

REUMATO

Em Revista

Set-Out-Nov-Dez/2021 - Número 6



SOCIEDADE
PARANAENSE DE
REUMATOLOGIA

O PRIMEIRO E ÚNICO INIBIDOR DE JAK APROVADO NO BRASIL PARA ARTRITE REUMATOIDE, ARTRITE PSORIÁSICA E RETOCOLITE ULCERATIVA¹⁻⁴

XELJANZ[®]

citrato de tofacitinibe

Uma alternativa ao tratamento injetável.⁵



10 estudos clínicos comprovando eficácia⁶⁻¹⁵



9,5 anos de dados de segurança¹⁵



Com a vantagem de ser oral¹⁵



Disponível no Sistema Único de Saúde para AR⁵



Posologia para o paciente de AR ou APs¹

1 Comprimido 5mg
2X ao dia¹



Armazene em temperatura ambiente (entre 15 e 30°C)¹



Administrado via oral com ou sem alimento¹



SEM INJEÇÕES¹



SEM INFUSÕES¹



SEM JEJUM¹

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1. Bula de Xeljanz[®]. Disponível em www.pfizer.com.br/bulas 2. Diário Oficial da União (DOU - 08/12/2014). link: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualizar/index.jsp?data=08/12/2014&jornal=1010&pagina=138&totalArquivos=144>. Acesso em: 02/03/2020. 3. Diário Oficial da União (DOU - 29/10/2018). link: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualizar/index.jsp?data=29/10/2018&jornal=5316&pagina=248&totalArquivos=51>. Acesso em: 03/ 4. Diário Oficial da União (DOU - 18/03/2019). link: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualizar/index.jsp?data=18/03/2019&jornal=5316&pagina=248&totalArquivos=74>. Acesso em: 02/03/2020. 5. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide (PCDT 2019) link: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_PCDT_Artrite_Reumatoide_CP21_2019.pdf. Acesso em 02/03/2020. 6. Fleischmann, R. et al. (2012). "Placebo-controlled trial of tofacitinib monotherapy in rheumatoid arthritis." New England Journal of Medicine 367(6):495-507. 7. Van Vollenhoven, R. F. et al. (2012). "Tofacitinib or adalimumab versus placebo in rheumatoid arthritis." New England Journal of Medicine 367(6):508-519. 8. Burmester, G. R. et al. (2013). "Tofacitinib (CP-690,550) in combination with methotrexate in patients with active rheumatoid arthritis with an inadequate response to tumour necrosis factor inhibitors: a randomised phase 3 trial." The Lancet 381(9865):451-460. 9. Kremer, J. et al. (2013). "Tofacitinib in combination with nonbiologic disease-modifying antirheumatic drugs in patients with active rheumatoid arthritis: a randomized trial." Annals of Internal Medicine 159(4):253-261. 10. Van Der Heijde, D. et al. (2013). "Tofacitinib (CP-690,550) in patients with rheumatoid arthritis receiving methotrexate: twelve-month data from a twenty-four-month phase III randomized radiographic study." Arthritis & Rheumatism 65(3):559-570. 11. Lee, E. B. et al. (2014). "Tofacitinib versus methotrexate in rheumatoid arthritis." New England Journal of Medicine 370(25):2377-2386. 12. Yanagawa, H. et al. (2016). "Tofacitinib, an oral Janus kinase inhibitor, as monotherapy or with background methotrexate, in Japanese patients with rheumatoid arthritis: an open-label, long-term extension study." Arthritis research & therapy 18(1):34. 13. Fleischmann, R. et al. (2017). "Efficacy and safety of tofacitinib monotherapy, tofacitinib with methotrexate, and adalimumab with methotrexate in patients with rheumatoid arthritis (ORAL Strategy): a phase 3b/4, double-blind, head-to-head, randomised controlled trial." The Lancet 390(10093):457-468. 14. Cohen, S. B. et al. (2019). "Methotrexate withdrawal in patients with rheumatoid arthritis who achieve low disease activity with tofacitinib modified-release 11 mg once daily plus methotrexate (ORAL Shift): a randomised, phase 3b/4, non-inferiority trial." The Lancet Rheumatology 1(1):e23-e34. 15. Wollenhaupt, J. et al. (2019). "Safety and efficacy of tofacitinib for up to 9.5 years in the treatment of rheumatoid arthritis: final results of a global, open-label, long-term extension study." Arthritis research & therapy 21(1):89.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: EVITAR COMBINAÇÃO COM DMARDs BIOLÓGICOS E IMUNOSSUPRESSORES POTENTES TAIS COMO AZATIOPRINA E CICLOSPORINA DEVIDO A POSSIBILIDADE DE IMUNOSSUPRESSÃO AUMENTADA E RISCO AUMENTADO DE INFECÇÃO. CONTRAINDICAÇÕES: HIPERSENSIBILIDADE AO XELJANZ[®] OU A QUALQUER COMPONENTE DA FORMULAÇÃO.

XELJANZ[®] (citrato de tofacitinibe). **Indicações:** Pacientes adultos com artrite reumatoide ativa moderada a grave que apresentaram uma resposta inadequada a um ou mais DMARDs; para o tratamento de pacientes adultos com artrite psoriásica ativa que apresentaram uma resposta inadequada a metotrexato ou a outros medicamentos modificadores do curso da doença (DMARDs); e para pacientes adultos com colite ulcerativa ativa moderada a grave com uma resposta inadequada, perda de resposta ou intolerância a corticosteróides, azatioprina (AZA), 6-mercaptopurina (6-MP) ou antagonistas do fator de necrose tumoral (TNF). **Contra-indicações:** Hipersensibilidade ao XELJANZ[®] ou a qualquer componente da formulação. **Advertências e Precauções:** Não iniciar XELJANZ[®] em pacientes com uma infecção ativa, incluindo infecções localizadas. Considerar terapia antibiótica antes da administração de XELJANZ[®] em pacientes com uma história de tuberculose latente ou ativa, e para pacientes com um teste negativo para tuberculose latente, mas que possuem fatores de risco para uma infecção por tuberculose. Monitorar o desenvolvimento de sinais e sintomas de infecção, incluindo tuberculose, durante e após o início do tratamento com XELJANZ[®]. Interromper o tratamento se o paciente desenvolver infecção grave, infecção oportunista ou sepse. Cautela ao tratar idosos e diabéticos devido à maior incidência de infecções. O risco de herpes zoster parece ser maior em pacientes japoneses e coreanos tratados com XELJANZ[®]. Cautela nos pacientes com maior risco de perfuração gastrointestinal. Avise os pacientes quanto a fatores de risco para TEV. Use 10 mg Xeljanz[®] duas vezes ao dia com cautela em pacientes para os quais 10 mg duas vezes ao dia é a dose recomendada e nos quais os fatores de risco são identificados. Não é recomendado iniciar o tratamento com XELJANZ[®] em pacientes com contagem baixa de linfócitos (ou seja, menos de 500 células/mm³) devido a uma maior incidência de infecções. Não é recomendado iniciar o tratamento com XELJANZ[®] em pacientes com CAN menor do que 1000 células/mm³. Se CAN persistente de 500-1000 células/mm³, interromper a administração até que CAN seja maior do que 1000 células/mm³. Não é recomendado iniciar o tratamento com XELJANZ[®] em pacientes com Hb<9 g/dL. Interromper o tratamento quando Hb<8 g/dL ou quando Hb diminuir >2 g/dL durante o tratamento. O tratamento com XELJANZ[®] foi associado a aumentos nos parâmetros lipídicos. Aumentos no colesterol total e LDL, associados a XELJANZ[®], podem ser reduzidos aos níveis pré-tratamento com uso de estatinas. O tratamento com XELJANZ[®] foi associado com um aumento da incidência de elevação das enzimas hepáticas. A maioria destas anormalidades ocorreu em estudos com base na terapia DMARD. A monitorização hepática de rotina e pronta investigação das causas da elevação das enzimas são recomendadas. Se houver suspeita de lesão induzida por drogas, interromper a administração de XELJANZ[®]. Reações como angioedema e urticária que podem refletir a hipersensibilidade ao medicamento foram observadas em pacientes que receberam Xeljanz[®]. Alguns eventos foram graves. Muitos desses eventos ocorreram em pacientes com histórico de alergias múltiplas. Se ocorrer uma reação de hipersensibilidade grave, interromper prontamente o uso de tofacitinibe enquanto avalia a causa ou as causas potenciais da reação. Recomenda-se que vacinas vivas atenuadas não sejam administradas concomitantemente com XELJANZ[®]. O tratamento com XELJANZ[®] não é recomendado no comprometimento hepático grave. A segurança e eficácia de XELJANZ[®] em crianças desde neonatos até menores de 18 anos de idade não foram estabelecidas. Gravidez: Categoria de Risco C. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. Lactação: Mulheres não devem amamentar durante o tratamento com XELJANZ[®]. Dirigir veículos e operar máquinas: não há estudos sobre este tipo de efeito. Este medicamento contém lactose. **Reações adversas:** Reações adversas mais comumente relatadas na população com Artrite Reumatoide (que ocorreram em ≥3% dos pacientes tratados com Xeljanz[®] em monoterapia ou em combinação com DMARDs) foram: cefaleia, infecções do trato respiratório superior, nasofaringite, hipertensão, náuseas e diarreia. Reações adversas mais comumente relatadas na população com Artrite Psoriásica: bronquite, diarreia, dispepsia, fadiga, dor de cabeça, nasofaringite e faringite. Além dessas, foram relatadas como comuns: pneumonia, herpes zoster, infecção do trato urinário, aumento de peso, dor abdominal, vômitos, gastrite, artalgia, anemia, pirox, edema periférico, insônia, tosse, rash cutâneo e hipersensibilidade ao medicamento. **Interações:** Evitar combinação com DMARDs biológicos e imunossuppressores potentes tais como azatioprina e ciclosporina devido à possibilidade de imunossupressão aumentada e risco aumentado de infecção. Reduzir dose de XELJANZ[®] para 5 mg duas vezes ao dia se o paciente estiver tomando 10 mg duas vezes ao dia, ou para 5 mg uma vez ao dia se o paciente estiver tomando 5 mg duas vezes ao dia, quando em uso de inibidores potentes de CYP3A4 (ex: cetozazolol) e em pacientes que recebem uma ou mais medicações concomitantes que resultem na inibição moderada da CYP3A4 e inibição potente da CYP2C19 (ex: fluconazol). A administração com indutores potentes de CYP pode resultar em perda ou redução da resposta clínica (ex: rifampicina). **Posologia** para o tratamento da Artrite Reumatoide: XELJANZ[®] pode ser usado como monoterapia ou em combinação com metotrexato ou outros DMARDs não biológicos. A dose recomendada é 5 mg, via oral, duas vezes ao dia. Posologia para o tratamento da Artrite Psoriásica: A dose recomendada de Xeljanz[®] é de 5 mg administrada duas vezes ao dia, em combinação com DMARDs sintéticos convencionais (csDMARDs). Posologia para o tratamento da colite ulcerativa: a dose recomendada de Xeljanz[®] é de 10 mg administrada oralmente duas vezes ao dia para indução por pelo menos 8 semanas e 5 mg administradas duas vezes ao dia para manutenção. Nenhum ajuste de dose é necessário em pacientes com 65 anos de idade ou mais, em pacientes com comprometimento renal leve e em pacientes com comprometimento hepático leve. A dosagem de Xeljanz[®] deve ser reduzida para 5 mg duas vezes ao dia se o paciente estiver tomando 10 mg duas vezes ao dia e a dose de Xeljanz[®] deve ser reduzida para 5 mg uma vez ao dia se o paciente estiver tomando 5 mg duas vezes ao dia em pacientes com comprometimento renal moderado ou grave e em pacientes com comprometimento hepático moderado. Pacientes submetidos à hemodiálise devem receber a dose de XELJANZ[®] após a sessão do dia. Caso essa tenha sido administrada antes do procedimento de diálise, doses suplementares não são recomendadas no período pós-diálise. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. MS - 1.2110.0465.** Para informações completas, consulte a bula do produto (XELCOR, 40). Documentação científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica mediante solicitação. Wyeth Indústria Farmacêutica Ltda. Rua Alexandre Dumas, 1860 - Chacara Santo Antônio, São Paulo - SP - CEP 04717-904 Tel. 0800-0160625. www.pfizer.com.br. Wyeth é uma empresa do Grupo Pfizer.

AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

Wyeth
Grupo Pfizer

SQC
0800-0160625
www.wyeth.com.br

Material de distribuição exclusiva a profissionais habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos. Proibida a reprodução ou compartilhamento com terceiros

PP-XEL-BRA-0410 - Outubro/2020

Artrite Reumatóide (AR) e Artrite Psoriásica (APs)

Fale Pfizer
0800-7701575
www.pfizer.com.br

Pfizer

Um olhar sobre o tempo

Dezembro de 2021. O ano da retomada teve agravamento da pandemia, morosiade inicial na vacinação, mas está terminando com milhões de brasileiros vacinados e o retorno de muitas atividades presenciais.

A Sociedade Paranaense de Reumatologia, assim como as demais entidades organizadas, está concluindo o segundo ano sem as atividades presenciais rotineiras, como as reuniões e os eventos mensais, além dos simpósios regionais e as jornadas anuais.

A revista foi mantida, ao lado de atividades digitais. Esperamos que 2022 mantenha a tendência de controle da pandemia e de variantes, garantindo o retorno de nossas reuniões e eventos.

A REUMATO EM REVISTA fecha o seu segundo ano, com esta edição número 6. Tivemos a oportunidade de compartilhar conteúdos de muita qualidade, mostrando o vigor da produção científica da reumatologia paranaense.

Nesta edição voltamos a publicar relatos de casos e estudos importantes, dados, alertas e reflexões de médicos dedicados à reumatologia, sempre acompanhando com excelência seus pacientes e estudando os detalhes dos tratamentos, compartilhando nos seus artigos e pesquisas.

Ao completarmos esse segundo ano da revista da Sociedade Paranaense de Reumatologia agradecemos a todos que contribuíram, que escreveram, leram, divulgaram, comentaram, enfim, deram sentido e vida ao nosso projeto.

A alegria de concluir mais essa etapa é do tamanho da nossa gratidão, aos presidentes Dr. Fernando Augusto Chiuchetta e, em 2021, Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas.

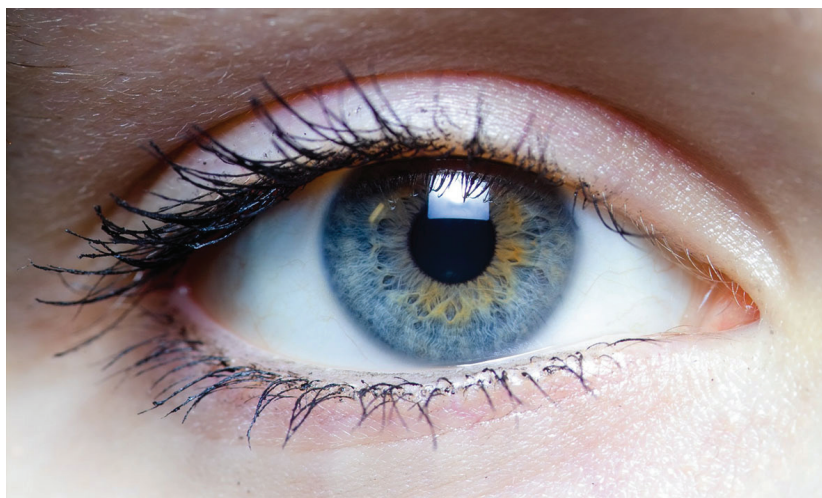
Agradecimento especial aos presidentes das comissões científicas e, em 2021, ao coordenador de Mídias, Dr. Valderílio Feijó Azevedo.

Abrimos espaço na revista para colegas da capital e do interior, mostrando a nossa união e atuação forte em todo o estado.

Desejamos a todos um 2022 com muita saúde, realizações e sucesso.



MARCO ROCHA LOURES,
Editor da REUMATO EM REVISTA



8

ESCLEROMALACEA NA ARTRITE REUMATOIDE

Um caso de de atividade de doença não articular.



7

PALAVRA DO PRESIDENTE

O Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas, presidente da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SBR), escreve sobre a entidade.

12

OSTEÍTE CONDENSANTE DO ILÍACO (OCI)

Relato de caso de paciente de 35 anos.

16

ESPONDILOARTRITE AXIAL INDIFERENCIADA

Um relato de caso e revisão da literatura.

24

OSTEONECROSE POR GLICOCORTICOIDE

Efeitos colaterais dos glicocorticoides.



30

CICLISMO, O HOBBY

Entrevista com o reumatologista Andreas Funke.

