró-peptídeo natriurético cerebral (NT-proBNP) e o BNP são os dois marcadores mais comumente usados. Uma recente metanálise mostrou que o BNP é superior ao NT-proBNP em pacientes com insuficiência cardíaca. O objetivo desse trabalho foi comparar o desempenho desses marcadores no rastreamento de HAP numa coorte de pacientes com esclerose sistêmica (ES), nas formas limitada e difusa. Além da dosagem sérica dos BNP e NT-proBNP e exames gerais, um total de 135 pacientes foram submetidos ao ecocardiograma, DLCO (capacidade de

difusão do CO) e estudo hemodinâmico em casos suspeitos (PAP estimada  $\geq 36$  mm Hg, DLCO  $\leq 50\%$  ou dispneia não explicada). A HAP foi encontrada em 20 pacientes (15 limitada e 5 difusa). A PAP estimada correlacionou com ambos os marcadores. O BNP (área sob a curva 0,74, 95% CI 0,59-0,89) foi um pouco superior que o NT-proBNP (área sob a curva 0,63, 95% CI 0,46-0,80) na identificação da HAP com valores de corte de 64 pg/ml (sensibilidade 60% e especificidade 87%) e de 239,4 pg/ml (sensibilidade 45% e especificidade 90%), respectivamente. BNP ( $p=0,032$ ) e creatinina ( $p=0,049$ ) foram preditores independentes de HAP. Concluiu-se que o desempenho do BNP foi discretamente superior, embora níveis normais desses marcadores não excluam o diagnóstico. Adicionalmente, a redução da função renal está associada ao aumento do risco de HAP nos pacientes com ES.

## 9. AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE E PROGRESSÃO DA ARTERITE DE TAKAYASU COM UM ÍNDICE ESTENDIDO DA DOENÇA

*Assessment of disease activity and progression in Takayasu's arteritis with Disease Extent Index-Takayasu.* Aydin SZ, Yilmaz N, Akar S, et al. Rheumatology. 2010;49:1889-93

O monitoramento da arterite de Takayasu (AT) é um grande desafio, particularmente, pelo fato de as provas inflamatórias não se correlacionarem bem com as manifestações clínicas e de o uso rotineiro de imagens ser limitado. O objetivo desse estudo transversal foi avaliar a efetividade de um novo índice de atividade da doença. O DEI.TAK (Disease Extent Index-Takayasu) contém somente achados clínicos e foi aplicado em 145 pacientes, inicialmente (baseline) e com 29,8 meses. O critério de Kerr e Avaliação Global do Médico (AGM) também foram procedidos. No baseline todos os pacientes tinham um DEI.TAK  $> 0$  e de acordo com a AGM, 62% deles tinham doença ativa. Já no seguimento, 69% apresentavam um DEI.TAK de zero, entretanto, 17% e 27% foram considerados como tendo doença ativa pela AGM e pelo critério de

Kerr, respectivamente. A concordância entre o DEI.TAK e o critério de Kerr foi de 94%. Comparado com a AGM, houve uma concordância de 74% e 68%, respectivamente, com os critérios de Kerr e DEI.TAK. Conclui-se, portanto, que esse novo instrumento parece ter um papel importante na evolução da AT, apesar da menor consistência com a AGM, que, em parte, poderia ser explicado pela influência de exames de imagens e provas inflamatórias nas decisões médicas.

## 10. ASSOCIAÇÃO ENTRE DISFUNÇÃO ENDOTELIAL E HIPERURICEMIA

*Association between endothelial dysfunction and hyperuricaemia.* Ho W, Tsai W, Yu K, et al. Rheumatology. 2010;49:1929-34

Várias evidências epidemiológicas sugerem que o nível sérico de ácido úrico seja um fator de risco independente para doenças cardiovasculares e renais, particularmente, nos pacientes com HAS, DM e insuficiência cardíaca, e acredita-se que a disfunção endotelial exerça um papel importante. O objetivo desse trabalho foi avaliar a função do endotélio em pacientes hiperuricêmicos usando um aparelho de ultrassom (US) periférico de alta resolução (artéria braquial). Então, as medidas ultrassonográficas das vasodilatações mediadas pelo fluxo (dependente do endotélio) e pós-administração de nitroglicerina foram obtidas de 46 sujeitos e igual número de controles saudáveis. Além disso, a dosagem do perfil bioquímico também foi procedida. Todos os parâmetros laboratoriais eram significativamente maiores no grupo hiperuricêmicos, incluindo o peso corporal. Ao contrário, os valores das medidas das vasodilatações eram acentuadamente menores do que o grupo controle [4,45% (3,13%) versus 7,10% (2,48%);  $P < 0,001$ ]. A análise de regressão multivariada mostrou que a presença de hiperuricemia ( $P < 0,001$ ) e o peso ( $P = 0,017$ ) foram considerados determinantes independentes dos baixos valores vasculares. Concluiu-se que os níveis elevados de ácido úrico estão associados à disfunção do endotélio e que a biodisponibilidade reduzida do óxido nítrico parece ser um fator contribuidor relevante.

# ENCONTRO CIENTÍFICO ANUAL DO COLÉGIO AMERICANO DE REUMATOLOGIA (ACR)

No período de 7 a 11 de novembro ocorreu em Atlanta, na Geórgia, o Encontro Científico Anual do Colégio Americano de Reumatologia (ACR). A produção científica do Estado de São Paulo foi representada por 33 trabalhos apresentados na forma de pôsteres, alguns selecionados para apresentação oral. Parabéns a todos os autores pelo excelente trabalho!

## 1. EFFECTIVENESS OF THE GLOBAL POSTURE REEDUCATION METHOD (GPR) AND SEGMENTAL STRETCHING IN THE TREATMENT OF CHRONIC BACK PAIN: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Santos MM<sup>1</sup>, Guimarães LS<sup>2</sup>, Souza LO<sup>2</sup>, Vasconcelos MM<sup>2</sup>, Camargo TM<sup>2</sup>, Develly PC<sup>2</sup>, Fernandes BLF<sup>2</sup>, Trevisani VFM<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo – Unifesp/EPM; <sup>2</sup>Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas

Esse estudo avaliou a eficácia do método de reeducação postural global (RPG) e de exercícios de alongamento segmentares no tratamento da lombalgia crônica. Cento e cinquenta pacientes com dor lombar há pelo menos três meses foram selecionados e randomizados para um de três grupos (50 pacientes em cada): G1 – submetidos a RPG; G2 – submetidos a alongamento segmentar; e G3 – controle. Foi observada redução significativa do nível da dor nos três grupos, com os melhores resultados nos grupos intervenção em relação ao controle e com resposta superior do G1 em comparação ao G2. A melhora na função, na qualidade de vida e a redução no consumo de medicamentos para dor foi maior nos G1 e G2 do que no grupo controle, sendo que a RPG foi superior ao alongamento segmentar.

## 2. SAFETY AND LOW SEROPROTECTION/SEROCONVERSION RATES OF PANDEMIC INFLUENZA A VACCINE (ANTI-H1N1/2009) IN JUVENILE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Campos LM<sup>1</sup>, Silva CAA<sup>1</sup>, Aikawa N<sup>1</sup>, Bonfa E<sup>2</sup>, Trudes G<sup>1</sup>, Ribeiro ACM<sup>2</sup>, Saad CG<sup>2</sup>, Viana VT<sup>2</sup>, Timenetsky MC<sup>3</sup>, Precioso AR<sup>4</sup>, Pereira RMR<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Unidade de Reumatologia Pediátrica,

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>2</sup>Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>3</sup>Instituto Adolpho Lutz, <sup>4</sup>Instituto Butantan

O objetivo desse estudo foi avaliar a imunogenicidade e a segurança da vacina contra o influenzavírus A (H1N1) pandêmico de 2009 em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil (LESJ). Setenta e cinco pacientes com LESJ e 64 controles saudáveis, todos com mais de 9 anos, foram vacinados e avaliados antes e 21 dias após a vacinação. Antes da imunização o percentual de soroproteção foi semelhante entre os grupos, tendo aumentado nos dois grupos após a vacinação, porém de forma significativamente menor no grupo LESJ (74,6% vs 95,3%,  $p=0,0009$ ). Os achados desse estudo sugerem que a vacina seja segura para pacientes com LESJ, mas que seja necessário *booster*, principalmente em vigência da atividade da doença ou do uso de corticoide em altas doses.

## 3. SAFETY AND IMMUNOGENICITY OF INFLUENZA VACCINE (FLUVAC) IN PATIENTS WITH JUVENILE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (JSLE)

Carvalho LM<sup>1</sup>, Silvestre RVD<sup>2</sup>, Mello WA<sup>2</sup>, Ferriani VPL<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; <sup>2</sup>Instituto Evandro Chagas (WHO National Influenza Center), Ananindeua

O objetivo desse estudo foi avaliar a segurança e a imunogenicidade da FluVac no JSLE. Vinte e seis pacientes com JSLE receberam essa vacina. Vinte e cinco eram tratados com prednisona e 17 com imunossupressores. Anticorpos contra a influenza foram medidos antes e 4 a 6 semanas após a vacinação. As taxas de soroproteção após

a vacinação foram de 92% para a cepa A/H1N1, 73% para a A/H3N2 e 100% para a cepa B. O uso de medicamentos não interferiu nas taxas de seroproteção ou seroconversão. Não houve diferenças no Sledai, VHS ou títulos de anticorpos anti-DNA e anticardiolipina. Sintomas no local da injeção ocorreram em cinco pacientes e dois tiveram tosse e rinorreia. Dessa forma, essa vacina parece ser segura e imunogênica em pacientes com JSLE.

#### 4. FRAGILITY FRACTURES IN BRAZILIAN COMMUNITY-DWELLING ELDERLY: PREVALENCE AND RISK FACTORS

Lopes JB, Figueiredo CP, Takayama L, Caparbo VF, Pereira RMR. Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Esse estudo estimou a prevalência de fraturas de fragilidade e investigou os fatores associados a essa condição em uma população de idosos da comunidade. Foram avaliados 1.075 idosos (659 mulheres e 416 homens). Foram consideradas fraturas de fragilidade as que ocorreram em locais típicos de fragilidade óssea e resultantes de queda da própria altura ou menor, após os 50 anos de idade. A prevalência de fraturas foi de 11,9% e os principais locais foram antebraço (50,4%), úmero (19,7%), fêmur (11,2%) e costelas (8,7%). As mulheres apresentaram mais fraturas do que os homens (15,3% vs 6,5%) e os principais fatores de risco foram raça caucasiana e o T-score no colo do fêmur. Nos homens, além do T-score do colo do fêmur, o tabagismo e o diabetes melito foram fatores de risco significativos.

#### 5. PRELIMINARY COMPARISON OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH LUPUS ACROSS DIFFERENT CONTINENTS

Moorthy LN<sup>1</sup>, Saad-Magalhães C<sup>2</sup>, Sato JO<sup>2</sup>, Len CA<sup>3</sup>, Hilário MO<sup>3</sup>, Sztajn bok F<sup>4</sup>, Almeida RG<sup>4</sup>, Qi Wu F<sup>5</sup>, Huang XL<sup>5</sup>, Falcini F<sup>6</sup>, Rigante D<sup>7</sup>, Cimaz R<sup>8</sup>, Lopez JA<sup>9</sup>, Modesto C<sup>10</sup>, Cuttica RJ<sup>11</sup>, Van Suijlekom-Smit LWA<sup>12</sup>, Otten MH<sup>12</sup>, Baratelli MJ<sup>1</sup>, Peterson MGE<sup>14</sup>, Hassett AL<sup>15</sup>, Lehman TJA<sup>16</sup>. <sup>1</sup>University of Medicine and Dentistry of NJ – Robert Wood Johnson Medical School, New Brunswick, NJ; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual de São Paulo; <sup>3</sup>Universidade Federal de São Paulo; <sup>4</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro; <sup>5</sup>Capital Institute of Pediatrics; <sup>6</sup>Pediatrics – Univ. of Florence,

University of Florence, Florence; <sup>7</sup>Università Cattolica Sacro Cuore; <sup>8</sup>Pediatrics, University of Firenze, Firenze; <sup>9</sup>Hospital Sant Joan de Déu; <sup>10</sup>Hospital Infantil Valle De Hebron; <sup>11</sup>Hospital de Pediatria Pedro de Elizalde; <sup>12</sup>Erasmus MC, Sophia Childrens Hospital; <sup>13</sup>University of Medicine and Dentistry of NJ – Robert Wood Johnson Medical School, New Brunswick, NJ; <sup>14</sup>Hospital for Special Surgery; <sup>15</sup>Anesthesiology – Chronic Pain & Fatigue Research Center, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, MI; <sup>16</sup>Hosp for Special Surgery, New York, NY

O “Simple Measure of Impact of Lupus Erythematosus in Youngsters®” (Smiley®) é um questionário de qualidade de vida relacionada à saúde, utilizado no lúpus eritematoso sistêmico pediátrico. Nesse estudo foi feita a análise da pontuação desse questionário em diferentes países para examinar os fatores que podem influenciar nos resultados. Participaram 125 crianças (106 meninas) e seus pais, da América do Sul, Europa e Ásia. Na análise preliminar, foram observadas diferenças entre o Smiley e a idade entre os continentes, influenciadas pela idade e cultura. As crianças da China foram as mais jovens e com a maior pontuação no questionário (maior qualidade de vida).

#### 6. DECREASED VITAMIN D LEVELS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Peracchi OAB<sup>1</sup>, Munekata RV<sup>2</sup>, Terreri MTRA<sup>2</sup>, Sarni ROA<sup>2</sup>, Lazaretti M<sup>2</sup>, Hilario MOE<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo, São Paulo; <sup>2</sup>Universidade Federal de São Paulo

Esse estudo avaliou os níveis de 25 (OH) vitamina D3 e suas associações em 30 crianças e adolescentes com lúpus eritematoso sistêmico e 30 controles. Os níveis foram dosados na primavera. Foi observada uma diferença significativa nos níveis de 25 (OH) D3 entre pacientes e controles, com 50% dos pacientes e 20% dos controles apresentando níveis baixos da vitamina. Não foi observada associação entre baixos níveis de 25 (OH) D3 e PTH nos grupos. Também não foi observada associação entre 25 (OH) D3 e atividade da doença pelo Sledai, bem como com baixa densidade mineral óssea. Assim, crianças e adolescentes com lúpus podem apresentar baixos níveis de vitamina D, mas sem associação com a atividade da doença, níveis elevados de PTH e alterações na densidade mineral óssea.