- 3** Palavra do Editor
- 6** Expediente
- 7** Palavra do Presidente
- 8** Escleromalacea na artrite reumatoide:
um caso de atividade de doença não articular
- 12** Osteíte condensante do íliaco (OCI)
- 16** Espondiloartrite axial indiferenciada:
um relato de caso e revisão de literatura
- 24** Osteonecrose por glicocorticoide
em tempos de covid-19
- 30** Ciclismo, o hobby. Entrevista com o
reumatologista Andreas Funke
- 36** Resultados do Prêmio Acir Rachid 2021



SET/OUT/NOV/DEZ 2021
Número 6
Sociedade Paranaense de
Reumatologia

Editor:
Dr. Marco Antonio Rocha Loures
E-mail: mloures@gmail.com

Presidente da SPR:
Dr. Antonio Carlos Monteiro
Ribas

Comissão de Mídias:
Coordenador,
Dr. Valderílio Feijó Azevedo

Jornalista:
Diniz Neto





DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: **Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas**

Vice-presidente: **Dr. Marcio Augusto Nogueira**

Secretário Geral: **Dr. Carlos Frederico Rodrigues Parchen**

1ª Secretário: **Dra. Debora Karine Marinello**

Tesoureiro Geral: **Dra. Madeleine Rose Luvison Gomes da Silva**

1ª Tesoureiro: **Dra. Deborah Negrão Gonçalo Dias**

Diretora Científica: **Dra. Carolina de Souza Müller**

COMISSÃO CIENTÍFICA

Diretora Científica: **Dra. Carolina de Souza Müller.**

Dra. Juliana Simioni, Dra. Marcia Bandeira, Dra. Andrieli Caroline Mehl, Dr. Valderílio Feijó Azevedo, Dr. Eduardo dos Santos Paiva.

COMISSÃO DO INTERIOR

Dr. Antonio Techy, Dr. Diogo Cunha Lacerda, Dra. Neide Tomimura Costa, Dr. Paulo Roberto Donadio.

COMISSÃO DE MÍDIAS

Coordenador: **Dr. Valderílio Feijó Azevedo.**

Dra. Ana Carolina Beer Baümle Cubilla, Dra. Ana Paula Adame, Dra. Deborah Colombo Ito, Dra. Fernanda Borghi, Dra. Maria Cristina Wallbach, Dr. Nathan Catolino, Dra. Sinara da Silva Freitas e Dra. Sueny Munarin

COMISSÃO DOS EX-PRESIDENTES

Dr. Acir Rachid Filho, Dr. Sebastião Cezar Radominski, Dra. Marilia Barreto Gameiro Silva, Dr. Eduardo dos Santos Paiva, Dr. Marco Antonio Araújo da Rocha Loures, Dr. Fernando Augusto Chiuchetta.

SOCIEDADE PARANAENSE DE REUMATOLOGIA (SPR)

Rua Padre Anchieta, 1846 - sala 104 - Edifício Biocentro - Bigorriho, Curitiba - PR - CEP 80730-000

Fone: (41) 3324-6562

E-mail: reumatopr@gmail.com

Site: reumatologiapr.com.br

WhatsApp: +55 (41) 41 99512-4567

Facebook: [/SociedadeParanaensedereumatologia/](https://www.facebook.com/SociedadeParanaensedereumatologia/)

Instagram: [@reumatopr](https://www.instagram.com/reumatopr)

Reumato em Revista número 6

Caros associados, colegas e amigos Reumatologistas. O ano de 2021 está no final e mostrou a todos nós que, apesar das dificuldades da pandemia e de todas as perdas que tivemos de parentes, amigos e pacientes nestes quase dois anos, ainda estamos esperançosos que o próximo ano seja de alguma bonança.

O ano de 2021 marcou os 50 anos da Sociedade Paranaense de Reumatologia, que se mostra cada vez maior e mais atuante também fora do Paraná, congregando colegas de vários estados do Brasil. A intenção era a de ter realizado uma festa em comemoração ao Jubileu de Ouro da SPR, mas a pandemia também não permitiu. Mesmo assim, os objetivos para 2022 são de que nossas reuniões e simpósios possam ser novamente presenciais, trazendo os colegas para os encontros tão esperados por todos. E, por conta disso, durante a nossa Jornada em 2022 esperamos fazer uma festa comemorativa pelos 50 anos da SPR, com a presença da maioria dos colegas.

Também em nossa última Assembleia do ano de 2021 foi aprovada a redação do novo Estatuto da SPR, atualmente em fase de registro em cartório, o que trará modernidade às atividades administrativas, também em conformidade com o Estatuto da Sociedade Brasileira de Reumatologia.

Agradecemos a participação de todos os colegas nas reuniões e simpósios da SPR, pois a presença dos associados é que enriquece todo esse trabalho. Tivemos aulas excelentes durante o ano todo e, para 2022, além das reuniões presenciais, está em análise a possibilidade de que sejam híbridas e transmitidas online.

Também agradecemos a participação da Indústria Farmacêutica, parceiras de sempre da SPR.

Parabenizamos os colegas vencedores do tradicional Prêmio Acir Rachid nesta versão de 2021.

Por último, externamos nossos agradecimentos a todos os colegas que participam da diretoria nesta gestão, assim como a Comissão de Mídias da SPR, os quais trabalharam incansavelmente para que todas as reuniões, simpósios e jornadas tenham sido um sucesso, principalmente na qualidade das apresentações e dos palestrantes convidados, a quem também agradecemos pela disponibilidade.

Que todos nós tenhamos um Feliz Natal, assim como aos familiares e que 2022 possa ser um ano repleto de bons propósitos e de saúde para todos.



DR. ANTONIO CARLOS MONTEIRO RIBAS,
Presidente da Sociedade Paranaense de Reumatologia



O olho *nas doenças reumáticas*

Título:

Escleromalacea na artrite reumatoide:
um caso de atividade de doença não articular

Autora:

Chayanne N. Rossetto

Título:

Escleromalacea na artrite reumatoide: um caso de atividade de doença não articular

Autora:

Chayanne N. Rossetto

Instituição: *Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná*

Mesmo após anos, alguns pacientes com artrite reumatoide ainda nos surpreendem. A paciente M.F. é uma delas. Aos 52 anos, apresentava artrite há mais de 20. Nos últimos 10 anos, dizia em todas as consultas que estava bem: a rigidez não mais incomodava, as dores eram toleráveis, sabia lidar com as medicações e já não tinha mais as juntas inchadas. Porém, em todas as consultas, seus exames deixavam os médicos inquietos. Estava usando metotrexato 2,5mg 8 comprimidos na semana, e leflunomida 20mg ao dia, mas mantinha as provas de atividade inflamatória sempre altas. O VHS estava sempre en-

tre 50 e 60, a despeito de hemograma e eletroforese de proteínas normais, e a PCR variava entre 0,9 e 2,1 mg/dL (valor de referência de 0,3mg/dL). O DAS-28 de 4,3 refletia a atividade inflamatória, apesar da baixa contagem de articulações acometidas. Em sua consulta no final de 2020, ao passar por exame clínico minucioso, reparamos em uma mudança nos seus olhos (foto1). A paciente não sentia dor, prurido ou alteração visual. Encaminhamos a paciente para a oftalmologia, onde foi feito o diagnóstico de esclerite necrosante.



A esclerite é uma patologia em si, porém pode ser secundária a artrite reumatoide não controlada. Até 6% dos pacientes com artrite reumatoide podem desenvolver essa doença ocular, que geralmente ocorre na AR de longa data e não controlada. A apresentação clássica é de olho vermelho doloroso, porém os casos de esclerite necrosante (escleromalacea perforans), como da nossa paciente, que constituem a minoria dos casos, são indolores e podem passar despercebidos. Histopatologicamente o acometimento consiste em um nódulo reumatoide, com presença de granuloma e necrose fibrinoide. A escleromalacea perforans, ao contrário da esclerite dolorosa, geralmente não responde a tratamentos tópicos como colírios de corticosteroides, antiinflamatórios ou corticosteroides orais, e responde muito melhor a tratamentos sistêmicos para a artrite reumatoide, como DMARDs sintéticos, ciclofosfamida e DMARDs biológicos.

Ao repetir os exames da M.F. confirmamos a presença de fator reumatoide e anti-CCP positivos (204 e 362, respectivamente). Optamos por iniciar trata-

mento com rituximabe, 2 gramas a cada 6 meses. A paciente tolerou bem o uso da nova medicação, e, após 3 meses da primeira infusão, o uso da leflunomida foi suspenso. Na ocasião a paciente apresentava VHS de 12, PCR de 0,05 mg/dL e DAS 28 de 2,6, em baixa atividade de doença.

Após 9 meses do início do rituximabe, a paciente foi reavaliada no ambulatório de oftalmologia, sem nenhuma queixa, com estabilidade da manifestação ocular.

REFERÊNCIAS:

Stem MS, Todorich B, Faia LJ. Ocular Pharmacology for Scleritis: Review of Treatment and a Practical Perspective. J Ocul Pharmacol Ther. 2017;33(4):240. Epub 2017 Mar 29.

Daniel Diaz J, Sobol EK, Gritz DC. Treatment and management of scleral disorders. Surv Ophthalmol. 2016;61(6):702. Epub 2016 Jun 16.

Imagem publicada com o consentimento da paciente.



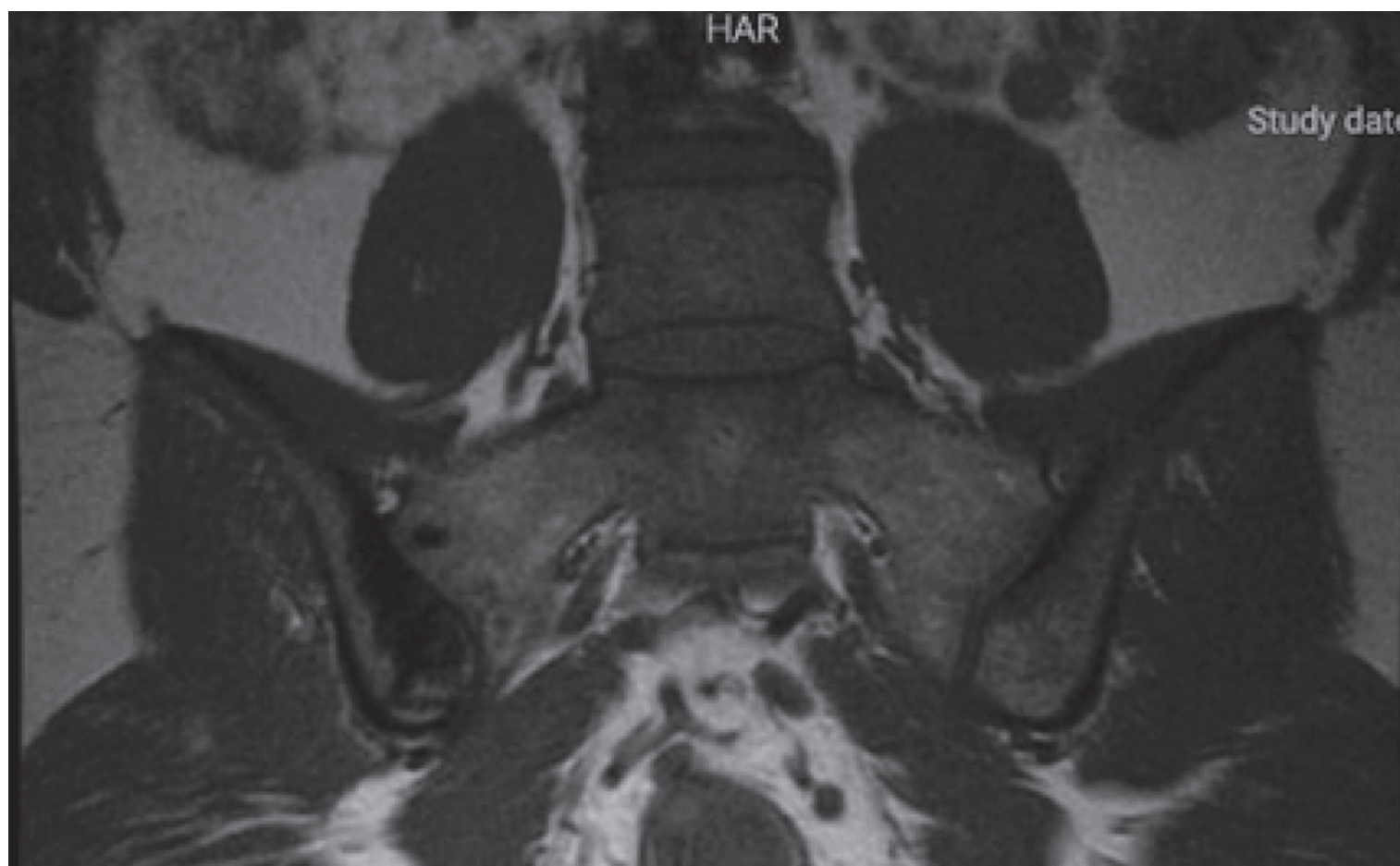
Título: *Escleromalacea na artrite reumatoide: um caso de atividade de doença não articular*

Autora:
Chayanne N. Rossetto

Instituição: *Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná*

A médica reumatologista do HC/UFPR é mestranda em Medicina Interna pela UFPR.

Chayanne N. Rossetto



Título:

Osteíte condensante do ilíaco (OCI)

Autora:

Natalia Pereira Machado

Título:

Osteíte condensante do ilíaco (OCI)

Autora:

Natalia Pereira Machado

Instituição: *Reumatologista do Ambulatório de Espondiloartrites do Hospital de Clínicas da UFPR*

Paciente do sexo feminino, 35 anos, nuligesta, com história de retocolite ulcerativa (colite esquerda) e uveíte anterior aguda recorrente desde 2015. Em 2020 passou a ter dor lombar inflamatória, com rigidez matinal de 20 minutos e na mesma ocasião foi internada por atividade da RCU e episódio de uveíte, quando então foi solicitada consulta da reumatologia. Negava artralgia periférica, dactilite ou entesite. Vinha em uso de azatioprina 100mg/dia e posteriormente foi iniciado infliximabe 400mg a cada 8 semanas e prednisona 20mg/dia pela gastroenterologia. Exame físico geral sem alterações. Exame osteoarticular: sem sinovites ou entesites, Patrick-FABERE negativo, Schober 5 cm, distância tragus-parede de 15cm. BASDAI: 4.

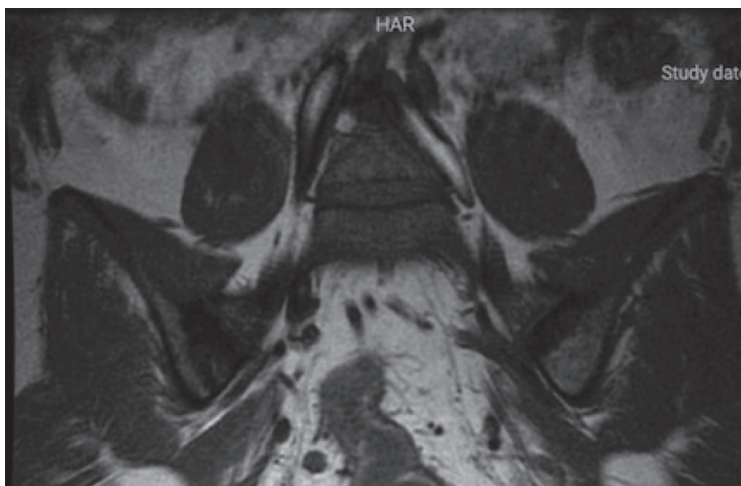
Exames laboratoriais: HLAB27 negativo, provas de atividade inflamatórias normais. Radiografia de bacia de agosto/2020: esclerose óssea em ilíacos bilateralmente. RNM de bacia outubro/2020: esclerose óssea predominando em ilíacos bilateralmente, mais predominante a direita, sem erosões ou alteração do espaço articular, compatível com osteíte condensante do ilíaco bilateral. A paciente foi tratada com analgesia simples e reabilitação e em junho de 2021 teve remissão da dor lombar (BASDAI 0,4).

Trata-se de um caso interessante pois apesar da alta probabilidade de ser uma espondiloartrite, o diagnóstico se mostrou diferente, realçando a importância de uma avaliação criteriosa dos sintomas e dos

exames complementares. A osteíte condensante do ilíaco (OCI) foi descrita em 1926 por Sicard et al, como uma esclerose triangular do osso ilíaco, e às vezes do sacro, com preservação do espaço articular. Pode ser sintomática, se apresentando como dor lombar mecânica ou inflamatória e tende a ser autolimitada, melhorando espontaneamente após alguns meses/anos. É mais freqüente em mulheres, pós parto, entre 20 e 40 anos, mas pode ocorrerem em nulíparas como o exemplo supracitado em cerca de 33% dos casos. A prevalência é estimada em 0,9%-2,5% mas nem todos os pacientes têm sintomas. Edema ósseo (EMO) também pode estar presente na ressonância magnética e tende a ter localização mais ventral na articulação sacroilíaca quando comparado ao EMO das espondiloartrites, o qual é um pouco mais dorsal nas porções cartilaginosas das mesmas. Além disso alteração do espaço articular, erosões, metaplasia gordurosa e anquilose não ocorrem na OCI, sendo mais específicas de quadros de espondiloartrites.