## 7. TNF BLOCKAGE IN SPONDYLOARTHRITIS: INDUCTION OF ALVEOLAR BONE GROWTH IN TEETH WITH PERIODONTAL DISEASE?

Fabri GMC<sup>1</sup>, Savioli C, Saad CGS<sup>3</sup>, Calich ALG<sup>3</sup>, Moraes JCB<sup>3</sup>, Ribeiro ACM<sup>3</sup>, Carvalho JF<sup>3</sup>, Sampaio-Barros P<sup>3</sup>, Silva CA<sup>2</sup>, Pereira RM<sup>3</sup>, Siqueira JTT<sup>4</sup>, Bonfá E<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Divisão de Odontologia e Reumatologia (CEDMAC), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo; <sup>2</sup>Unidade de Reumatologia Pediátrica, Divisão de Reumatologia (CEDMAC), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>3</sup>Divisão de Reumatologia (CEDMAC), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>4</sup>Divisão de Odontologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Estudos prévios mostraram que pacientes com espondiloartrite (SpA) apresentam alto risco de doença periodontal (DP) e que a SpA pode induzir formação óssea periosteal. Dessa forma, foi avaliado o efeito local da terapia com antagonistas do TNF na DP em pacientes com SpA. Foram avaliados 19 pacientes com SpA na visita basal e após seis meses de terapia anti-TNF. Não foram observadas diferenças nas medidas clínicas de severidade da doença periodontal, inflamação da gengiva e higiene oral seis meses após o uso de anti-TNFs. DP foi identificada em 42% dos pacientes e após seis meses de uso de anti-TNF houve persistência da placa e do índice de sangramento gengival, mas houve melhora de um índice que sugere formação óssea local, o que pode ser uma consequência do bloqueio do TNF nesses pacientes.

## 8. IDENTIFICATION OF *BORRELIA BURGDORFERI* IN BRAZIL: THE ETIOLOGIC AGENT OF BRAZILIAN LYME DISEASE-LIKE SYNDROME (BAGGIO-YOSHINARI SYNDROME)

Mantovani E, Marangoni RG, Gauditano G, Bonoldi VLN, Yoshinari NH. Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

O objetivo desse estudo foi identificar o agente etiológico da síndrome de Baggio-Yoshinari (SBY) por método de tipagem molecular baseado em PCR para um gene que sintetiza o flagelo (flgE) da *Borrelia burgdorferi*. Oito pacientes que preenchem os critérios para SBY foram selecionados de novembro de 2008 a outubro de 2009. O grupo controle foi formado por 30 voluntários saudá-

veis. Quatro amostras (50%) foram positivas para o gene flgE pela PCR, apresentando 99% de homologia. Todas as amostras do grupo controle foram negativas. Assim, pela primeira vez foi identificada *B. burgdorferi* na América do Sul, a qual pode causar doença de Lyme nos Estados Unidos e Eurásia e SBY no Brasil.

## 9. REDUCTION OF THE FOOT PLANTAR MAXIMUM VERTICAL FORCE USING MEDIAL-WEDGE INSOLES IN VALGUS KNEE OSTEOARTHRITIS

Rodrigues PT<sup>1</sup>, Pereira RMR<sup>1</sup>, Greve JMD<sup>2</sup>, Fuller R<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>2</sup>Divisão de Reabilitação, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Foi avaliada a força vertical plantar máxima em pacientes com osteoartrite (OA) no compartimento lateral de joelhos valgus utilizando palmilha com cunha medial associada a suporte do tornozelo. Um total de 42 pés de 21 mulheres com OA bilateral de joelhos com deformidade em valgo  $\geq 8$  graus foram avaliados. Os pacientes foram avaliados com: 1) sapatos sem palmilhas (controles); 2) com palmilhas com cunha medial; e 3) com palmilhas e suporte de neoprene do tornozelo. A força vertical máxima foi significativamente menor nas pacientes em uso de palmilhas com cunha medial e com o uso de suporte de tornozelo do que nos controles. O suporte ainda promoveu redução adicional na força em comparação ao uso isolado da palmilha. Esses achados podem resultar de uma distribuição mais homogênea da carga no joelho e tornozelo envolvidos.

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

Savioli C<sup>1</sup>, Fabri GMC<sup>2</sup>, Calich AL<sup>3</sup>, Ribeiro ACM<sup>3</sup>, Moraes JC<sup>3</sup>, Saad CG<sup>3</sup>, Carvalho JF<sup>3</sup>, Silva CA<sup>4</sup>, Bonfá E<sup>3</sup>, Siqueira JTT<sup>5</sup>. <sup>1</sup>Divisão de Odontologia e Reumatologia (CEDMAC), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Osasco, São Paulo; <sup>2</sup>Divisão de Odontologia e Reumatologia (CEDMAC), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>3</sup>Divisão de Reumatologia (CEDMAC), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>4</sup>Unidade de Reumatologia Pediátrica, Divisão de Reumatologia (CEDMAC), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>5</sup>Divisão de Odontologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo



Foram avaliados de forma prospectiva os efeitos da terapia anti-TNF na doença periodontal e suas possíveis associações com a resposta ao tratamento na artrite reumatoide (AR). Vinte pacientes com AR foram avaliados antes e após seis meses de terapia anti-TNF. Não foram observadas diferenças na placa, no sangramento gengival e em outros índices de avaliação periodontal apesar de uma significativa redução no DAS28 após seis meses de tratamento anti-TNF. Uma análise adicional mostrou que pacientes com doença periodontal no Baseline apresentaram falta de resposta aos anti-TNFs, enquanto pacientes sem doença periodontal tiveram melhora significativa no DAS28 e VHS após seis meses. Esses dados sugerem que um estado inflamatório sustentado da gengiva possa dificultar a resposta ao tratamento na AR aos anti-TNFs.

## 11. TREATING RHEUMATOID ARTHRITIS TO TARGET MULTINATIONAL RECOMMENDATIONS ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

Haraoui B<sup>1</sup>, Smolen JS<sup>2</sup>, Aletaha D<sup>3</sup>, Breedveld FC<sup>4</sup>, De Wit M<sup>5</sup>, Dougados M<sup>6</sup>, Emery P<sup>7</sup>, Gibofsky A<sup>8</sup>, Van Der Heijde DM, Burmester GR<sup>9</sup>, Cardiel-Rios M<sup>10</sup>, Codreanu C<sup>11</sup>, Durez P<sup>12</sup>, Fonseca JE<sup>13</sup>, Graninger WB<sup>14</sup>, Hamuryudan V<sup>15</sup>, Jannaut-Pena MJ, Kalden J<sup>16</sup>, Kvien TK<sup>17</sup>, Laurindo IMM<sup>18</sup>, Montecucco C<sup>19</sup>, Silva JAP<sup>20</sup>, Poor G<sup>21</sup>, Moreno PIS<sup>22</sup>, Stanislawska-Biernat E<sup>23</sup>, Takeuchi T<sup>24</sup>, and the Treat to Target Taskforce. <sup>1</sup>Rheumatic Disease Unit, Institut de Rhumatologie, Montreal, QC; <sup>2</sup>2nd Department of Medicine, Krankenhaus Lainz, Vienna; <sup>3</sup>Dept of Rheumatology, Medical University of Vienna, Vienna; <sup>4</sup>Dept. of Rheumatology, Leiden University, Medical Centre, Leiden the Netherlands; <sup>5</sup>VU Medical Centre, Department of Medical Humanities, Amsterdam, The Netherlands; <sup>6</sup>Rheumatology, Hospital Cochin, Paris; <sup>7</sup>Academic Unit of Musculoskeletal, Chapel Allerton Hospital, Leeds; <sup>8</sup>Rheumatology/Medicine, Hospital for Special Surgery, New York, NY; <sup>9,10</sup>Dept of Rheumatology, Charite - University Medicine, Berlin; <sup>11</sup>Facultad de Ciencias Medicas y Biologicas Dr. Ignacio Chavez UMSNH, Morelia, Michoacan, Mexico; <sup>12</sup>Center of Rheumatic Diseases, Bucharest, Romania; <sup>13</sup>Universite Catholique de Louvain, Brussels, Belgium; <sup>14</sup>Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal; <sup>15</sup>Rheumatology Med Klink, Medical University of Graz, Austria, Graz; <sup>16</sup>Istanbul University, Cerrahpasa Medical School, Istanbul, Turkey; <sup>17,18</sup>Institute for Clinical Immunology, Erlangen, Germany; <sup>19</sup>Dept of Rheumatology, Diakonhjemmet Hospital, Oslo; <sup>20</sup>Division of Rheumatology, Universidade

de São Paulo, Brasil; <sup>21</sup>IRCCS Policlinico S Matteo, Pavia, Italy; <sup>22</sup>University of Coimbra, Portugal, Algés; <sup>23</sup>National Institute of Rheumatology and Physiotherapy, Budapest, Hungary; <sup>24</sup>Rheumatology/Immunology, Hospital Militar Central, Bogotá; <sup>25</sup>Institute of Rheumatology, Warszawa, Poland; <sup>26</sup>Div of Rheum, Keio University, Tokyo

Os objetivos desse trabalho foram medir o grau de concordância e de aplicabilidade das dez recomendações desenvolvidas pelo Treat to Target Initiative (Smolen JS, et al. Ann Rheum Dis. 2010) para o tratamento da artrite reumatoide. Um total de 1.568 médicos de 33 países responderam basicamente a dois questionários: escalas de Likert de 10 e de 4 pontos para avaliar o grau de concordância e para medir o nível de aplicação das recomendações na prática clínica, respectivamente. Em relação aos resultados, chama-se a atenção às recomendações 1 (remissão clínica) e 10 (educação do paciente) que receberam os maiores escores de concordância. A maioria dos participantes que não estavam usando essas recomendações concordou em mudar sua prática. Embora esforços adicionais sejam necessários para motivar os profissionais hesitantes, essas proposições, baseadas em evidências e consensos, tiveram boa aceitabilidade por parte da comunidade médica internacional.

## 12. NANOPARTICLES OF LDE: A POTENTIAL DELIVERY ROUTE FOR MTX IN SINOVIAL TISSUE OF ANTIGEN-INDUCED ARTHRITIS

Mello SBV<sup>1</sup>, Bonfá E<sup>2</sup>, Valduga CJ<sup>3</sup>, Bugaralli A<sup>3</sup>, Tavares ER<sup>3</sup>, Maranhão R<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP; <sup>2</sup>Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>3</sup>Instituto do Coração (InCor), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia anti-inflamatória de uma nanoemulsão rica em colesterol acoplada ao MTX (MTX-LDE) na artrite induzida por antígeno (AIA) em coelhos. A artrite foi induzida no joelho por albumina sérica metilada. Os parâmetros inflamatórios analisados foram: contagem total e diferencial de leucócitos, extravasamento de proteínas no fluido sinovial e avaliação histopatológica da membrana sinovial. O estudo sugere que o MTX-LDE é eficaz, bem tolerado e exibe um efeito rápido, provavelmente como resultado de sua

boa captação pelo tecido sinovial. Esta nova estratégia terapêutica representa uma opção de tratamento para a artrite reumatoide.

### 13. INTESTINAL MICROSPORIDIOSIS: HIGH RISK IN RHEUMATIC DISEASES PATIENTS UNDER ANTI-TNF THERAPY COMBINED WITH METHOTREXATE

Aikawa NE<sup>1</sup>, Twardowsky AO<sup>2</sup>, Carvalho J<sup>2</sup>, Silva C<sup>3</sup>, Silva I<sup>4</sup>, Medeiros A<sup>2</sup>, Gonçalves C<sup>2</sup>, Moraes J<sup>2</sup>, Bonfa E<sup>5</sup>. <sup>1</sup>Divisão de Reumatologia (CEDMAC) e Unidade de Reumatologia Pediátrica, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo; <sup>2</sup>Divisão de Reumatologia (CEDMAC), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>3</sup>Divisão de Reumatologia (CEDMAC) e Unidade de Reumatologia Pediátrica, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>4</sup>Divisão de Reumatologia (CEDMAC) e Divisão de Infectologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>5</sup>Reumatologia, Faculdade Medicina, São Paulo

Este estudo avaliou a microsporidiose, uma frequente doença oportunista intestinal, e outros parasitas intestinais patogênicos em pacientes com doenças reumáticas em uso de drogas antirreumáticas (DMARDs) e terapias com agentes biológicos. Foram avaliados 98 pacientes com diversas doenças reumáticas com três amostras de fezes e exame microscópico para a detecção de oocistos de protozoários patogênicos, cistos, ovos e larvas de helmintos. Foi identificado que a microsporidiose é uma infecção oportunista frequente em pacientes com doenças reumáticas em uso de metotrexato e tratamento com anti-TNF, independentemente dos sintomas gastrointestinais e, portanto, a investigação de microsporídios é altamente recomendada para o diagnóstico precoce.

### 14. PHYSICAL EXERCISE IMPROVES ENDOTHELIAL FUNCTION IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Reis Neto ET, Silva AE, Monteiro CMC, Camargo LM, Silva NP, Pinheiro MM, Sato EI. Universidade Federal de São Paulo

O objetivo foi avaliar o efeito do exercício físico supervisionado (SPE) na função endotelial (EF) de 21 pacientes do sexo feminino com lúpus. Foram avaliadas a qualidade de vida, a fadiga, a tolerância ao exercício físico e a com-

posição corporal. As pacientes foram avaliadas no início e após 16 semanas por ultrassonografia de alta resolução da artéria braquial em condições de repouso, após hipermemia reativa (dilatação fluxo-mediada da febre aftosa) e após nitroglicerina oral (GTMD) para avaliar a função endotelial. Demonstrou-se que a SPE pode melhorar a função endotelial em pacientes com LES. O exercício físico pode ser uma estratégia útil para a prevenção da morbidade e mortalidade nesses pacientes.

### 15. ACCURACY OF THE EARLY DETECTION OF JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS QUESTIONNAIRE – A MULTICENTER STUDY

Len CA<sup>1</sup>, Paulo LTP<sup>1</sup>, Terreri MTRA<sup>1</sup>, Sacchetti SB<sup>2</sup>, Ferriani VPL<sup>3</sup>, Silva CAA<sup>4</sup>, Barbosa CMP<sup>5</sup>, Lotufo S<sup>6</sup>, Marini R<sup>7</sup>. <sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP; <sup>2</sup>Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP; <sup>3</sup>Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP; <sup>4</sup>Universidade de São Paulo, São Paulo, SP; <sup>5</sup>Hospital Darcy Vargas, São Paulo, SP; <sup>6</sup>Hospital Menino Jesus, São Paulo, SP; <sup>7</sup>Universidade Estadual de Campinas, SP

O objetivo deste estudo foi avaliar a confiabilidade de um questionário de artrite inicial (EDA-12) na detecção de casos suspeitos de artrite idiopática juvenil (AIJ), em 660 crianças com idade média de nove anos, em sete ambulatórios de referência em reumatologia pediátrica de três grandes áreas urbanas. Na primeira consulta (espontânea ou não) foi aplicado o questionário aos pais e o diagnóstico definitivo foi registrado, pelo menos após um período de segmento de seis meses. O EDA-12 demonstrou confiabilidade na discriminação dos casos suspeitos de AIJ e reforçou sua importância como ferramenta para auxiliar na primeira consulta médica.