FONTES:

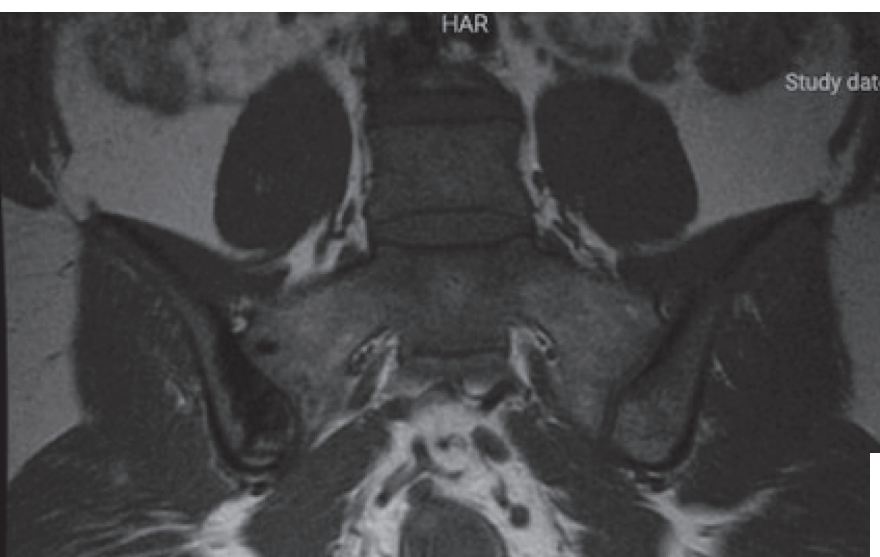
1. Int J Rheum Dis 2018 Jan;21(1):299-307
2. Ann Rheum Dis. 77(Suppl 2):628.2-629
3. Isr Med Assoc J. 2017 Nov;19(11):666-669.



Título:
Osteíte condensante do íliaco (OCI)

Autora:
Natalia Pereira Machado

Instituição:
Reumatologista do Ambulatório de Espondiloartrites do Hospital de Clínicas da UFPR



Natalia Pereira Machado



Título:

Espondiloartrite axial indiferenciada:
um relato de caso e revisão de literatura

Autora:

***Natalie* Polo Branco**

Orientador:

Professor *Felipe* Cayres Nogueira da Rocha Loures

Título:

Espondiloartrite axial indiferenciada: um relato de caso e revisão de literatura

Autora:

Natalie Polo Branco

Orientador:

Professor *Felipe* Cayres Nogueira da Rocha Loures

Instituição:

*Curso de Medicina da Universidade Cesumar (Unicesumar).
Trabalho de conclusão do curso de Medicina.*

RESUMO

A espondiloartrite indiferenciada (EI) é uma enfermidade pertencente ao grupo das espondiloartrites (EpA), apresentando manifestações clínicas, radiográficas e laboratoriais sugestivas de espondiloartrite, mas que não se encaixam nos critérios estabelecidos para as demais doenças do grupo. É caracterizada por alterações inflamatórias e degenerativas que podem acometer articulações periféricas ou axiais, acompanhadas ou não de manifestações extra-articulares. Normalmente apresenta marcador HLA-B27 positivo e achados radiológicos como sacroileíte. A EI tem influência direta na qualidade de vida do paciente devido comprometimento da funcionalidade e sintomas dolorosos. Com o diagnóstico precoce e tratamento adequado a EI pode regredir e estabilizar, caso contrário, o quadro pode cronicar ou mesmo evoluir para outros tipos de espondiloartrite. O presente estudo objetiva relatar detalhadamente um caso de espondiloartrite axial indiferenciada sem achado radiográfico de sacroileíte; associada a lombalgia. A terapia com imunobiológico Adalimumabe demonstrou eficácia significativa na estabilização da doença, levando a progressiva resolução das manifestações clínicas. Além do caso atípico de espondiloartrite, o seguinte trabalho traz uma breve revisão de literatura sobre a doença.

Palavras-chave: Espondilite anquilosante; Artrite;

Dor.

ABSTRACT

Undifferentiated spondyloarthritis (USpA) is a disease belonging to the group of spondyloarthritis (SpA), presenting clinical, radiographic and laboratory manifestations suggestive of spondyloarthritis, but which do not fit the criteria established for the other diseases in the group. It is characterized by inflammatory and degenerative disturbance that can affect peripheral or axial joints, accompanied or not by extra-articular manifestations. It usually has a positive HLA-B27 marker and radiological findings such as sacroiliitis. USpA has a direct influence on the patient's quality of life due to impaired functionality and painful symptoms. With early diagnosis and proper treatment, USpA can regress and stabilize, otherwise, the condition can become chronic or even progress to other types of spondyloarthritis. The present study aims to report in detail a case of undifferentiated axial spondyloarthritis without radiographic finding of sacroiliitis; associated with low back pain. Therapy with immunobiological Adalimumab demonstrated significant efficacy in stabilizing the disease, leading to progressive resolution of clinical manifestations. In addition to the atypical case of spondyloarthritis, the following work provides a brief literature review on the disease.

Keywords: Ankylosing spondylitis; Arthritis; Pain.

1 INTRODUÇÃO

Espondiloartrites (EpA) correspondem a um espectro de doenças inflamatórias crônicas que inclui espondilite anquilosante (EA), artrite reativa (ARe), artrite psoriásica (APs), espondiloartrite relacionada à doença inflamatória intestinal e espondiloartrite indiferenciada (EI). Tais doenças se inter-relacionam por meio de características clínicas em comum, das quais se destacam: acometimento das articulações sacroilíacas e da coluna vertebral (especialmente do segmento lombar), presença de artrite periférica assimétrica de grandes articulações; processo inflamatório das enteses, predisposição genética (relacionada ao antígeno de histocompatibilidade B27 – HLA-B27), soronegatividade para fator reumatoide (FR) e manifestações extra-articulares (uveíte, alterações cutâneo-mucosas, intestinais, cardíacas, neurológicas, geniturinárias e pulmonares).

A espondiloartrite indiferenciada acomete adultos jovens, na faixa etária de 20 a 45 anos, com frequência relativamente maior no sexo masculino¹, e envolve manifestações clínicas, radiográficas e laboratoriais sugestivas de EpA, mas que não se encaixam nos critérios estabelecidos para as demais doenças do grupo, formando uma subdivisão complexa de pacientes com quadro clínico e prognóstico ainda pouco esclarecidos.

A patogênese e etiologia das EpA, sobretudo da EI, não são completamente elucidadas, mas sugere-se a associação de fatores genéticos ligados ao HLA-B27, a resposta imune inata e fatores ambientais, como antígenos bacterianos². Desse modo, a compreensão da doença é de suma importância para a avaliação das melhores opções terapêuticas disponíveis, a fim de reduzir os impactos desta sobre a qualidade vida dos indivíduos acometidos.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um descritivo de um caso clínico de uma paciente acompanhada em clínica médica privada, especializada em reumatologia, na cidade de Maringá (PR), entre os meses de julho e outubro de 2020. Os dados foram obtidos por meio de levantamento de dados do prontuário e registros fotográficos dos métodos diagnósticos, aos quais a paciente foi submetida; além de revisão de literatura acerca do assunto. A pesquisa atendeu de maneira integral os preceitos éticos conforme resolução 466 de 2012, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Cesumar em 09 de

julho de 2021 (número do parecer 4.764.092 e CAAE 47579821.2.0000.5539). Para participar da pesquisa a paciente foi informada através da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 RELATO DE CASO

Paciente, D. B. de 32 anos de idade, sexo feminino, cor branca, residente de Marialva/PR, relatou em consulta realizada no dia 05/11/2019 dores em região de coluna lombar com início em 2017. As dores melhoravam com o movimento e pioravam em repouso e com a expiração. Associado a este quadro, relatava também algia em esterno e gradil costal. Trouxe RNM de sacroilíacas de 19/09/2021 solicitada por outro reumatologista, sem alterações significativas.

Ao exame físico, evidenciou-se sacralgia a direita e assim foram solicitados exames laboratoriais e passado analgésicos e vitamina D 50.000 ui/semana por 12 semanas, seguido de manutenção com 10.000 UI/semana a partir da 13ª semana. Em seu retorno no dia 05/11/2021 a mesma apresentou melhora parcial das dores e os exames laboratoriais indicaram soronegatividade para HLA-B27 e prova de atividade inflamatória elevada (VHS 34 mm/h). Por esta razão e tendo como hipótese diagnóstica a Espondiloartrite Indiferenciada (EI), foi requisitado RNM das articulações esternoclaviculares e coluna dorsal, que evidenciou achados inflamatórios articulares, ao nível esternoclavicular direito e manúbrio esternal e edemas nas apófises vertebrais anteriores lombares, não sendo possível descartar a possibilidade de entesites, respectivamente. A partir dos resultados obtidos e dos critérios, foi fechado o diagnóstico de EI. Em consulta no dia 18/11/2019, foi instituído tratamento com AINES e solicitados exames para o início de Adalimumabe 40 mg.