### 16. SYNOVIAL EXTRACELLULAR MATRIX REMODELING IN EXPERIMENTAL MODEL OF DIABETES

Atayde SA<sup>1</sup>, Andrade PC<sup>2</sup>, Catanozi S<sup>2</sup>, Nakandakare ER<sup>2</sup>, Passarelli M<sup>2</sup>, Velosa APP<sup>2</sup>, Capelozzi VL<sup>2</sup>, Parra ER<sup>2</sup>, Hajime Yoshinari N<sup>2</sup>, Teodoro WR<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidade de São Paulo, São Paulo, SP; <sup>2</sup>Universidade de São Paulo.

O objetivo deste estudo foi avaliar os componentes da matriz extracelular e, especialmente, a lesão vascular no tecido sinovial após a indução do diabetes (injeção de

estreptozotocina) em 30 ratos. O grupo controle recebeu solução salina. Peso, glicemia e análise de lisina plasmática anticarboximetil foram avaliados após 70 dias. Após a eutanásia, as sinóvias dos joelhos foram isoladas e incluídas em parafina. Níveis mais elevados de glicose no sangue e anticarboximetil-lisina plasmática foram vistos no Grupo Diabético (GD), quando comparado ao Grupo Controle (GC). Houve intensa remodelação e deposição de colágeno na sinóvia de animais com diabetes induzida por estreptozotocina, o que pode explicar a fisiopatologia das disfunções musculoesqueléticas observadas em pacientes diabéticos.

### 17. MHC CLASSES I AND II EXPRESSIONS IN MEMBRANE AND CYTOPLASM OF MUSCLE FIBERS IN UNTREATED JUVENILE AND ADULT DERMATOMYOSITIS

Sallum AME<sup>1</sup>, Shinjo SK<sup>1</sup>, Carvalho MS<sup>1</sup>, CAA<sup>1</sup>, Levy-Neto M<sup>1</sup>, Marie SKN<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

O objetivo deste estudo foi avaliar a expressão do MHC classes I e II nas fibras musculares como um marcador precoce e tardio de pacientes tratados e não tratados com dermatomiosite do adulto (ADM). Vinte e sete pacientes com ADM e 34 com dermatomiosite juvenil (DMJ) foram incluídos. As expressões destes antígenos de histocompatibilidade na membrana e no citoplasma das fibras musculares não se correlacionaram com as características sociodemográficas, clínicas, laboratoriais e com a duração da doença antes da biópsia muscular. A frequência da expressão de MHC I nas fibras musculares foi menor na ADM do que na DMJ, enquanto a do MHC II foi maior. Concluiu-se que essas ferramentas de diagnóstico podem ser utilizadas rotineiramente independentemente do período de tempo até a biópsia muscular.

### 18. BELIMUMAB, A BLYS-SPECIFIC INHIBITOR, SIGNIFICANTLY REDUCED AUTOANTIBODIES, NORMALIZED LOW COMPLEMENT, AND REDUCED SELECTED B-CELL POPULATIONS IN PATIENTS WITH SEROPOSITIVE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE): THE PHASE 3 BLISS STUDIES

Stohl W<sup>1</sup>, Hiepe F<sup>2</sup>, Thomas M<sup>3</sup>, Scheinberg MA<sup>4</sup>, Clarke AE<sup>5</sup>, Aranow C<sup>6</sup>, Jimenez R<sup>7</sup>, Wellborne F<sup>8</sup>, Abud-Mendoza C<sup>9</sup>, Hough D<sup>10</sup>, Pineda L, Migone TS<sup>10</sup>, Freimuth W<sup>10</sup>, Chatham

WW<sup>11</sup>, on behalf of the BLISS-52 and -76 Study Groups. <sup>1</sup>USC Keck School of Medicine, Los Angeles, CA, Los Angeles, CA; <sup>2</sup>Charité Universitätsmedizin, Berlin, Germany, Berlin; <sup>3</sup>Kerala Institute of Medical Sciences, Trivandrum, India, Trivandrum; <sup>4</sup>Hospital Abreu Sodré Pesquisa Clínica, São Paulo, Brazil, São Paulo, SP; <sup>5</sup>McGill University Health Centre, The Montreal General Hospital, Montreal, Quebec, Canada, Montreal, QC; <sup>6</sup>The Feinstein Institute for Medical Research, Manhasset, NY, Manhasset, NY; <sup>7</sup>Hospital G. Fricke, Vina del Mar, Chile, Vina del Mar; <sup>8</sup>Houston Institute for Clinical Research, Houston, TX, Houston, Texas; <sup>9</sup>Hospital Central y Facultad de Medicina, San Luis Potosí, SLP, México, San Luis Potosí; <sup>10</sup>Human Genome Sciences, Inc, Rockville, MD, Rockville, Maryland; <sup>11</sup>UAB Arthritis Clinical Intervention Program, Birmingham, AL, Birmingham, AL

O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos de belimumabe sobre biomarcadores e populações de células B e T em pacientes com LES. Pacientes tratados com belimumabe tiveram aumentos significativamente maiores nos níveis de C3 e C4, com aumento da resposta ao tratamento com o aumento da dose. O belimumabe reduziu significativamente diferentes subgrupos de células B circulantes, mas não subpopulações de células T. A conclusão é que o tratamento com belimumabe levou à rápida, significativa e sustentada redução dos autoanticorpos, com normalização de C3, C4 e da hipergamaglobulinemia em comparação com placebo. Estes resultados, bem como a redução seletiva de células B e subpopulações de células de vida curta no plasma, são consistentes com o mecanismo de ação do belimumabe.

### 19. STRESS IN ADOLESCENTS WITH IDIOPATHIC MUSCULOSKELETAL PAIN

Molina J<sup>1</sup>, Santos FH<sup>2</sup>, Vitale MS<sup>1</sup>, Hilário MOE<sup>1</sup>, Terreri MTRA<sup>1</sup>, Silva SGL<sup>1</sup>, Len CA<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP; <sup>2</sup>Universidade Estadual de São Paulo, Assis, SP

O objetivo deste estudo foi investigar a presença de estresse de 19 adolescentes com dor musculoesquelética idiopática (PIM) atendidos em um ambulatório de reumatologia pediátrica, comparados ao grupo controle de 20 adolescentes saudáveis. Foi utilizado o Inventário Lipp, de sintomas de estresse para adultos. A conclusão foi que adolescentes com dor crônica têm aspectos físicos, sociais, emocionais e comportamentais em suas vidas

afetados por um processo crônico de dor. Na amostra foi demonstrado que as queixas apresentadas pelos adolescentes e seus pais também mostram uma resposta ao estresse em um processo de agravamento.

## 20. CLINICALLY MEANINGFUL IMPROVEMENTS IN HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE, PAIN AND SLEEP QUALITY IN CHILDREN WITH POLYARTICULAR JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS TREATED WITH ABATACEPT OVER THE LONG TERM

Lovell DJ<sup>1</sup>, Ruperto N<sup>2</sup>, Quartier P<sup>3</sup>, Paz E<sup>4</sup>, Rubio-Perez N<sup>5</sup>, Silva CA<sup>6</sup>, Abud-Mendoza C<sup>7</sup>, Vargas RB<sup>8</sup>, Gerloni V<sup>9</sup>, Melo-Gomes JA (Santos A)<sup>10</sup>, Magalhães CS<sup>11</sup>, Sztajn bok F<sup>12</sup>, Goldenstein-Schainberg C<sup>13</sup>, Scheinberg M<sup>14</sup>, Penadés IC<sup>15</sup>, Fischbach M<sup>16</sup>, Orozco J<sup>17</sup>, Rosenblatt L<sup>18</sup>, Mody M<sup>18</sup>, Nys M<sup>19</sup>, Giannini EH<sup>1</sup>, Martini A<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, OH, USA; <sup>2</sup>IRCCS G Gaslini, Pediatria II-PRINTO, Università di Genova, Genova, Italy; <sup>3</sup>Université Paris-Descartes and Centre de référence national pour les Arthrites, Paris, France; <sup>4</sup>Instituto de Salud del Nino, Lima, Peru; <sup>5</sup>Hospital Universitario "Dr. J. E. Gonzalez", Monterrey, Mexico; <sup>6</sup>Hospital das Clínicas, São Paulo, Brazil; <sup>7</sup>Hospital General "Dr Ignacio Morones Prieto", San Luis Potosí, Mexico; <sup>8</sup>Hospital General de México and Universidad Nacional Autónoma de México, Mexico City, Mexico; <sup>9</sup>Istituto Gaetano Pini, Milan, Italy; <sup>10</sup>Instituto Português de Reumatologia, Lisboa, Portugal; <sup>11</sup>Universidade Estadual Paulista, Botucatu, Brazil; <sup>12</sup>Hospital Universitario Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, RJ, Brazil; <sup>13</sup>Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil; <sup>14</sup>Hospital Israelita Albert Einstein, Research Institute, São Paulo, Brazil; <sup>15</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia, Spain; <sup>16</sup>Hôpital Universitaire Hautepierre, Strasbourg, France; <sup>17</sup>Hospital San Javier, Rheumatology, Guadalajara, Jalisco, Mexico; <sup>18</sup>Bristol-Myers Squibb, NJ, United States; <sup>19</sup>Bristol-Myers Squibb, Braine-l'Alleud, Belgium

O objetivo deste estudo duplo-cego, controlado por placebo, em crianças e adolescentes com artrite idiopática juvenil (AIJ), em um período de 31 meses, foi avaliar o uso de abatacepte através dos seguintes instrumentos de qualidade de vida, de hábitos, do sono e da dor: Child Health Questionnaire (CHQ), Child Health Questionnaire (CHQ), Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) e escala visual analógica de dor (VAS), respectivamente. O tratamento com abatacepte por até 31 meses resultou

em melhoras em vários aspectos dos respectivos instrumentos, incluindo as crianças que atingiram ACR30, consideradas não respondedoras, o que sugere que o tratamento a longo prazo com abatacepte pode proporcionar reais benefícios relacionados à saúde para crianças com AIJ poliarticular.

## 21. CREATINE SUPPLEMENTATION ASSOCIATED TO RESISTANCE TRAINING IN POST-MENOPAUSAL WOMEN WITH KNEE OSTEOARTHRITIS IMPROVES PHYSICAL FUNCTION: A RANDOMIZED, DOUBLE-BLINDED, PLACEBO-CONTROLLED CLINICAL TRIAL

Neves Junior MT<sup>1</sup>, Gualano B<sup>2</sup>, Roschel H<sup>2</sup>, Sapienza MT<sup>2</sup>, Lima FR<sup>2</sup>, Sá Pinto AL<sup>2</sup>, Fuller R<sup>2</sup>, Pereira RMR<sup>2</sup>, Lancha Junior AH<sup>2</sup>, Bonfá ESDO<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidade de São Paulo, São Paulo, SP; <sup>2</sup>Universidade de São Paulo

Este estudo teve como objetivo destacar o uso da creatina como um tratamento promissor para ajudar os pacientes com osteoartrite de joelhos a realizar tarefas da vida diária com segurança através da melhora da massa magra e função da musculatura do quadríceps. O mecanismo subjacente envolve provavelmente um efeito aditivo da suplementação de creatina e treinamento resistido sobre o aumento da massa muscular do quadríceps e sua capacidade de trabalho, melhorando assim a funcionabilidade articular.

## 22. ORAL N-ACETYLCYSTEINE IN THE TREATMENT OF RAYNAUD'S PHENOMENON SECONDARY TO SYSTEMIC SCLEROSIS: A RANDOMIZED, DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED CLINICAL TRIAL

Correa MJU, Mariz HA, Andrade LEC, Kayser C. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

Neste estudo clínico randomizado, duplo-cego, placebo-controlado, os autores acompanharam 42 pacientes com fenômeno de Raynaud (FRy) secundário a esclerose sistêmica, com o objetivo de avaliar a segurança e eficácia da N-acetilcisteína oral na microcirculação digital. Metade dos pacientes recebeu 600 mg de N-acetilcisteína, três vezes ao dia, por quatro semanas, e a outra metade, placebo. Não houve diferença entre os grupos, no fluxo sanguíneo da microcirculação cutânea antes e após estímulo frio, avaliado por *laser Doppler imaging*, e no nú-

mero de úlceras digitais. Nos dois grupos houve melhora na frequência, gravidade e intensidade da dor do FRy. A N-acetilcisteína não foi melhor que placebo na melhora do FRy em pacientes com esclerose sistêmica.

### 23. NOVEL FC GAMMA RECEPTOR 3B GENE (FCGR3B) ALLELE VARIANTS AND POLYMORPHISM DISTRIBUTION IN BRAZILIAN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENTS AND BLOOD BANK DONORS

Santos VC<sup>1</sup>, Grecco M<sup>1</sup>, Pereira KMC<sup>1</sup>, Andrade LEC<sup>1</sup>, Silva NP<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo; <sup>2</sup>Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

O objetivo deste estudo foi determinar a distribuição polimórfica FCGR3B e descrever novas variantes alélicas presentes nos pacientes com LES e em doadores de banco de sangue, em São Paulo. Foi obtido DNA pela técnica *slating out*. As amostras de 260 lúpicos e 246 doadores de sangue pareados por etnia foram submetidas a sequenciamento e processadas em sequenciador ABI 3130xl. Novas variantes alélicas HNA-1a, HNA-1b e HNA-1c foram encontradas. Não houve associação do polimorfismo gênico e LES. Os resultados indicam que possivelmente ocorra recombinação somática ou hipermutação nestes segmentos gênicos.

### 24. LOW C4A GENE COPY NUMBER IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Pereira KMC<sup>1</sup>, Faria AGA<sup>1</sup>, Moreira ES<sup>2</sup>, Santos VC<sup>3</sup>, Grecco M<sup>3</sup>, Silva NP<sup>3</sup>, Andrade LEC<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo, SP; <sup>2</sup>Hospital Sírio Libanês; <sup>3</sup>Universidade Federal de São Paulo – Unifesp; <sup>4</sup>Divisão de Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

A deficiência de C4 é um dos mais importantes fatores de risco genético para o LES. Os genes que codificam C4 apresentam duas isoformas, C4A e C4B. O número de cópias de C4A pode estar relacionado ao desenvolvimento de LES. O objetivo deste trabalho foi avaliar o número de cópias de C4A e C4B em pacientes com LES. Cem pacientes e 100 controles saudáveis foram estudados. Os pacientes lúpicos apresentaram menor número de cópias de C4A que os controles saudáveis. Estes achados sugerem que o baixo número de cópias de C4A seja um dos fatores de risco para o desenvolvimento do LES.

### 25. IMMUNOGENICITY AND SHORT TERM SAFETY OF PANDEMIC INFLUENZA VACCINE (ANTI-H1N1) IN PATIENTS WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

Aikawa NE<sup>1</sup>, Campos LMA<sup>2</sup>, Silva CA<sup>3</sup>, Guissa VR<sup>3</sup>, Sallum AM<sup>3</sup>, Jesus AA<sup>2</sup>, Moraes JB<sup>4</sup>, Bueno C<sup>4</sup>, Timenetsky MCST<sup>5</sup>, Precioso AR<sup>6</sup>, Goldenstein-Schainberg C<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Divisão de Reumatologia, Unidade de Reumatologia Pediátrica, Universidade de São Paulo; <sup>2</sup>Unidade de Reumatologia Pediátrica, Universidade de São Paulo; <sup>3</sup>Unidade de Reumatologia Pediátrica, Universidade de São Paulo; <sup>4</sup>Divisão de Reumatologia, Universidade de São Paulo; <sup>5</sup>Instituto Adolpho Lutz, Universidade de São Paulo; <sup>6</sup>Instituto Butantan, São Paulo, SP

Os autores avaliaram a imunogenicidade e segurança da vacina anti-influenza H1N1 pandêmica em pacientes com AIJ. Sessenta pacientes com AIJ e 55 controles pareados por idade receberam a vacina anti-H1N1, aqueles com menos de nove anos de idade receberam duas doses. A taxa de seroconversão foi de 78% nos pacientes com AIJ de 89% nos controles. A seroproteção aumentou de 23% para 83% em AIJ, e de 22% para 95% nos controles. A vacina anti-H1N1 pandêmica gerou produção adequada de anticorpos protetores e demonstrou segurança a curto prazo.

### 26. ESTIMATION OF OPTIMAL CUT-OFF POINT OF ANKYLOSING SPONDYLITIS DISEASE ACTIVITY SCORE (ASDAS), BATH ANKYLOSING SPONDYLITIS DISEASE ACTIVITY INDEX (BASDAI) AND MINI-BASDAI

Schiotis R<sup>1</sup>, Gomariz EM<sup>2</sup>, Mulero J<sup>3</sup>, Juanola X<sup>4</sup>, Vazquez-Mellado J<sup>5</sup>, Sampaio-Barros PD<sup>6</sup>, Collantes E<sup>7</sup>. <sup>1</sup>University of Medicine and Pharmacy Iuliu Hatieganu, Cluj-Napoca, România; <sup>2</sup>Instituto Maimônides de Investigación Biomédica/Hospital Universitario Reina Sofia, Córdoba, Spain; <sup>3</sup>Rheumatology Department, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, Spain; <sup>4</sup>Rheumatology Department, H. U. Bellvitge, Barcelona; <sup>5</sup>Department of Rheumatology, General Hospital of México, México City; <sup>6</sup>Division of Rheumatology, University of São Paulo; <sup>7</sup>Rheumatology Department, Hospital Reina Sofia, Córdoba, Spain

O objetivo deste estudo foi estimar o melhor *cut-off* para o Asdas, Basdai e Mini-Basdai em uma grande população de pacientes com espondilite anquilosante que faziam parte dos registros Regisponser (Espanha) e Respondia



(América Latina). Os melhores pontos de *cut-off* para o Asdas, Basdai e Mini- Basdai foram 2,68; 4,24 e 5,14 respectivamente. O Asdas demonstrou melhor capacidade discriminatória para atividade de doença, em comparação com os outros dois índices, devendo ser preferencialmente utilizado na prática clínica.

## 27. NOVEL FOUNDER MUTATION IN IL1RN ACCOUNTS FOR DEFICIENCY OF THE IL-1 RECEPTOR (DIRA) IN BRAZIL

Jesus AA<sup>1</sup>, Silva CAA<sup>1</sup>, Kim PW<sup>4</sup>, Pham TH<sup>4</sup>, Bertola DR<sup>1</sup>, Carneiro-Sampaio M<sup>1</sup>, Yang B<sup>4</sup>, Stone D<sup>4</sup>, Chapelle D<sup>4</sup>, Plass N<sup>4</sup>, Gadina M<sup>4</sup>, Sims J<sup>2</sup>, El-Shanti H<sup>3</sup>, Goldbach-Mansky R<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil; <sup>2</sup>Amgen Inc, Thousand Oaks, CA, USA; <sup>3</sup>Shafallah Medical Genetics Center, Doha, Qatar; <sup>4</sup>NIAMS/NIH, Bethesda, MD, USA

Este estudo objetivou descrever características clínicas, laboratoriais e fenótipo genético de dois pacientes brasileiros com diagnóstico clínico Dira (doença pustulosa cutânea, lesões osteolíticas, inflamação sistêmica) e resposta incompleta a múltiplos DMARDs. Estes pacientes foram submetidos a ressonância magnética de corpo total e análise genética do locus IL1RN. Foi observada nova mutação no IL1RN nestes dois casos. O uso de anakinra, antagonista recombinante do receptor IL-1, levou à regressão completa das lesões cutâneas e da inflamação sistêmica e órgão específica.

## 28. ANKYLOSING SPONDYLITIS: HIGH FREQUENCY OF VARICOCELE ASSOCIATED WITH TERATOZOOSPERMIA

Nukumizu LA<sup>1</sup>, Saad CGS<sup>1</sup>, Almeida BP<sup>1</sup>, Carvalho JF<sup>1</sup>, Cocuzzi M<sup>2</sup>, Gonçalves CR<sup>1</sup>, Saito O<sup>3</sup>, Bonfa E<sup>4</sup>, Silva CAA<sup>5</sup>. <sup>1</sup>Divisão de Reumatologia – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>2</sup>Departamento de Urologia – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>3</sup>Departamento de Radiologia – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>4</sup>Divisão de Reumatologia – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>5</sup>Unidade de Reumatologia Pediátrica – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Para avaliar prospectivamente a função testicular de 20 homens com espondilite anquilosante e 24 controles saudáveis, foram realizados análise demográfica, exame

urológico, ultrassonografia testicular, análise do sêmen e de anticorpos antiespermatozoides. Foi observada alta frequência de varicocele associada com teratozoospermia isolada nos pacientes espondilíticos. Outros estudos são necessários para determinar se o estresse oxidativo pode levar à disfunção testicular na espondilite anquilosante.

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

Borba EF<sup>1</sup>, Saad CGS<sup>2</sup>, Calich ALG<sup>2</sup>, Pasoto SG<sup>2</sup>, Viana VST<sup>2</sup>, Timenetsky MCST<sup>3</sup>, Precioso AR<sup>4</sup>, Bonfa E<sup>5</sup>. <sup>1</sup>Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo; <sup>2</sup>Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>3</sup>Instituto Adolpho Lutz; <sup>4</sup>Instituto Butantan; <sup>5</sup>Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia e a segurança da vacinação contra o vírus influenza A pandêmica H1N1, em 173 pacientes com LES e 159 controles pareados por idade. Após 21 dias da vacinação, a taxa de seroconversão foi de 62,4% nos lúpicos e 77,35% nos controles. No grupo de não soroconvertidos houve maior frequência de tratamento com micofenolato mofetil e tendência de maior frequência de uso de imunomoduladores e prednisona. A vacina demonstrou ser segura em pacientes com LES, independente da atividade de doença, porém a seroconversão foi menor nos pacientes, principalmente se em uso de MMF. Mais estudos são necessários para determinar a necessidade de uma segunda dose nesse grupo.

## 30. INFLUENCE OF TNF-A, MMP-3, TIMP-3 AND HLA CLASS II GENES POLYMORPHISMS IN THE RHEUMATOID ARTHRITIS ARTICULAR DAMAGE

Alarcon RT<sup>1</sup>, Fernandes ARC<sup>1</sup>, Pinheiro GRC<sup>2</sup>, Usnayo MJG<sup>2</sup>, Porto LCM, Cardoso-Oliveira J<sup>2</sup>, Fabrício-Silva GM<sup>2</sup>, Laurindo IMM<sup>3</sup>, Bertolo MB<sup>4</sup>, Yazbek M<sup>4</sup>, Soares MG<sup>1</sup>, Silva NP, Pereira KMC<sup>1</sup>, Andrade LEC<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo, SP; <sup>2</sup>Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ; <sup>3</sup>Universidade de São Paulo, São Paulo, SP; <sup>4</sup>Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP

O objetivo deste estudo foi avaliar as possíveis associações entre dano articular cumulativo e polimorfismos dos genes HLA-DRB1, TNF- $\alpha$ , MMP3 e TIMP3 em 440 pacientes com AR. Não houve associação entre os polimorfismos dos genes estudados e o escore total de Sharp. No entanto, observou-se associação significativa entre alelos de TIMP3 e a topografia preferencial da destruição articular (mãos vs pés) e com o tipo de alteração radiográfica (erosão vs diminuição do espaço articular).

### 31. ENDOTHELIAL DYSFUNCTION AND ABNORMAL COLLAGEN V DEPOSITION IN PULMONARY VASCULATURE OF EXPERIMENTAL SYSTEMIC SCLEROSIS MODEL

Marangoni RG<sup>1</sup>, Parra ER<sup>2</sup>, Velosa APP<sup>3</sup>, Teodoro WR<sup>3</sup>, Capelozzi VL<sup>2</sup>, Yoshinari NH<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP; <sup>2</sup>Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; <sup>3</sup>Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Os autores avaliaram em um modelo experimental em coelhos de esclerose sistêmica (ES) a neovascularização de artérias intrapulmonares, apoptose endotelial e deposição de colágeno V (COLV). Os animais foram sacrificados 210 dias após a imunização com COLV. As análises histopatológica e ultraestrutural dos pulmões revelaram alterações apenas nos coelhos imunizados com COLV. Concluiu-se que este modelo experimental reproduziu a disfunção endotelial da ES humana, sendo apropriado para o estudo do envolvimento pulmonar nesta doença.

### 32. SERUM TUMOR NECROSIS FACTOR ALFA (TNFA) IS ASSOCIATED WITH DISEASE ACTIVITY IN JUVENIL SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (JSLE)

Postal M, Pereira K, Peliçari K, Longhi B, Marini R, Costallat LTL, Simone Appenzeller S. Universidade Estadual de Campinas

Foram comparadas as concentrações de TNF- $\alpha$  sérico entre os pacientes com LESj, parentes de primeiro grau e voluntários saudáveis. Foram incluídos 50 pacientes com LESj, 45 parentes de primeiro grau e 49 controles. A média do nível sérico de TNF- $\alpha$  foi de  $4,6 \pm 9,6$  pg/mL no grupo LESj, comparado com  $2,52 \pm 2,7$  pg/mL ( $p=0,15$ ) nos parentes de primeiro grau e  $1,8 \pm 1,9$  pg/mL ( $p=0,04$ ) no grupo de indivíduos saudáveis. Não foi encontrada diferença significativa entre os parentes de primeiro grau e grupo controle ( $p=0,13$ ). As concentrações de TNF- $\alpha$  correlacionaram-se com os escores de Sledai ( $r=0,41$ ;  $p=0,003$ ), critério renal do ACR ( $r=0,3$ ;  $p=0,05$ ), e a ansiedade ( $r=0,34$ ;  $p=0,03$ ). Assim, o TNF- $\alpha$  pode ser um marcador útil de atividade de doença no LESj.

### 33. REGIONAL BRAIN DIFFUSION ABNORMALITIES IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Appenzeller S<sup>1</sup>, Rittner L<sup>1</sup>, Leonard G<sup>2</sup>, Vielleux M<sup>2</sup>, Pike B<sup>2</sup>, Clarke A<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP; <sup>2</sup>McGill University

O objetivo desse estudo foi determinar as anormalidades da difusão cerebral regional e avaliar a relação entre os parâmetros de difusão [fração anisotrópica (FA) e difusão média (MD)] e o distúrbio cognitivo e de humor no lúpus eritematoso sistêmico (LES). Vinte e sete pacientes com LES e dez controles saudáveis foram incluídos no estudo. O aumento da MD e a redução da FA, indicando a redução da mielinização e dano axonal, foram observados na substância branca frontal, temporal, parietal e na amígdala. A severidade da ansiedade e a presença de distúrbio cognitivo correlacionaram-se com o dano axonal na amígdala e substância branca no lobo frontal. Os parâmetros de difusão podem ser usados na avaliação dos pacientes com LES que apresentam manifestações do sistema nervoso central e RM normal.

#### SEÇÃO ARTRÓFILO

Contato: Dra. Andrea B. V. Lomonte, e-mail: avannucci@bol.com.br; Dr. José Alexandre de Mendonça, e-mail: mendoncaja@ig.com.br; Dra. Sandra H. Watanabe, e-mail: sandrawatanabe@terra.com.br; Dra. Renata Ferreira Rosa, e-mail: renata.rosa@fleury.com.br; Dra. Maria José Nunes, e-mail: nunesmariajos6@gmail.com

## DEFESA PROFISSIONAL

Como membro que sou da Comissão de Ética e Defesa Profissional da SPR, fui convidado pelo nosso presidente, Dr. Luiz Carlos Latorre, a escrever um artigo para esta revista.

Preferi escrever sobre Defesa Profissional que sobre Ética, já que o meu atual cargo na SPR, aliado ao fato de ser representante da SBR na AMB nos últimos 12 anos, me forçaram a refletir sobre alguns fatos que, acredito eu, influenciaram bem ou mal minha forma de enxergar o atual mercado de trabalho para o jovem reumatologista paulista.

Não vou discorrer sobre o mercado de trabalho relacionado com a carreira acadêmica ou mesmo com a indústria farmacêutica, já que, apesar de representarem opções válidas e de potencial grande sucesso pessoal e financeiro – apenas para aqueles que apresentam vocação para estas carreiras –, as oportunidades na forma de novas vagas para estas carreiras são, de forma geral, mais restritas.

Gostaria de escrever sobre o “mercado de trabalho privado” nos consultórios, clínicas e hospitais privados, e deixar para outra oportunidade o “mercado de trabalho público” nos consultórios, clínicas e hospitais públicos, universitários ou não, que acredito sejam as formas de trabalho mais frequentemente escolhidas, pelos atuais reumatologistas, em início de carreira.

Recentes pesquisas revelam que a quantidade de reumatologistas que se dedicam apenas ao mercado de trabalho privado vem diminuindo gradativamente, enquanto o mercado de trabalho público vem crescendo paralelamente. Sem contar, é claro, com a frequente realidade dos colegas que trabalham em um ou mais empregos públicos, além do consultório ou da clínica privada.

Uma coisa é fato: a remuneração total média do reumatologista vem diminuindo gradativamente, à mesma proporção que o “mercado de trabalho privado” decresce e o “mercado de trabalho público” aumenta. No atual modelo de remuneração público/privado, o médico assalariado ganha em média menos do que o médico liberal.