No dia 15/04/2020 ainda com dores parciais em coluna lombar e em esterno, foi feito a primeira aplicação com Adalimumabe 40 mg e passado fluticasona 27,5 mcg spray nasal para rinite. Em sua revisão em 13/05/2020 evoluiu com melhora importante das dores, tanto em gradil costal quanto em região esternal e negava queixas de lombalgia. Apresentou também queda das provas de atividade inflamatória. Permaneceu com esta medicação até o dia 13/08/2020, e trocado por certolizumbe pegol 400 mg a cada 28 dias, por gestação recente, não sabendo relatar a idade gestacional em que se encontrava. Retornou em consulta somente no dia 11/06/21 por dores, pois ficou sem a medicação há algumas semanas pós-parto, necessitando entrar novamente com a medicação biológica.

4 DISCUSSÃO E IMAGENS

Inicialmente descrita na década de 80, a espondiloartrite indiferenciada (EI), foi consolidada na literatura com a publicação dos critérios de classificação do Grupo Europeu para Estudo das EpA (GEEE), em 1993. Autores como Zeidler et al.⁴ não consideram a EI como uma subcategoria do grupo das espondiloartrites, mas sim um diagnóstico provisório, designado para diferenciá-la das enfermidades do grupo. A EI pode representar fases iniciais de formas definidas de EpA; formas abortivas de EpA que não irão se diferenciar; síndrome de sobreposição, que mescla manifestações de mais de uma EpA, que poderão ou não ser diferenciadas a longo prazo; ou ainda uma nova forma de espondiloartrite, ainda não descrita^{1,4}.

De acordo com o GEEE³, para ser determinada como EpA, é necessário a presença de um dos seguintes critérios: dor espinhal inflamatória ou sinovite assimétrica ou predominantemente em membros inferiores, em adição a um ou mais dos seguintes: História familiar positiva; Psoríase; Doença inflamatória intestinal; Uretrite, cervicite, ou diarreia aguda dentro de um mês, precedendo a artrite Entesite; Dor alternante nas nádegas, em áreas glúteas correspondentes às articulações sacroilíacas; Sacroiliite.

Mais recentemente, foi proposta a diferenciação das EpA de acordo com acometimento axial e periférico. Segundo os critérios de classificação do grupo ASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society), determinada em 2009^{5, 6}, espondiloartrite axial diz respeito ao quadro de EpA com acometimento predominante de coluna vertebral e articulações sacroilíacas; que pode ainda ser subclassificado pela presença de sacroiliite em exame radiográfico (EpA axial radiográfica) e ausência de dano da articulação sacroilíaca visível a radiografia (EpA axial não radiográfica). Os critérios clínicos determinados para a forma clássica de EpA axial enfatizam dor lombar inflamatória com evolução maior ou igual a três meses e idade menor que 45 anos ao início da dor, associado a sacroileíte radiológica acompanhada por soropositividade para HLA-B27 ou presença de outra manifestação característica da EA (artrite, entesite, uveíte, dactilite, doenças inflamatórias intestinais, PCR elevada e história familiar de EA)^{1, 2, 7}.

A patogênese da EpA axial permanece incompletamente elucidada, mas acredita-se que há envolvimento de mecanismos imunes inatos com forte associação com o antígeno de classe I do complexo principal de histocompatibilidade HLA-B27. Uma das hipóteses demonstra que a apresentação de antígenos (próprios ou derivados de bactérias) através de

alelos HLA-B27 para linfócitos TCD8+ resultaria em reatividade cruzada, que gera resposta citotóxica, com estimulação de linfócitos B e macrófagos, com produção de citocinas inflamatórias, como TNF- α e IL-6, que promovem processo inflamatório nas articulações e em outros tecidos^{2, 8}. Além disso, outros fatores podem influenciar na patogênese, como a genética, que tem papel importante na hereditariedade, com estudos sugerindo taxa de concordância maior que 50% em gêmeos monozigóticos; e fatores ambientais, como infecções e disbiose intestinal⁹.

A presença de EpA axial é fator de risco para outras patologias, tais como manifestações extra-articulares, cujas principais são uveíte e psoríase; ou comorbidades inter-relacionadas, como obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e doenças cardiovasculares². O motivo dessa relação é o compartilhamento de fatores de risco e a repercussão sistêmica do processo inflamatório, causando grande impacto na qualidade de vida do indivíduo⁹.

Do ponto de vista clínico, o sintoma predominante das EpA é dor lombar de início insidioso, com rigidez matinal e que melhora a atividade física, associada ou não a dor em região de nádegas, que pode irradiar para face posterior de coxas. Já em relação a EI, além de lombalgia, o quadro potencialmente abrange um espectro de sinais e sintomas bastante amplo, que pode incluir artrite periférica (normalmente pauciarticular, assimétrica, atingindo preferencialmente membros inferiores), entesite, dactilite, dor torácica resultante de costochondrite, dor espinhal inflamatória, sacroiliíte, conjuntivite, uveíte anterior aguda recorrente e insuficiência aórtica², que podem ser manifestados de forma isolada ou combinados, resultando em um quadro clínico heterogêneo.

Visto a relação entre a espondiloartrite axial e o declínio da qualidade de vida dos indivíduos acometidos, o diagnóstico precoce é de grande importância, em especial para as formas não radiográficas, a fim de evitar que a progressão para danos erosivos substanciais nas articulações sacroilíacas. A investigação inicial deve incluir história clínica, exame físico e exames complementares, como exames laboratoriais séricos (PCR, VHS, teste do antígeno leucocitário humano B27) e estudos de imagem (radiografia, ressonância nuclear magnética). De modo geral, na radiografia antero-posterior de pelve procura-se sinais de sacroiliite, como estreitamento do espaço articular; esclerose óssea subcondral; alterações erosivas nas bordas articulares e fusão da articulação, em estágios avançados. A ressonância nuclear magnética (RNM) é solicitada para pacientes cuja radiografia é normal ou possui achados duvidosos; sua vantagem é a capacidade em detectar edema de medula óssea (osteíte), sinovite, entesite e capsulite, sendo

o estudo de imagem com maior sensibilidade para diagnóstico precoce 1, 10, 11.

Não existem critérios diagnósticos definidos para a EI, sendo mais apropriado definir espondiloartrite indiferenciada como um diagnóstico provisório para um quadro com alterações clínicas, laboratoriais e radiográficas sugestivas de espondiloartrite, mas que não se classificam especificamente dentro de uma das doenças estabelecidas do grupo. Pacientes diagnosticados com EI tem evolução e prognóstico variados. Em estudo de seguimento de pacientes com EI durante 10 anos, Sampaio-Barros et al.¹² observaram a evolução clínica para EA em 24% dos casos estudados e para APs em 2,7%, contudo estudos de seguimento a longo prazo comparando populações distintas ainda são necessários para estabelecer a taxa de progressão da EI, considerando sobretudo, a eficácia da terapia com agentes biológicos¹³.

O tratamento objetiva, redução dos sintomas, prevenção de complicações e a manutenção da qualidade de vida do indivíduos. A terapia medicamentosa é pautada, sobretudo, na experiência em tratamento de outras EpA, principalmente EA e APs, tendo como principais agentes terapêuticos analgésicos, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs); inibidores da ciclooxigenase-2 e drogas biológicas modificadoras de doença. Sintomas e manifestações extra-articulares direcionam a conduta inicial, que de forma geral institui o uso AINEs associado a medidas não farmacológicas como fisioterapia, exercício físico e cessação de tabagismo. Embora uma parcela de pacientes respondam de maneira substancial a terapia com AINEs, um grande grupo necessita de terapia adjuvante. Corticosteroides tópicos ou orais podem ser usados durante crises de manifestações extra-articulares, porém de maneira geral, não são eficazes no tratamento de EI. Drogas modificadoras de doença sintéticas convencionais (exemplo: metotrexato) não se mostram eficazes para EpA axial, tendo seu

uso preterido por drogas biológicas modificadoras de doença^{11, 14}.

Entre os agentes biológicos, destaca-se a classe de antagonistas do fator de necrose tumoral alfa (anti-TNF), sobretudo Adalimumabe, Certolizumabe, Golizumbe. Visto a importância do TNF na patogênese e perpetuação da atividade inflamatória em sítios articulares e extra-articulares, o surgimento dessas drogas em foi um advento para a terapia das EpA, com resposta clínica significativa e altas taxas de sobrevivência em estudos de seguimento¹⁵. A escolha de terapia biológica é influenciada por fatores como comorbidades, resposta ao tratamento anterior e acesso a medicação¹¹. A interrupção de tratamento não é indicada para pacientes estáveis com boa resposta a anti-TNF, visto a grande taxa de reincidência de crise dentro de um ano; porém a otimização da posologia durante acompanhamento clínico é uma opção viável para esses pacientes¹⁴.