Vamos deixar de lado posições filosóficas sobre a importância da medicina pública *versus* a privada em geral

e, em especial, em nosso país e em nosso Estado. Convivemos com ambos os modelos, com todas as suas qualidades e com todos os seus defeitos. Vamos, portanto, tentar tirar o melhor proveito desses modelos, focando nesta oportunidade a medicina privada.

Que opções o mercado privado oferece então aos jovens reumatologistas paulistas, que obtiveram seu título de especialista quer pelo CFM, ao terminarem uma residência credenciada na CNRM, quer pela SBR em convênio com a AMB?

No mercado de trabalho privado, quais seriam as principais opções? Montar um consultório/clínica privada por si só ou com amigos/colegas médicos? Juntar-se a um consultório/clínica privada já montada por outros amigos/colegas médicos? Dar plantões semanais em hospitais privados de 12 ou 24 horas? Trabalhar como assalariado em um hospital privado (mercado ainda restrito para o reumatologista) ou em uma clínica/ambulatório/hospital de uma empresa ou plano de saúde?

Evidentemente que não há uma opção maravilhosa e outra péssima. Isso depende muito da conjuntura atual de vida e das convicções do nosso jovem reumatologista. Já casou, tem filhos para sustentar, apresenta boa reserva financeira pessoal ou familiar? Entretanto, algumas premissas podem ser colocadas.

O consultório/clínica privada exige espírito (tino) e formação básica empreendedores. A boa notícia é que as terapias biológicas em doenças reumáticas vieram para ficar, e o mercado privado ainda tem espaço para os novos consultórios ou clínicas coordenadas por reumatologistas. Muitos oncologistas tiveram sucesso ao montarem clínicas de quimioterapia. Tais clínicas podem ser autônomas ou inseridas em um hospital privado.

Se optar por uma clínica com mais de um médico, prefira, se possível, associar-se a colegas com afinidade e confiabilidade de outras especialidades. Isso potencializa a chance de encaminhamento de novos pacientes a você. Os custos e os riscos são menores e, a partir do momento em que o consultório decola, há a oportunidade de uma carreira solo, ou mesmo com um número menor de colegas.

A má notícia é que, independente do local escolhido, o início do consultório ainda depende, infelizmente,

dos planos ou convênios médicos, que se apresentam como um paradoxo. Se, por um lado, por muitas vezes exigem, do candidato reumatologista que quer se credenciar, o título de especialista nesta área e cinco anos de formado, por outro aviltam de forma cruel os honorários pagos ao jovem médico e, de forma geral, estão fechados a novos credenciamentos.

Aviltam a ponto de, dependendo dos custos envolvidos com a prática liberal da especialidade, inviabilizarem o saudável, necessário e pertinente lucro econômico e financeiro. Tenha toda a contabilidade “na ponta do lápis”. Tenha sempre um bom contador para lhe orientar sobre as vantagens e desvantagens da pessoa física *versus* pessoa jurídica. A APM oferece essa orientação.

Para efeito da população e do médico, os planos ou convênios representam um modelo falido, porque ambos estão extremamente insatisfeitos com ele. O único que ainda está satisfeito (espero que não por muito tempo) é o plano ou convênio de saúde, que tem mão de obra barata de um médico que já investiu muito, em tempo e dinheiro, na sua carreira. Ainda assim, vivem reclamando e interferindo no trabalho do jovem médico, que pede muitos exames desnecessários e caros, onerando demais o seu “negócio”.

E neste contexto as sugestões mais realistas são: corte ao máximo seus custos no início e estude muito bem o poder aquisitivo médio da população que você atende antes de tentar se credenciar a um ou vários convênios. É preferível você ter um pouco de tempo ocioso no início, mas atender pacientes particulares por um preço não aviltante (seguramente maior que o valor pago pelos convênios) e escolher os convênios que pagam um pouco melhor e são um pouco mais éticos (se é que existem, incluindo aí as cooperativas médicas).

Esta dica é particularmente válida para os jovens reumatologistas do grande e rico interior de São Paulo, que estão credenciados apenas na Unimed, único convênio oferecido por muitas cidades de pequeno e médio porte. Cada vez mais encontro colegas do interior que me dizem estar exultantes por estarem viabilizando o seu consultório, sem mais terem que atender à Unimed.

À medida que melhora sua lucratividade, ao conquistar novos pacientes particulares, sugiro aos colegas da Capital ir, lenta e gradativamente, cortando os convênios com menor movimento e pior remuneração. Mas não se iludam; como quase tudo em reumatologia, este processo é lento e gradual.

Dar plantões em hospitais privados é uma boa opção para complementar a renda, embora devam oferecer boa remuneração e boas condições de trabalho. Isto vai muito do gosto, necessidade e resistência de cada um, já que alguns, com o passar dos anos, se cansam da rotina desgastante dos plantões.

Trabalhar como assalariado em uma clínica/ambulatório/hospital de uma empresa ou plano de saúde vai depender muito do bom nível de remuneração, das boas condições de trabalho e do respeito aos direitos trabalhistas. Nem sempre esta equação é fácil.

Mas como nós brasileiros primamos pela criatividade, há pouco tempo soube de uma situação interessante em uma cidade do interior: um plano de saúde privado local, funcionando dentro de uma Santa Casa. Haja criatividade, hein?

EDUARDO DE SOUZA MEIRELLES  
*Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional da SPR*

*Contatos com o autor: emei@terra.com.br;  
www.dreduardomeirelles.com.br*

## SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP



Vista aérea da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Somos uma escola médica estadual, Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp (Universidade Estadual Paulista), *campus* de Botucatu. Botucatu é uma cidade situada a 250 quilômetros da capital e tem 150 mil habitantes.

A Disciplina de Reumatologia foi criada em 1982 pelo Dr. Oswaldo Melo da Rocha, na época, mestre em reumatologia, que exercia a função de professor-assistente. Toda a parte assistencial e de ensino na graduação era realizada, então, pelo único docente existente. Alguns anos depois, foi contratada a Dra. Beatriz Funayama, na época auxiliar de ensino, hoje professora doutora, que se encarregou mais da parte de pesquisa, tendo estagiado na Holanda (Países Baixos). A Disciplina de Reumatologia está vinculada ao Departamento de Clínica Médica. Em 2000, o responsável pela Disciplina, Prof. Doutor Oswaldo Melo da Rocha, criou a Residência de Reumatologia. Formamos até o presente momento sete residentes, com título de especialista. No momento estamos com dois residentes, o Dr. Rafael e o Dr. Antônio. Nossa enfermaria conta com cinco leitos, temos Ambulatório de Reumatologia Geral, Artrite Reumatoide, Doenças Difusas do

Tecido Conjuntivo, Osteoartrite, Reumatismos de Partes Moles e Fibromialgia; o Ambulatório de Lúpus Eritematoso Sistêmico abrange também o de lúpus e gestação, feito conjuntamente com a obstetrícia. Temos também um Ambulatório de Medicações de Alto Custo, com sala individualizada, uma para realização de ciclofosfamida e outra para o Centro de Infusão de Biológicos. Nosso HC conta com bons recursos de apoio terapêutico, como UTI de referência, excelente serviço de diálise e hemocentro que realiza nossas plasmaféreses. O HC tem também bons recursos diagnósticos: laboratório clínico qualificado, centro de diagnóstico em Medicina Nuclear, Tomografia, Ressonância Magnética, Ultrassonografia e outros. Recentemente, o HC criou uma unidade voltada exclusivamente para Pesquisa Clínica.

São os seguintes os membros da Reumatologia de Botucatu: Prof. Dr. Oswaldo Melo da Rocha, responsável pela Reumatologia e Preceptoria de Residência de Reumatologia, Profa. Dra. Beatriz Funayama, Prof.-assistente Andréa de Almeida Peduti Batista e a médica Dra. Sula Gláucia Lage Drumont Pacheco.



## Actonel® 150mg: a terapia mensal de ação rápida e eficácia multi-sítio no tratamento da osteoporose<sup>(1-3,5,6)</sup>

**Contraindicação:** ACTONEL® 150 mg está contraindicado em pacientes com hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula.

**Interações Medicamentosas:** A ingestão concomitante de medicamentos contendo cátions polivalentes irá interferir na absorção de ACTONEL® 150 mg.

**ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês** (risedronato sódico). **Indicações:** tratamento da osteoporose em mulheres no período pós-menopausa com aumento no risco de fraturas. **Contraindicações:** hipersensibilidade ao risedronato sódico ou a qualquer componente da fórmula, hipocalcemia, gravidez e lactação e insuficiência renal severa ("clearance" de creatinina < 30 mL/min), pacientes com incapacidade de sentar ou ficar em pé por pelo menos 30 minutos. **Reações Adversas:** dor de cabeça, constipação, dispepsia, náusea, dor abdominal, diarreia, gastrite, esofagite, disfagia, duodenite, úlcera esofágica, glossite, estenose esofágica, dor musculoesquelética. Em alguns pacientes, diminuições precoces, transitórias, assintomáticas e leves dos níveis de fosfato e cálcio séricos. Raramente observou-se anormalidade nos testes de função hepática. Muito raramente foram observadas desordens cutâneas e subcutâneas, como angioedema, rachaduras generalizadas, reações bolhosas, Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidermal tóxica, irite, uveíte, osteonecrose de mandíbula, reações anafiláticas. **Interações Medicamentosas:** A ingestão concomitante de medicamentos contendo cátions polivalentes irá interferir na absorção do risedronato. Pode ser usado concomitantemente com terapia de reposição hormonal. O uso concomitante com antiácidos pode reduzir a absorção do risedronato sódico. **Posologia e Modo de Usar:** A dose recomendada nos adultos é de 1 comprimido de ACTONEL® 150 mg, por via oral, uma vez ao mês. O comprimido deve ser tomado no mesmo dia de cada mês. Nenhum ajuste de dose é necessário para pacientes com insuficiência renal leve a moderada. O uso do risedronato sódico é contra-indicado em pacientes com insuficiência renal grave (clearance de creatinina menor que 30 mL/min.) Não devem ser tomados dois comprimidos na mesma semana. **USO ADULTO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** MS nº: 1. 1300.0269. Farm. Resp. Antonia A. Oliveira CRF-SP nº 5854. Data de Revisão: 10/06/2009. **Para maiores informações antes de sua prescrição, favor leia a bula completa do produto.**

BR RIS 09.11.02

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

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** 1) Harris ST, et al. Effects of risedronate treatment on vertebral and nonvertebral fractures in women with postmenopausal osteoporosis: a randomized controlled trial. Vertebral Efficacy With Risedronate Therapy (VERT) Study Group. JAMA. 1999 Oct;282(14):1344-52. 2) Roux C, et al. Efficacy of risedronate on clinical vertebral fractures within six months. Curr Med Res Opin. 2004 Apr;20(4):433-9. 3) Harrington JT, et al. Risedronate rapidly reduces the risk for nonvertebral fractures in women with postmenopausal osteoporosis. Calcif Tissue Int. 2004 Feb;74(2):129-35. 4) Bula do produto. 5) Delmas PD, et al. Efficacy and safety of risedronate 150 mg once a month in the treatment of postmenopausal osteoporosis. Bone. 2008 Jan;42(1):36-42. 6) McClung MR, et al. Effect of risedronate on the risk of hip fracture in elderly women. Hip Intervention Program Study Group. N Engl J Med. 2001 Feb;344(5):333-40.



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

**sanofi aventis**

O essencial é a saúde

## DOENÇA DE STILL DO ADULTO

Hérica Cristiani B. Souza<sup>(1)</sup>, Bárbara N. de Carvalho<sup>(1)</sup>, Andrea B. V. Lomonte<sup>(2)</sup>

1. Residente do Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis, SP
2. Assistente do Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis, SP



A doença de Still do adulto é uma desordem inflamatória rara, de etiologia desconhecida, caracterizada por febre elevada, rash cutâneo evanescente e artrite, frequentemente acompanhada de dor de garganta, mialgia, adenopatia, esplenomegalia e leucocitose neutrofílica<sup>(1,2)</sup>. Está entre as causas mais frequentes de febre de origem indeterminada. Cerca de 75% dos casos ocorrem entre 16 e 35 anos e sua prevalência é semelhante em ambos os sexos<sup>(3)</sup>. Há indícios de que diversos agentes infecciosos estejam envolvidos na etiopatogenia da doença, atuando como gatilho em indivíduos geneticamente predispostos<sup>(2)</sup>.

O rash cutâneo é uma manifestação típica, cuja incidência varia entre 51% e 87%, com uma média de 72,7%<sup>(1)</sup>. Em geral, morbiliforme ou maculopapular, de coloração rosa ou salmão, com cerca de 3 mm de diâmetro e contornos irregulares<sup>(4)</sup>. É tipicamente evanescente, não pruriginoso e predomina em região proximal dos membros e tronco, com raro envolvimento de face e extremidades distais. Na maioria das vezes acompanha os episódios febris e pode ser levemente pruriginoso, sendo, portanto, confundido com alergia medicamentosa<sup>(1,4)</sup>. Geralmente permanece por horas, com mudanças diárias no seu padrão de localização, entretanto pode permanecer por vários dias sem mudanças. Urticária, placas dérmicas, vesículas e pústulas também são descritas, assim como várias outras erupções cutâneas atípicas<sup>(5)</sup>. Tem sido relatada a ocorrência concomitante de fenômeno de Koebner em quase 40% dos pacientes<sup>(6)</sup>.

A biópsia cutânea mostra infiltrado inflamatório inespecífico, com edema e infiltração por linfócitos e histiócitos, localizado em região perivascular na derme superficial. A imunofluorescência da biópsia da pele pode

mostrar alguma deposição de C3 e imunoglobulina na parede do vaso sanguíneo<sup>(1,4)</sup>. Alguns autores, como Pouchot et al., encontraram biópsia de pele normal em alguns pacientes<sup>(6)</sup>.

Os anti-inflamatórios não hormonais têm sido sugeridos como apropriados para o tratamento da doença de Still do adulto, sendo a terapia de escolha inicial para controlar os sintomas articulares e sistêmicos<sup>(7)</sup>. Mas a literatura relata que apenas 7-15% dos pacientes obtêm controle eficaz da doença com tais drogas. A maioria dos pacientes é tratada com corticosteroides, em algum

momento no curso da doença, com respostas variando de 76% a 95%<sup>(1)</sup>. Assim sendo, atualmente os corticoides sistêmicos são a terapêutica de eleição, com doses entre 0,5 a 1 mg/Kg/dia de prednisona<sup>(8)</sup>.

A doença de Still do adulto tem uma mortalidade significativa. Causas de óbito incluem infecção, falência hepática, amiloidose, síndrome da angústia respiratória do adulto, falência cardíaca, *status epilepticus*, coagulação intravascular disseminada e púrpura trombocitopênica trombótica<sup>(3)</sup>. O prognóstico depende de diagnóstico precoce e tratamento adequado<sup>(8)</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Efthimiou P, Paik PK, Bielory L. Diagnosis and management of adult onset Still's disease. *Ann Rheum Dis*. 2006;65:564-72.
2. Bagnari V, Colina M, Ciancio G, Govoni M, Trotta F. Adult-onset Still's disease. *Rheumatol Int*. 2010;30(7):855-62.
3. Freire M, Teodoro RB, Oliveira LB, Carmargo YMS. Doença de Still do adulto – um desafio diagnóstico na febre de origem indeterminada. *Ver Bras Reumatol*. 2005;45(5):24-5.
4. Ohta A, Yamaguchi M, Kaneoka H, Nagayoshi T, Hiida M. Adult Still's disease: review of 228 cases from the literature. *J Rheumatol*. 1987;14:1139-46.
5. Owlia MB, Mehrpoor G. Adult – onset Still's disease: a review. *Indian J Med Sci*. 2009;63:207-21.
6. Pouchot J, Sampalis JS, Beaudet F, et al. Adult Still's disease: manifestations, disease course, and outcome in 62 patients. *Medicine*. 1991;70(2):118-36.
7. Cush JJ. Adult-onset Still's disease. *Bulletin on the Rheumatic Diseases*. 2000;49(6):1-4.
8. Carreño MA, Carvalho A, Trejo C, Ballesteros F, Matínez C. Enfermedad de Still del adulto: una gran simuladora: experiencia clínica basada en 20 casos. *Rev Méd Chile*. 2009;137:1010-16.

Nesta nova seção da *Revista Paulista de Reumatologia*, você tem agora a chance de contar “causos”, histórias, reflexões e desabafos. Este espaço é seu. Afinal, quem não tem uma lembrança gravada sobre sua tumultuada vida profissional?

## O SIGNIFICADO DE SER REUMATOLOGISTA

Atendemos, além de Marias e Josés, pacientes de nomes inusitados que buscam ajuda e conforto (já tive experiências com Argentina, Leididi, Neuras, Astrogildo...)

Compartilhamos momentos de vitória e alegrias: a fibromiálgica que venceu a dor e reconquistou o estudo, o trabalho e até o casamento; a osteoporótica septuagenária que traz um bolinho de fubá caseiro e que agora conta as piadas sujas e cabeludas que ouviu na academia de ginástica.

Somos brindados com convites de casamento, batizado, aniversário. Nossas lúpicas nos trazem, como troféus ou bênçãos, os bebês que tiveram após muita expectativa e tensão.

Às vezes, somos surpreendidos por pedidos inusitados, como o da avozinha de 82 anos, que quer um remédio bem forte para dor. Afinal, ela vai passar um final de semana muito romântico e “caliente” em Campos do Jordão, com o novo namorado, e não quer que a artrose de quadril a incomode na frente da lareira.

Choramos com nossos pacientes que querem um ombro amigo, após a morte do cônjuge de longa data,

do filho viciado em drogas ou do marido alcoólatra que fugiu com a secretária.

Quem nunca recebeu pequenos mimos dos pacientes: comidinhas e bebidinhas, panos de prato bordados com esmero e carinho, santinhos benzidos, tricôs e crochês de todas as cores e tamanhos.

São pais e mães que não querem dar trabalho aos filhos. Outros tantos filhos que não têm paciência para cuidar com gratidão de seus pais.

Pacientes que se preocupam com nosso bem-estar. Perguntam sobre nossa saúde, nossos filhos. Eventualmente, podem até tentar arranjar um novo casamento para você.

Somos agraciados com frases como “Obrigado”, “Oro por você todas as noites”, “Deus o abençoe!”.

Ser reumatologista significa ter a capacidade de ouvir as dores do corpo e da alma. Receber beijos, abraços, rir, chorar, passar raiva às vezes, e se emocionar sempre.

Estamos esperando sua história.

SANDRA H. WATANABE



# O único receptor solúvel do TNF totalmente humano.<sup>1-3</sup>

Perfil de segurança estabelecido ao longo de 17 anos de experiência clínica acumulada.<sup>4</sup>

Menores taxas de infecções sérias e tuberculose, comparadas aos anticorpos monoclonais.<sup>5,8</sup>

Menos imunogênico que os anticorpos monoclonais.<sup>6</sup>

Mecanismo de ação diferenciado.<sup>1</sup>



**Enbrel® Etanercepte** - APRESENTAÇÃO COMERCIAL: Cartucho com 4 estojos, cada um com 1 frasco-ampola com 25 mg ou 50 mg de pó lífilo injetável, 1 seringa com 1 mL de água, 1 agulha, 1 adaptador e 2 lenços umedecidos com álcool. **INDICAÇÕES:** Adultos: artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriásica e psoríase crônica em placas. Pediátrico: artrite reumatoide juvenil (ARJ) poliarticular (4-17 anos). **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade ao etanercepte ou a qualquer componente da fórmula do produto. Pacientes com infecção localizada ou generalizada, crônica ou ativa, ou em risco de desenvolvê-la. **PRECAUÇÕES:** Foram relatadas reações alérgicas associadas ao Enbrel® (etanercepte). Caso ocorra, descontinuar imediatamente a medicação. **ADVERTÊNCIAS:** Imunossupressão: as terapias anti-TNF podem comprometer a defesa do hospedeiro contra infecções e doenças malignas. No período pós-comercialização, há relatos de doenças malignas em diversos órgãos, mas ainda não se sabe ao certo qual o impacto do tratamento com etanercepte sobre o desenvolvimento e a progressão das malignidades e infecções ativas e/ou crônicas. Reações hematológicas: casos incomuns de trombocitopenia, raros de pancitopenia e muito raros de anemia aplásica, alguns evoluindo para óbito. Cautela em pacientes com história pregressa de discrasia sanguínea. Procurar aconselhamento médico imediato caso desenvolva sinais e sintomas sugestivos de discrasias sanguíneas ou infecções durante o tratamento. Se as discrasias forem confirmadas, etanercepte deve ser descontinuado. Enbrel® (etanercepte) pode estar associado à formação de anticorpos auto-ímunes. Não administrar concomitantemente vacinas com microrganismos vivos. Atualizar cartão vacinal de acordo com normas locais antes do início da terapia. Eventos neurológicos: ocorreram relatos raros de distúrbios desmielinizantes, porém não se sabe ao certo qual a relação causal com etanercepte. Recomenda-se avaliação da relação risco/benefício ao prescrever este medicamento a pacientes com doença desmielinizante ou com risco aumentado de desenvolvê-la. Distúrbios cardíacos: há relatos pós-comercialização de piora da insuficiência cardíaca congestiva (ICC), com e sem a identificação dos fatores precipitantes. Embora não conclusivos, dados de um estudo clínico sugerem possível tendência à piora da ICC com etanercepte. Cautela no uso em pacientes que sofrem de ICC. Infecções: pacientes devem ser avaliados para infecções antes, durante e depois do tratamento com Enbrel® (etanercepte). Tuberculose (TB): antes do início da terapia com Enbrel® (etanercepte), o paciente deve ser avaliado para infecção ativa ou latente. A profilaxia de TB infecção latente deve ser iniciada antes da terapia com Enbrel® (etanercepte) seguindo as diretrizes locais. Havendo TB ativa, o Enbrel® (etanercepte) não deve ser iniciado. Não se sabe se a terapia com Enbrel® (etanercepte) aumenta esse risco. Reativação da Hepatite B: relatada reativação do vírus da hepatite B (HBV) em portadores crônicos usando terapia anti-TNF. Cautela no uso do etanercepte em portadores do HBV. Monitorar sinais e sintomas de infecção ativa pelo HBV. Hepatite C: relatos de piora embora sem estabelecer relação causal com o etanercepte. Gravidez: não usar durante a gravidez ou em risco de engravidar. Lactação: o médico deve optar entre descontinuar a amamentação ou descontinuar Enbrel® (etanercepte) durante o período de amamentação. Pediátrico: não usar em menores de 4 anos. Idosos: não se recomenda ajuste posológico específico. Dirigir veículos e operar máquinas: não há estudos sobre este tipo de efeito. **REAÇÕES ADVERSAS:** Adultos: Reação no local da injeção com eritema, prurido, dor ou inchaço. Infecção do trato respiratório superior, infecções por bactérias, micobactérias, vírus e fungos. Doenças malignas. Eventos comuns: reações alérgicas, autoanticorpos, febre, prurido. Incomuns: urticária, trombocitopenia. Raros: reação anafilática, convulsões, evento desmielinizante, neurite óptica, mielite transversa, vasculite cutânea, lúpus cutâneo, lúpus discoide, síndrome do tipo lúpus, anemia, leucopenia, neutropenia, pancitopenia, elevação enzimas hepáticas, hepatite autoimune. Muito raros: anemia aplásica. Presença de anticorpo antinuclear, anti-DNA e anticardiolipina. Pediatria: eventos semelhantes aos observados em adultos. Reações no local da injeção (eritema e/ou prurido, dor ou inchaço) e infecções. Não há interações de Enbrel® (etanercepte) com glicocorticóides, salicilatos, antiinflamatórios não-esteróides (AINEs), analgésicos ou metotrexato. Evitar o uso associado de Enbrel® (etanercepte) com anakinra e sulfassalazina. Não há interações farmacocinéticas com digoxina e varfarina. **POSOLOGIA** Uso em adultos (com 18 anos ou mais): Artrite Reumatoide, Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica: 50 mg por semana (uma injeção subcutânea de 50 mg ou duas de 25 mg no mesmo dia, em locais separados ou com 3 ou 4 dias de intervalo). Psoríase em Placas: 50 mg por semana (duas injeções únicas de 25 mg no mesmo dia ou com 3 a 4 dias de intervalo). Respostas maiores podem ser obtidas com tratamento inicial por até 12 semanas com 50 mg duas vezes por semana. Uso em menores com ARJ poliarticular (> 4 e < 18 anos): 0,8 mg/kg por semana (máximo 50 mg por semana). A dose permitida em um único local de aplicação é de 25 mg. Para pacientes com mais de 31 kg, usar uma injeção subcutânea de 50 mg ou duas de 25 mg no mesmo dia, em locais separados ou com 3 a 4 dias de intervalo. A cada nova aplicação, usar local diferente a, pelo menos, 3 cm do local anterior. NÃO aplicar a injeção em áreas com pele sensível, hematoma, avermelhada ou endurecida. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Registro MS - 1.2110.0206 - Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação: Wyeth Indústria Farmacêutica Ltda. - Rua Dr. Renato Paes de Barros, 1017 - 10º andar - Itaim Bibi, São Paulo - CEP 04530-001. Para informações completas, consultar a bula do produto. ENB0309CDS14SUM. **A persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado.**

**INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** não utilizar o produto em associação ao anakinra.<sup>1</sup>

**CONTRAINDICAÇÃO:** Enbrel® é contraindicado em pacientes com septicemia ou em risco de desenvolver uma septicemia.<sup>1</sup>

**Referências Bibliográficas:** 1. Bula do produto Enbrel 2. Bula do produto adalimumab 3. Bula do produto infliximab 4. Yamauchi P. et al. The treatment of psoriasis and psoriatic arthritis with etanercept: practical considerations on monotherapy, combination therapy, and safety. *Dermatol Clin* 22 (2004) 449-459. 5. Carmona L, et al. Survival of TNF antagonist in spondyloarthritis is better than in rheumatoid arthritis. Data from the Spanish registry BIOBADASER. *Arthritis Res Ther* 2006;8:R72. 6. De Vries MK, et al. Immunogenicity does not influence treatment with etanercept in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2009 Apr;68(4):531-5. 7. Kekow J, Moos RJ, Emery P, et al. Patient-reported outcomes improve with etanercept plus methotrexate in active early rheumatoid arthritis and the improvement is strongly associated with remission: the COMET trial. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 222-225. 8. Dixon WG, Hyrich KL, Watson KD, Lunt M, Galloway J et al. Drug-specific risk of tuberculosis in patients with rheumatoid arthritis treated with anti-TNF therapy: Results from the British Society for Rheumatology Biologics Register (BSRBR). *Ann Rheum Dis*. 2010 69(3):522-8

Material destinado à Classe Médica

3203.ENB.FP.10 Julho/2010



**S@C**  
08000-160625  
sacwy@wyeth.com

Wyeth Indústria Farmacêutica Ltda.  
Rua Dr. Renato Paes de Barros, 1017 - 10º andar  
Itaim Bibi - CEP 04530-001 - São Paulo - SP  
www.wyeth.com.br

**Wyeth**  
Wyeth uma empresa do grupo Pfizer.



A *Revista Paulista de Reumatologia* inaugura neste número mais uma nova seção, denominada “Lado B – Alma Literária”. O intuito desta grande novidade é estimular nossos colegas a revelarem seus mais profundos talentos literários. Que tal fugir um pouco do estresse do dia a dia e traduzir em palavras seu lado mais poético? Vale tudo: poemas, contos, crônicas... Estamos aguardando sua contribuição!

## MINHA JANELA

**H**eras e folhas encobriam minha janela  
Da fachada, sensação de melancólico abandono  
Tímidos raios de sol buscavam o lado de dentro  
Frio e musgo debruçavam-se sobre o tapete

**A** brisa de setembro bateu então à minha porta  
Com ela trouxe o mais meigo dos jardineiros  
E de repente, como todos os espantos que nos encantam  
Com felicidade simples, rasgou pedaços de verde lodo

**M**eia luz, luz inteira  
Lembranças novas inundam velhos móveis  
A alma guarda o calor daquela luz  
O jardineiro semeou flores em minha janela...

SANDRA H. WATANABE

## CONFLITO DE INTERESSES OU GRAVE MÁCULA ÉTICA

Sr. Editor,

A Ética e a Medicina são contemporâneas e têm origens próximas – em uma das eras mais fecundas da história da humanidade na antiga Grécia. Não é por acaso que vários filósofos eram também médicos.

Hipócrates e Aristóteles, respectivamente, pais da Medicina e da Ética, são figuras arquetípicas respeitadíssimas, chegando-se a confundi-los com essas duas atividades e importantes áreas do conhecimento humano.

Quando se pronuncia a palavra Ética, boa parte das pessoas a associa aos médicos ou à Medicina.

Percival Thomas, médico inglês do século XVIII, foi quem usou pela primeira vez a expressão “ética médica”, em sua importantíssima obra *Medical Ethics* (1803). Esse livro foi a base para todos os Códigos de Ética ou de Deontologia Médica da cultura ocidental.

A história da Medicina é uma das mais belas páginas da história da humanidade.

Nas últimas cinco décadas diversos conflitos e dilemas éticos têm sido levantados e discutidos intensamente na literatura leiga e especializada. Muitas vezes essas reflexões expõem mazelas que ocorrem em nossa nobre profissão. Por outro lado, essas discussões francas são saudáveis e só engrandecem a própria Medicina, demonstrando uma ótica muito mais aberta e voltada à Bioética, multiprofissional por excelência.