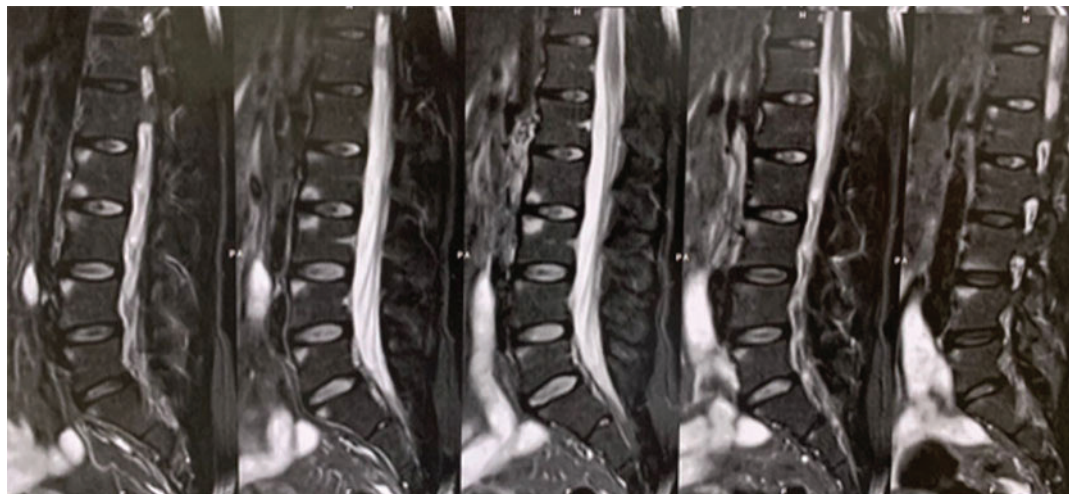
Atualmente novas terapias estão disponíveis, destacando-se os inibidores da IL-17, visto que essa interleucina atua de forma importante na patogênese e na indução de outros agentes inflamatórios, como o TNF- α . Os principais agentes são Secuquinumabe e Ixekizumabe, que apresentaram redução na taxa de progressão radiológica de danos estruturais na coluna a longo prazo^{15,16}. Espera-se que o avanço de terapias modernas viabilize o tratamento de pacientes que não toleram ou são refratários a terapia com anti-TNF, reinstituindo assim, a qualidade de vida desses indivíduos.

4.1.2 Figuras (ver na sequência)

5 CONCLUSÃO

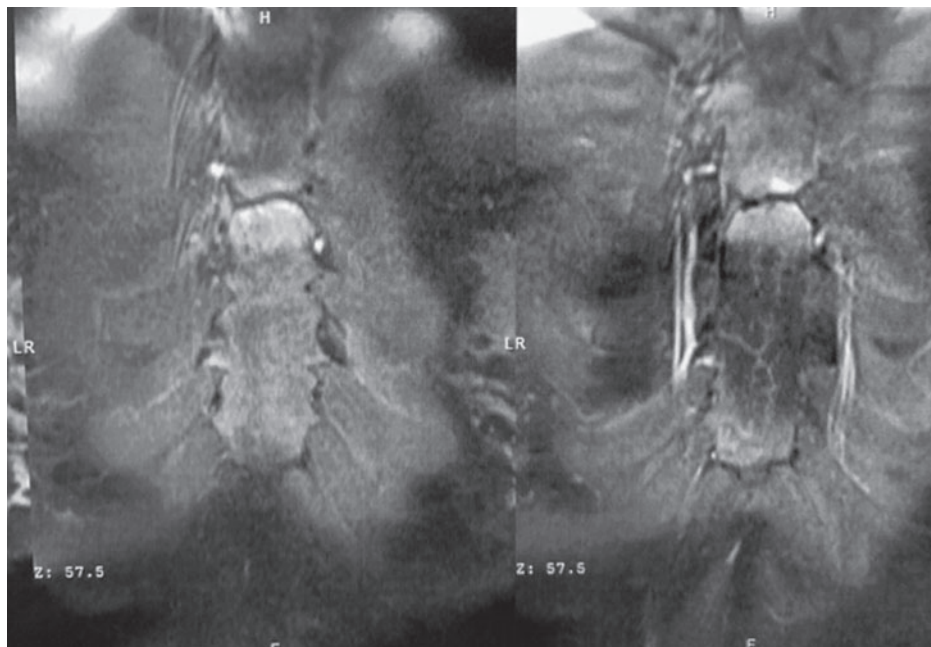
O presente caso e publicações levantadas fomentam a discussão do diagnóstico e terapêutica complexos das espondiloartrites indiferenciadas, que vis-

Figura 1 - Ressonância Nuclear Magnética de Coluna Lombar indicando edemas de apófises vertebrais anteriores lombares.



Fonte: Prontuário.

Figura 2 - Ressonância Nuclear Magnética de Articulações Esternoclaviculares com presença de achados inflamatório articulares ao nível esternoclavicular direito e manúbrio esternal.



Fonte: Prontuário.

to sua atipicidade, requerem minuciosa investigação clínica a fim de conduzir ao diagnóstico precoce e tratamento adequado. A terapia farmacológica instituída no caso foi eficaz e de fundamental importância para a reintegração da qualidade de vida da paciente; evidenciando que, frente a um diagnóstico de espondiloartrites que não se inserem nos critérios do grupo ASAS, com a conduta adequada, é possível obter resultados satisfatórios contínuos no que diz respeito a atenuação dos sintomas e manutenção da qualidade de vida.

6 REFERÊNCIAS

1. CARVALHO, Marco Antonio P. et al (org.). Reumatologia: Diagnóstico e Tratamento. 4. ed. São Paulo: Ac Farmacêutica, 2014.
2. CECIN, Hamid Alexandre (ed.). Tratado Brasileiro de Reumatologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.
3. DOUGADOS, Maxime; LINDEN, Sjef van Der; JUHLIN, Roger; HUITFELDT, Bernhard; AMOR, Bernard; CALIN, Andrei; CATS, Arnold; DIJKMANS, Ben; OLIVIERI, Ignazio; PASERO, Giampiero. The European Spondylarthropathy Study Group Preliminary Criteria for the Classification of Spondylarthropathy. *Arthritis & Rheumatism*, [S.L.], v. 34, n. 10, p. 1218-1227, 10 out. 1991. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/art.1780341003>.
4. Zeidler H, Mau W, Khan MA. Undifferentiated spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am*. 1992 Feb;18(1):187-202. PMID: 1561402.
5. RUDWALEIT, M; LANDEWE, R; HEIJDE, D van Der; LISTING, J; BRANDT, J; BRAUN, J; BURGOS-VARGAS, R; COLLANTES-ESTEVEZ, E; DAVIS, J; DIJKMANS, B. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part I): classification of paper patients by expert opinion including uncertainty appraisal. *Annals Of The Rheumatic Diseases*, [S.L.], v. 68, n. 6, p. 770-776, 17 mar. 2009. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2009.108217>.
6. RUDWALEIT, M; HEIJDE, D van Der; LANDEWE, R; LISTING, J; AKKOC, N; BRANDT, J; BRAUN, J; CHOU, C T; COLLANTES-ESTEVEZ, E; DOUGADOS, M. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Annals Of The Rheumatic Diseases*, [S.L.], v. 68, n. 6, p. 777-783, 17 mar. 2009. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2009.108233>.
7. LEITE, Bárbara Cristina dos Santos Ribeiro; COELHO JÚNIOR, Luilson Geraldo; CABROBÓ, Bárbara Keroleny Viana; FIGUEIREDO, Estevão Tavares de; OLIVEIRA, Hosana Vidica. Espondilite anquilosante no sexo feminino associado à hiper mobilidade articular e HLA-B27 negativo. *Revista de Medicina*, [S.L.], v. 97, n. 4, p. 433-437, 19 dez. 2018. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i4p433-437>.
8. SHARIP, Aigul; KUNZ, Jeannette. Understanding the Pathogenesis of Spondyloarthritis. *Biomolecules*, [S.L.], v. 10, n. 10, p. 1461-1481, 20 out. 2020. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/biom10101461>.
9. MARZO-ORTEGA, Helena. Axial spondyloarthritis: coming of age. *Rheumatology*, [S.L.], v. 59, n. 4, p. 1-5, 1 out. 2020. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keaa437>.
10. FALEIROS, Matheus Calil. Avaliação computa-

dorizada de sacroiliíte em imagens de ressonância magnética [dissertação]. São Carlos: Universidade de São Paulo, Bioengenharia; 2018 [citado 2021-09-24]. <https://doi.org/10.11606/D.82.2019.tde-03052019-172358>

11. MAGREY, Marina N.; DANVE, Abhijeet S.; ERMANN, Joerg; WALSH, Jessica A.. Recognizing Axial Spondyloarthritis: a guide for primary care. Mayo Clinic Proceedings, [S.L.], v. 95, n. 11, p. 2499-2508, nov. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.02.007>.