Um desses temas que têm merecido atenção e numerosas publicações é o conflito de interesses no relacionamento do profissional da medicina com as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos. Aceita-se hoje que os limites que balizam o relacionamento do médico com a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos são fundamentalmente éticos e que os únicos e exclusivos compromissos dos médicos são para com o seu paciente e a ciência<sup>(1)</sup>.

O texto de um grupo brasileiro da Universidade de São Paulo da área de Bioética publicado no *Journal of Medical Ethics*<sup>(2)</sup> demonstra claramente essa afirmação.

O levantamento feito na Medline, um dos mais completos bancos de dados de que dispomos, demonstrou que as publicações de temas relativos à ética e à bioética aumentaram cerca de quatro vezes quando comparados

os períodos de 1970-1974 com o período de 2000-2004, enquanto o número total de publicações no referido banco de dados apenas dobrou no mesmo período. Alguns temas relativos à ética e bioética tiveram um contínuo decréscimo (Aids e aborto, por exemplo), outros se mantiveram num mesmo patamar (educação médica), entretanto, publicações sobre conflito de interesses tiveram um aumento regular e expressivo, sendo hoje um dos temas mais publicados.

Recentemente, Kottow<sup>(3)</sup>, bioeticista chileno, publicou interessante artigo na revista acima referida, onde, de forma muito original e enfática, defende a tese de que o tema conflito de interesses não tem sido adequadamente conceituado e as legislações têm falhado na tentativa de normatizar, de forma adequada e eficaz, o relacionamento dos médicos com a indústria.

O conceito mais difundido sobre conflito de interesses é o de Thompson<sup>(4)</sup>:

“Conflito de interesses é um conjunto de condições em que o julgamento de um profissional a respeito de um interesse primário tende a ser influenciado indevidamente por um interesse secundário.”

Esse conceito tem sido largamente utilizado pelos autores que discutem o complexo relacionamento dos profissionais médicos e suas entidades com a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos<sup>(1,5,6)</sup>.

Kottow entende que, na realidade, graves máculas e dilemas éticos têm sido inadequadamente enquadrados como conflito de interesses. Para esse autor, genuinamente, conflitos de interesses são situações nas quais os cursos de ação são equivalentes do ponto de vista ético, sendo a decisão feita mais como um interesse especial ou preferência individual que uma matéria de deliberação moral.

Ainda segundo o autor, situações usualmente vistas como conflitos de interesses são, na realidade, tendência consciente de seguir opções atrativas, por fraqueza em manter padrões éticos bem estabelecidos e que podem causar dano real ou potencial aos pacientes. Cita como

exemplo os profissionais da área da saúde que favorecem certos produtos da indústria, visando a ganhos pessoais; médicos que assinam como autores ensaios clínicos sem que tenham participado de sua elaboração e autores que publicam trabalhos científicos com vícios metodológicos, favorecendo seus patrocinadores.

A indústria farmacêutica e a classe médica mantêm um relacionamento que se iniciou nas primeiras décadas do século passado, com o apoio financeiro e logístico da indústria à educação médica continuada. Esse relacionamento, durante anos, se caracterizou por absoluto respeito às competências e responsabilidades das partes, cumprindo assim o verdadeiro papel acordado tacitamente entre ambos os parceiros.

Essa parceria foi aumentando progressivamente nas últimas décadas, ampliando-se para diversas atividades profissionais da área médica, apresentando progressivamente situações com enorme potencial de conflito de interesses, chegando a ser classificada por diversos autores como uma relação, às vezes, "promíscua"<sup>(5,6,7)</sup>.

Os conflitos nesse relacionamento são numerosos, muitas vezes de difícil avaliação do ponto de vista moral e têm sido, na medida do possível, normatizados em diver-

sos países, inclusive no Brasil, com resoluções da Anvisa e do Conselho Federal de Medicina<sup>(1)</sup>.

Por outro lado, e aqui concordamos plenamente com Kottow, quando um profissional da medicina recebe uma porcentagem do valor de, por exemplo, uma prótese total de quadril, ou vantagens pessoais da indústria de equipamentos, quando indica e realiza tal procedimento, está cometendo uma falta ética e um desvio moral da mais alta gravidade.

Essa conduta, absolutamente indefensável, é uma enorme mácula ética, colocando em risco, como poucas vezes na história, todo o prestígio e integridade desta milenar profissão, que tem na ética o seu maior patrimônio.

Felizmente, essa conduta inadequada e essa indefensável e promíscua relação com a indústria é exceção dentro da comunidade médica, mas merece o repúdio de todos com denúncia nos órgãos competentes, visando a sanar, enquanto tempo houver, essa gravíssima mácula ética na história da medicina.

JOSÉ MARQUES FILHO

*Conselheiro do Cremesp*

*e membro da Comissão de Ética da SPR e SBR*

## REFERÊNCIAS

1. Marques Filho J. A dimensão bioética dos conflitos de interesses na relação entre médico e indústria farmacêutica. *Rev Bras Clin Med.* 2010;8:148-53.
2. Cohen C, Vianna JAR, Battistella LR, Massad E. Time variation of some selected topics in bioethical publications. *J Med Ethics.* 2008;34:81-4.
3. Kottow M. Ethical quandaries posited as conflicts of interest. *J Med Ethics.* 2010;36:328-32.
4. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med.* 1993;329:573-6.
5. Coyle SL. Physician – industry relation. Part 1: individual physician. *Ann Intern Med.* 2002;136:396-402.
6. Coyle SL. Physician – industry relation. Part 2: organization issues. *Ann Intern Med.* 2002;136:403-6.
7. Angell M. Is academic medicine for sale (!). *N Engl J Med.* 2000;342:1516-8.

## 8º ENCONTRO DE RECICLAGEM DO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS

De 13 a 14 de agosto ocorreu, em São Paulo, o 8º Encontro de Reciclagem do Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis. Foram discutidos temas da prática clínica diária, com foco em reumatismo de partes moles, interpretação da ressonância magnética, tratamento da artrite reumatoide e da osteoporose. O clima amigável e descontraído garantiu o sucesso do Encontro.



## XIII RECICLAGEM DA UNIFESP/EPM

De 13 a 15 de agosto, ocorreu a XIII Reciclagem da Unifesp, em Jarinu, SP. Em 2010, comemora-se o 32º aniversário de fundação da Disciplina de Reumatologia, pelo Prof. Dr. Edgard Atra. Desde 1985, e a cada dois anos, de modo ininterrupto, a Reumatologia da Unifesp promove e realiza esse evento. Nesse Encontro de Reciclagem a intenção original do Dr. Edgard, o primeiro grande idealizador desse tipo de evento em todo o País, foi revivida, garantindo a unidade dos egressos. Ele pretendia confraternizar, reencontrar e, sobretudo, celebrar as novas conquistas de seus alunos. O ponto alto do evento foi o vídeo comemorativo que contou a história dos que por ali passaram.



*"Os homens passam, mas a instituição fica."*

EDGARD ATRA

## V CURSO DE REVISÃO EM REUMATOLOGIA PARA CLÍNICOS

O V Curso de Revisão em Reumatologia para Clínicos ocorreu em 20 e 21 de agosto, em São Paulo, sob organização do Departamento de Reumatologia da Associação Paulista de Reumatologia e da Sociedade Paulista de Reumatologia. Diferentes temas de relevância para os clínicos gerais foram abordados, procurando enfatizar os principais pontos para o diagnóstico precoce das doenças reumáticas e o tratamento inicial dessas condições.

## JORNADAS DO INTERIOR

Em 27 e 28 de agosto aconteceram as Jornadas de Reumatologia de São Carlos e Araraquara, em Araraquara, sob coordenação da Dra. Cristiana de Paula Leite Cury Lia, e do Vale do Paraíba, em Campos do Jordão, sob coordenação do Dr. Benedito do Espírito Santo Campos. As duas jornadas tiveram o apoio da SPR e reuniram reumatologistas que trabalham nessas regiões, que tiveram a oportunidade de se reciclar e trocar ideias sobre o manejo das doenças reumáticas.

## 2º CURSO DE IMUNOLOGIA

No dia 11 de setembro, a SPR realizou o 2º Curso de Imunologia, no Hotel Quality Jardins, em São Paulo. Com coordenação do Dr. Luis Eduardo Coelho Andrade, o evento superou todas as expectativas dos participantes, que lotaram o local. Os temas das aulas foram desenvolvidos de forma didática e interativa pelos palestrantes: Neusa P. Silva, Dario S. Zamboni, Kaline Medeiros C. Pereira, Ana Luisa Calich, Wilson M. Cruvinel, Danilo Mesquita Jr., Jozélio F. Carvalho e Alexandre Wagner S. Souza. Ao final de cada aula, o Dr. Luis Eduardo, em clima descontraído, apresentou digressões de conteúdo altamente científico e com títulos criativos, como, por exemplo, "Dr. Macoy tratando doenças autoimunes pelas galáxias". Parabéns ao Dr. Luis Eduardo e a todos os professores convidados pelo sucesso e elevado nível desse evento!



**2º CURSO DE IMUNOLOGIA:** da esquerda para a direita, adiante, os palestrantes Jozélio Freire de Carvalho, Luís Eduardo Coelho Andrade, Alexandre Wagner Silva Souza, Ana Luisa Calich, Neusa Pereira da Silva; atrás, os palestrantes Danilo Mesquita Jr., Wilson de Melo Cruvinel, Kaline Medeiros Costa Pereira, Dario Simões Zamboni.

## LANÇAMENTO DE LIVRO

O Dr. Jamil Natour e a Dra. Rita Furtado, dois dos reumatologistas brasileiros com maior experiência em procedimentos em reumatologia, lançaram o livro *Infiltrações no aparelho locomotor – técnicas para realização com e sem o auxílio de imagem*, pela editora Artmed. Nesse livro, ricamente ilustrado, com texto didático e dicas práticas valiosas, eles compartilham todo o seu conhecimento. Uma publicação com tema relevante e inédita em nosso País.



## CADASTRAMENTO NA CNA

**Atenção, médico com título de especialista emitido a partir de 1º de janeiro de 2006: você deve cadastrar-se na CNA!**

A Comissão Nacional de Acreditação (CNA) informou que está chegando ao fim o primeiro ciclo obrigatório de recertificação do título de especialista e dos certificados de área de atuação, e que os primeiros Certificados de Atualização Profissional (CAP) começarão a ser emitidos a partir de 2011. Entretanto, muitos médicos que obtiveram, a partir de 2006, o documento que comprova a especialização, ainda não se inscreveram no processo obrigatório de atualização.

Conforme determinação da Resolução CFM nº 1.772/2005, os títulos de especialista e os certificados de área de atuação obtidos a partir de 1º de janeiro de 2006 passam a ter validade de cinco anos.

Para os médicos cuja titulação de especialista tenha sido emitida antes dessa data, pelas Sociedades de Especialidade/AMB, CFM/CRM e ainda CNRM/MEC, a participação é opcional.

Mesmo assim, a AMB recomenda que todos os médicos se cadastrem na CNA, mesmo os que já fizeram a prova de especialista há muitos anos. Dessa forma, ficará garantida a constante atualização dos conhecimentos científicos, fator indispensável para a boa prática da Medicina em benefício dos pacientes.

Para recertificar-se, o médico deve acumular, em cinco anos, cem pontos. A pontuação é obtida por meio da participação em eventos presenciais (congressos, jornadas, encontros, fóruns, simpósios e cursos), eventos à distância (atividades de educação médica continuada) e atividades científicas (mestrado, doutorado ou livre-docência na especialidade; tema livre ou pôster; eventos realizados no exterior; coordenação de programa de residência médica; edição completa ou capítulo de livro nacional ou internacional e artigos publicados em revista médica). Todos os eventos devem estar cadastrados e pontuados pela CNA.

As informações necessárias para participar do processo de acreditação podem ser acessadas no site: [http://www.cna-cap.org.br/apresentacao\\_CNA.pdf](http://www.cna-cap.org.br/apresentacao_CNA.pdf).



## AÇÃO REUMATO

No dia 17 de outubro realizamos a quinta edição do “Ação Reumato” no Parque Villa-Lobos, em São Paulo. O evento teve um público estimado de 5 mil pessoas. Os objetivos de informar sobre a importância do diagnóstico precoce de nossas doenças, bem como de divulgar a atuação do reumatologista, foram amplamente alcançados. Neste ano montamos, com a ajuda das incansáveis Márcia e Vanessa (nossas secretárias) e da fisioterapeuta Anamaria Jones Martinez (Lar Escola São Francisco), duas casas adaptadas. Uma delas com dicas para a prevenção de quedas e a outra adaptada ao paciente artrítico. Atividades lúdicas, de recreação, musicais e culturais foram muito elogiadas. O grupo de adolescentes da comunidade da favela Jaguaré (Grupo Vizinho Legal) apresentou vários números musicais, de dança e canto, que encantaram pela dedicação e amor à arte. A presença do médico reumatologista, embora boa, ainda está aquém da importância do evento na divulgação de nossa especialidade. Acreditamos no sucesso da próxima edição, com a ajuda de você, associado.



**AÇÃO REUMATO 2010:** (1) abertura do evento; (2) Projeto Vizinho Legal; (3) Casa da Osteoporose: quarto com dicas importantes para a prevenção de quedas; (4) Casa da Artrite Reumatoide: adaptações para uso na cozinha; (5) visão do parque durante o evento; (6) Casa da Artrite Reumatoide: banheiro adaptado; (7) realização do exame de ultrassom de calcâneo.



# 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.

## QUINTO FÓRUM DE DEBATES (1º DE SETEMBRO DE 2010)

**Tema:** “Artrite reumatoide e drogas modificadoras do curso da doença”

**Coordenação:** Dr. Wiliam Habib Chahade (Serviço de Reumatologia do HSPE)

**Apresentação:** Dr. Rafael Barbieri (residente - HSPE)

**Debatedores:** Dr. Wiliam Habib Chahade (reumatologista - HSPE) e Dr. Daniel Feldman (reumatologista – Unifesp)

## SEXTO FÓRUM DE DEBATES (6 DE OUTUBRO DE 2010)

**Tema:** “Artrite idiopática juvenil”

**Coordenação:** Dr. Claudio A. Len (Unifesp) e Dr. Clovis Artur A. da Silva (ICr Fmusp)

**Apresentação:** Dra. Cássia M. Passarelli L. Barbosa (Unifesp/Hospital Darcy Vargas) e Dra. Nadia E. Aikawa (ICr Fmusp)

**Debatedores:** Dra. Maria Teresa S. L. R. A. Terreri (Unifesp) e Dr. Paulo Roberto S. Romanelli (Hospital Menino Jesus)

## FÓRUMS DE DEBATES DE SÃO PAULO – 2011:

Confira as datas para o próximo ano:

6 de abril • 4 de maio • 8 de junho

3 de agosto • 14 de setembro • 5 de outubro

9 de novembro

## FÓRUMS DE DEBATES DE SÃO CARLOS – 2011:

Anote em sua agenda e não perca:

22 de março • 26 de abril • 24 de maio

21 de junho • 20 de setembro • 25 de outubro

22 de novembro (encerramento)



**QUINTO FÓRUM DE DEBATES: (1)** da esquerda para a direita: Dr. Wiliam Habib Chahade, Dr. Rafael Barbieri, Dr. Daniel Feldman, Dra. Rina Dalva Neubarth Giorgi; **SEXTO FÓRUM DE DEBATES: (2)** da esquerda para a direita: Dra. Cássia M. Passarelli L. Barbosa, Dr. Paulo Roberto S. Romanelli, Dra. Nadia E. Aikawa, Dr. Clovis Artur A. da Silva, Dra. Maria Teresa S. L. R. A. Terreri, Dr. Claudio A. Len.

# Agenda 2011

12 DE OUTUBRO  
DIA MUNDIAL DA ARTRITE

## NACIONAIS

### V Curso de Revisão para Reumatologistas

**Data:** 12 e 13 de fevereiro

**Local:** São Paulo, SP

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

### XXI Jornada Norte-Nordeste de Reumatologia

**Data:** 12 a 14 de maio

**Local:** Aracaju, SE

**Contato:** secretaria@exitoeventos.com.br

### XVII Encontro de Reumatologia Avançada

**Data:** 19 a 21 de maio

**Local:** São Paulo, SP

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

### II Jornada de Reumatologia São Carlos-Araraquara

**Data:** 19 e 20 de agosto

**Local:** São Carlos, SP

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

### XIX Jornada Brasileira de Reumatologia e XVIII Jornada Centro-Oeste de Reumatologia

**Data:** 31 de agosto a 3 de setembro

**Local:** Campo Grande, MS

**Contato:** www.reumatologia.com.br

### XVIII Jornada de Reumatologia do Cone Sul

**Data:** 13 a 15 de outubro

**Local:** Florianópolis, SC

**Contato:** www.screumatologia.com.br

## INTERNACIONAIS

### Excellence in Rheumatology

**Data:** 17 a 19 de fevereiro

**Local:** Istambul, Turquia

**Contato:** www.excellence-in-rheumatology.org

### 1st International Congress on Controversies in Rheumatology and Autoimmunity (Cora 2011)

**Data:** 10 a 12 de março

**Local:** Florença, Itália

**Contato:** www.kenes.com/cora

### World Congress on Controversies in Bone and Joint Diseases

**Data:** 10 a 13 de março

**Local:** Barcelona, Espanha

**Contato:** www.comtecmed.com

### 11th European Congress on Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis

**Data:** 23 a 26 de março

**Local:** Valência, Espanha

**Contato:** www.iofbonehealth.org

### 3rd Joint Meeting of the International Bone and Mineral Society and the European Calcified Tissue Society

**Data:** 7 a 11 de maio

**Local:** Atenas, Grécia

**Contato:** www.ibmsonline.org

### Eular 2011

**Data:** 25 a 28 de maio

**Local:** Londres, Inglaterra

**Contato:** www.eular.org

### 10th World Congress on Inflammation – Translating Basic Research to Patient Care

**Data:** 25 a 29 de junho

**Local:** Paris, França

**Contato:** info@inflammation2011.com

## NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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



# ALTERNATIVA TERAPÊUTICA BIOLÓGICA DE PRIMEIRA ESCOLHA.<sup>9</sup>

ORÊNCIA® (ABATACEPTE). O PRIMEIRO AGENTE SELETIVO QUE MODULA A ATIVAÇÃO DA CÉLULA-T NA AR.<sup>4,5,6,7,8</sup>

EFICÁCIA SUSTENTADA<sup>1,2,3\*</sup>

- MECANISMO DE AÇÃO ÚNICO E DIRIGIDO.<sup>4,5,6,7,8</sup>
- EFICÁCIA COMPROVADA DURANTE 5 ANOS SEM AUMENTO DE DOSE.<sup>1</sup>

 **ORENCIA®**  
abatacepte

Eficácia sustentada<sup>1,2,3\*</sup>

\* Em pacientes com artrite reumatoide, abatacepte mantém a eficácia após 5 anos de tratamento, e as altas taxas de retenção suportam o benefício clínico a longo prazo.<sup>1,2,3</sup>




Bristol-Myers Squibb

**INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** Orenzia® (abatacepte) não deve ser utilizado com outros medicamentos biológicos para artrite reumatoide, como adalimumabe, etanercepte, infliximabe e anakinra. **CONTRAINDICAÇÃO:** Orenzia® (abatacepte) não deve ser administrado a pacientes com hipersensibilidade conhecida a abatacepte ou a quaisquer dos seus componentes.

**Referências:** 1. Wesshovens R, Kremer JM, Moreland LW, et al. Safety and efficacy of the selective co-stimulation modulator abatacepte in patients with rheumatoid arthritis receiving background methotrexate: a 5 year extended a phase IIIb study. J Rheumatol. 2009 Apr;36(4):736-42. 2. Kremer JM, Russell AS, Emery P, et al. Abatacept demonstrates consistent safety and sustained improvements in efficacy through 4 years of open-label treatment in patients with an inadequate response to anti-TNF therapy. Program and abstracts of the American College of Rheumatology 2009 Annual Meeting, October 17-21, 2009, Philadelphia. Presentation 1689, Poster 422. 3. Genovese MC, Schiff M, Luggen ME, et al. Abatacept demonstrates consistent safety and sustained improvements in efficacy through 4 years of open-label treatment in patients with an inadequate response to anti-TNF therapy. Program and abstracts of the American College of Rheumatology 2009 Annual Meeting, October 17-21, 2009, Philadelphia. Presentation 1689, Poster 422. 4. Blustone JA, St. Clair EW and Turk LA. CTLA-4: Bridging the Basic Commentary Immunology with Clinical Application. Immunity 2006; 24: 233-238. 5. Ruderman EM and Pope RM. Drug insight: abatacept for the treatment of rheumatoid arthritis. Nat Clin Pract Rheumatol 2006; 2(12):654-60. 6. Walunas TL, Lenschow DJ, Bakker CY, et al. CTLA-4 can function as a negative regulator of T cell activation. Immunity. 1994; 1(5):405-13. 7. Linley PS, Brady W, Unnes M, et al. CTLA-4 is a second receptor for the B cell activation antigen B7. J Exp Med. 1991; 174(3):561-9. 8. Greene JL, Layte GM, Ernsweiler J, et al. Covalent dimerization of CD28/CTLA-4 and oligomerization of CD80/CD86 regulate T cell costimulatory interactions. J Biol Chem. 1996; 271(43):26762-71. 9. Bértolo MB, Brenol CV, Schreiber CG, et al. Atualização do Consenso Brasileiro no Diagnóstico e Tratamento da Artrite Reumatoide. Revista Brasileira de Reumatologia, 2007; mai/jun 47(3):3-11.

**ORENCIA® (abatacepte) – PÓ LIÓFILO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL – BRISTOL-MYERS SQUIBB – ORENCIA®** – Uso intravenoso, uso adulto e pediátrico. **INDICAÇÕES:** ORENCIA® é um medicamento usado para tratar adultos com artrite reumatoide (AR) moderada a grave que tiveram resposta inadequada a uma ou mais drogas antirreumáticas modificadoras de doença (DMARDs), como metotrexato (MTX) ou antagonistas de TNF. ORENCIA® também é indicado para tratar pacientes pediátricos a partir de 6 anos com artrite idiopática juvenil / artrite reumatoide juvenil (AIJ/ARJ) poliarticular de atividade moderada a grave que tenham tido resposta inadequada a uma ou mais DMARDs, como MTX ou antagonistas de TNF. ORENCIA® pode ser usado como monoterapia ou em combinação com DMARDs orais que não sejam antagonistas do fator de necrose tumoral (TNF). **CONTRAINDICAÇÕES:** pacientes com hipersensibilidade conhecida a abatacepte ou a qualquer um de seus componentes. **PRECAUÇÕES:** Gravidez – Categoria C: ORENCIA® deve ser usado durante a gravidez somente se claramente necessário. Não há estudos adequados e bem-controlados em mulheres grávidas. Lactação: o abatacepte demonstrou estar presente no leite do rato. Não se sabe se o abatacepte é excretado no leite humano ou absorvido sistemicamente após a ingestão. Hipersensibilidade: medidas apropriadas de suporte médico para o tratamento de reações de hipersensibilidade devem estar disponíveis para uso no caso de reação. Infecções: a administração de ORENCIA® deve ser descontinuada se um paciente desenvolver uma infecção séria. Taxa mais elevada de infecções sérias foi observada em pacientes tratados de forma concomitante com antagonistas do TNF e ORENCIA®. Pacientes com resultados positivos na seleção para tuberculose devem ser tratados com a prática médica padrão antes da terapia com ORENCIA®. Imunizações: vacinas com vírus vivos não devem ser administradas concomitantemente com ORENCIA® ou até três meses após sua descontinuação. Uso em Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): o uso de ORENCIA® em pacientes com artrite reumatoide e DPOC deve ser feito com cuidado, e esses pacientes devem ser monitorados em relação à piora de sua condição respiratória. Imunossupressão: existe a possibilidade de drogas que inibem a ativação da célula T, incluindo ORENCIA®, afetarem as defesas do hospedeiro contra infecções e malignidades, uma vez que as células T mediam respostas imunocelulares. **ADVERTÊNCIAS:** a terapia concomitante com ORENCIA® e um antagonista do TNF não é recomendada. Ao fazer a transição da terapia com antagonista do TNF para a terapia com ORENCIA®, os pacientes devem ser monitorados para sinais de infecção. **USO GERIÁTRICO:** como há maior incidência de infecções e malignidades na população idosa em geral, deve-se ter cuidado ao tratar idosos. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** estudos sobre interação medicamentosa não foram realizados com ORENCIA®. A administração concomitante de um antagonista do TNF com ORENCIA® está associada a um risco elevado de infecções sérias e nenhuma eficácia adicional significativa sobre o uso de antagonistas do TNF isoladamente. A terapia concomitante de ORENCIA® e antagonistas do TNF não é recomendada. Não há experiência suficiente para avaliar a segurança e a eficácia de ORENCIA® administrado concomitantemente com outra terapia biológica para artrite reumatoide, como anakinra, e, portanto, seu uso não é recomendado. Interação com testes laboratoriais: o sistema de monitoração de glicose baseada na GDH-PQQ pode reagir com a maltose presente no ORENCIA®, resultando em leituras falsas de elevação de glicose sanguínea no dia da infusão. **REAÇÕES ADVERSAS:** AR – Geral: as reações adversas mais sérias foram infecções sérias e malignidade. Os eventos adversos mais comuns ( $\geq 10\%$  dos pacientes) foram dor de cabeça, infecção do trato respiratório superior, nasofaringite e náusea. Infecções: os eventos adversos que mais frequentemente resultaram em intervenção clínica (interrupção ou descontinuação de ORENCIA®) foram causados por infecção. As infecções mais comumente relatadas (5% – 13% pacientes) foram infecção do trato respiratório superior, nasofaringite, sinusite, infecção do trato urinário, gripe e bronquite. As infecções relatadas com mais frequência que resultaram na interrupção da dose foram infecção do trato respiratório superior (1,0%), bronquite (0,7%) e herpes-zóster (0,7%). As infecções mais frequentes que resultaram em descontinuação foram pneumonia (0,2%), infecção localizada (0,2%) e bronquite (0,1%). Malignidades: as taxas de incidências por 100 pacientes/ano foram de 0,74 para câncer de pele não melanomatoso, 0,59 para malignidades sólidas e 0,12 para malignidades hematológicas. O câncer de órgão sólido mais reportado foi câncer de pulmão (0,16 por 100 pacientes/ano), e a malignidade hematológica mais comum foi linfoma (0,07 por 100 pacientes/ano). Reações relacionadas à infusão e reações de hipersensibilidade: os eventos relatados com mais frequência foram tontura, dor de cabeça e hipertensão. Pacientes com DPOC: os pacientes com DPOC tratados com ORENCIA® desenvolveram eventos adversos de forma mais frequente que aqueles tratados com placebo. Ocorreram distúrbios respiratórios mais frequentemente em pacientes tratados com ORENCIA®, em comparação aos pacientes tratados com placebo, incluindo exacerbação da DPOC, tosse, roncocal e dispnéia. AIJ / ARJ – As infecções ocorreram em frequência de 36%. As infecções mais comuns foram do trato respiratório superior e nasofaringite. As infecções foram resolvidas sem sequelas, e os tipos de infecções foram consistentes com os tipos comumente observados em populações pediátricas ambulatoriais. Outros eventos que ocorreram em prevalência de pelo menos 5% foram cefaleia, náuseas, diarreia, tosse, piroxia, e dor abdominal. **POSOLÓGIA:** ORENCIA® deve ser administrado por infusão intravenosa de 30 minutos. Após a administração inicial, ORENCIA® deve ser administrado em duas e quatro semanas após a primeira infusão, depois a cada quatro semanas. Qualquer porção não utilizada nos frascos-ampola deve ser imediatamente descartada. Para pacientes adultos com AR, ORENCIA® deve ser administrado nas seguintes doses: 500 mg (dois frascos-ampola) para pacientes com peso corporal < 60 kg, 750 mg (três frascos-ampola) para pacientes com peso corporal entre 60 e 100 kg e 1g (quatro frascos-ampola) para pacientes com peso corporal > 100 kg. A dose recomendada de ORENCIA® para pacientes com 6 a 17 anos de idade com AIJ / ARJ que pesam < 75 kg é de 10 mg/kg, calculada com base no peso corporal do paciente em cada administração. Os pacientes pediátricos com peso  $\geq 75$  kg devem receber ORENCIA® seguindo-se o esquema posológico para adultos, não superando uma dose máxima de 1.000 mg. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA – USO RESTRITO A HOSPITAIS.** Reg. MS – 1.0180.0390. A PERSISTÊNCIA NOS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. Serviço de atendimento ao consumidor: 0800 727 61 60. Endereço BMS: Rua Carlos Gomes, 924 – CEP 04743-903 – Santo Amaro – São Paulo, SP.





Nós, da Abbott, desejamos a você,  
reumatologista, um ótimo final  
de ano e um 2011 repleto de  
realizações.



Continuaremos juntos na construção deste sucesso!

Roberta Carvalho

Marcelo Oliveira

Gian Cartapatti

Gustavo Dias

Dennis Claro

Djalma Penna

Juliano Souza

Cristiane Couto

Antônio Guimarães

Alexandre Miguel

Roger Miyake

Bruna Fiore

Ingrid Oliveira

Gabriela Muricy

Ligia Colello

Raquel Fernandes