12. SAMPAIO-BARROS, Percival D.; BORTOLUZZO, Adriana B.; CONDE, Roseneide A.; COSTALLAT, Lilian Tereza L.; SAMARA, Adil M.; BÉRTOLO, Manoel B.. Undifferentiated Spondyloarthritis: a longterm followup. The Journal Of Rheumatology, [S.L.], v. 37, n. 6, p. 1195-1199, 1 maio 2010. The Journal of Rheumatology. <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.090625>.

13. XIA, Qing et al. Progression rate of ankylosing spondylitis in patients with undifferentiated spondyloarthritis. Medicine, [S.L.], v. 96, n. 4, p. 5960-5968, jan. 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/md.0000000000005960>.

14. ROBINSON, Philip C.; SENGUPTA, Raj; SIEBERT, Stefan. Non-Radiographic Axial Spondyloarthritis (nr-axSpA): advances in classification, imaging and

therapy. Rheumatology And Therapy, [S.L.], v. 6, n. 2, p. 165-177, 20 fev. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s40744-019-0146-6>.

15. FLOURI, Irini D.; MARKATSELI, Theodora E.; BOKI, Kyriaki A.; PAPADOPOULOS, Ioannis; SKOPOULI, Fotini N.; VOULGARI, Paraskevi V.; SETTAS, Loukas; ZISOPOULOS, Dimitrios; ILIOPOULOS, Alexios; GEBOREK, Pierre. Comparative Analysis and Predictors of 10-year Tumor Necrosis Factor Inhibitors Drug Survival in Patients with Spondyloarthritis: first-year response predicts longterm drug persistence. The Journal Of Rheumatology, [S.L.], v. 45, n. 6, p. 785-794, 1 abr. 2018. The Journal of Rheumatology. <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.170477>.

16. RESENDE, Gustavo Gomes; MEIRELLES, Eduardo de Souza; MARQUES, Cláudia Diniz Lopes; CHIEREGHIN, Adriano; LYRIO, Andre Marun; XIMENES, Antônio Carlos; SAAD, Carla Gonçalves; GONÇALVES, Célio Roberto; KOHEM, Charles Lubianca; SCHAINBERG, Cláudia Goldenstein. The Brazilian Society of Rheumatology guidelines for axial spondyloarthritis – 2019. Advances In Rheumatology, [S.L.], v. 60, n. 1, p. 1-35, 21 fev. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s42358-020-0116-2>.

Título:

Espondiloartrite axial indiferenciada: um relato de caso e revisão de literatura

Autora: *Natalie* Polo Branco

Orientador: Professor *Felipe* Cayres Nogueira da Rocha Loures

Instituição:

Curso de Medicina da Universidade Cesumar (Unicesumar).



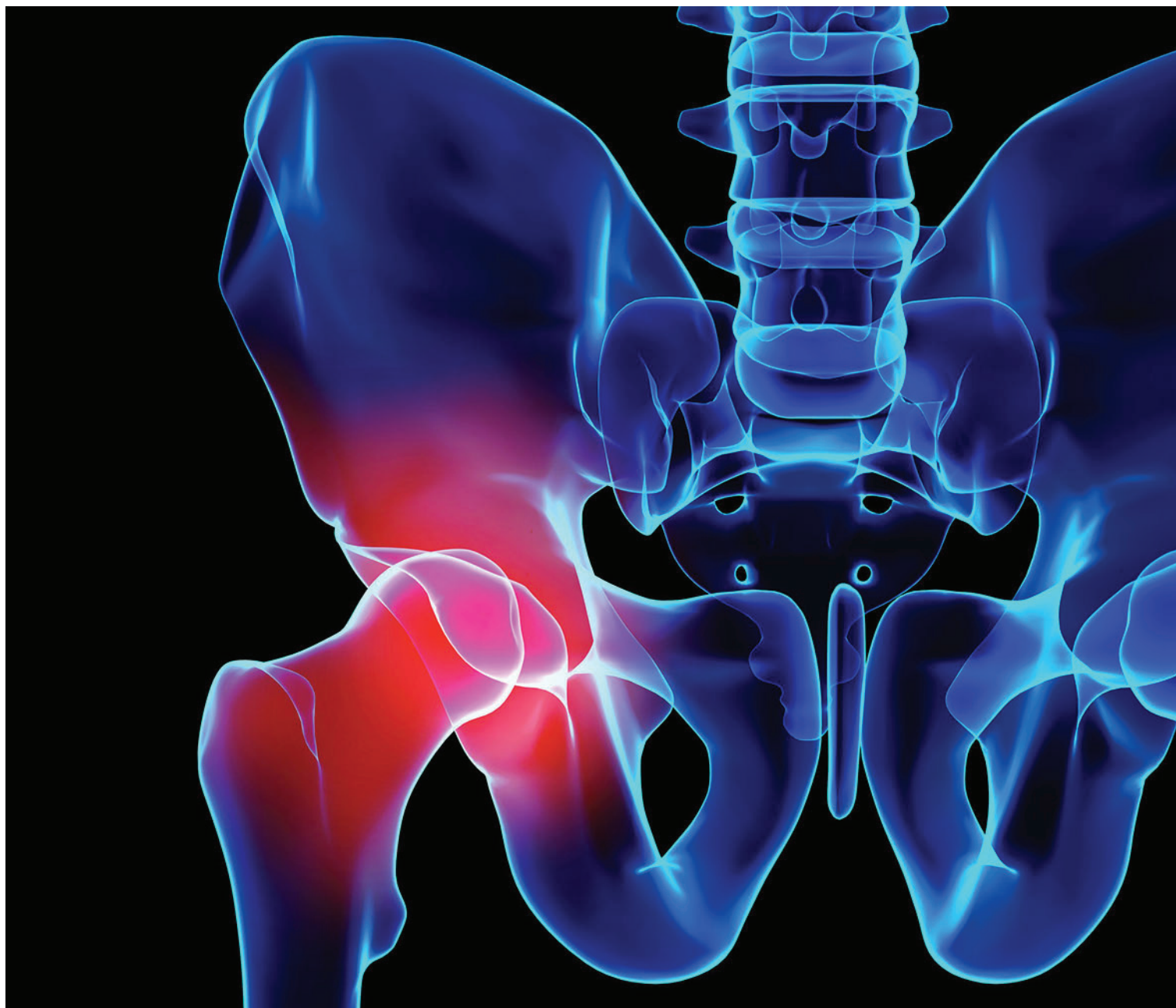
Natalie Polo Branco



Felipe C. N. da Rocha Loures

FIM





Título:

Osteonecrose por glicocorticoide
em tempos de covid-19

Autora:

Thelma L. Skare PhD¹

Título:

Osteonecrose por glicocorticoide em tempos de covid-19

Autora:

Thelma L. Skare PhD¹

Instituição:

¹ Professora de Reumatologia na Faculdade Evangélica Mackenzie - Curitiba - PR

Os glicocorticoides podem ser os melhores amigos e os piores inimigos de um médico. Embora ninguém possa negar os seus terapêuticos espetaculares, um número muito grande de efeitos colaterais limita o seu uso, reforçando a necessidade de usar este medicamento pelo menor tempo e na menor dose possíveis. Dentre seus efeitos colaterais está a osteonecrose (ON) também chamada de necrose avascular óssea (1). Este é um processo progressivo que, em meses ou anos, pode resultar na destruição articular e diminuição da capacidade física de seu portador. A cabeça femoral é o local mais comum embora possa acontecer em outras regiões, inclusive, em várias delas simultaneamente (2).

Atualmente os glicocorticoides vêm sendo usados para o tratamento das formas mais graves de SARS-COV-2, já que ele exibe a capacidade de inibir citocinas pró-inflamatórias como IL-1, IL-2, IL-6, TNF- α , IFN- γ e a migração de leucócitos para os locais de inflamação com melhoria prognóstica (3). Todavia, efeitos colaterais pelo seu uso, como a osteonecrose, são esperados.

1 - Fatores que influem na ocorrência da ON por glicocorticoide.

A ON pelo glicocorticoide parece possuir um perfil clínico que varia de acordo com a doença subjacente e com a idade do paciente (2). Klippel et al. (4) estudando a ON em várias doenças reumatológicas

reportaram a seguintes prevalências de doença sintomática: 8.3% em 375 pacientes com lúpus, 3.7% em 81 casos de granulomatose com poliangite, 3.2% em 94 indivíduos com poli/dermatomiosite; 2,3% em 43 pacientes com crioglobulinemia idiopática, 2,1% em pacientes com PAN, 0,4% em 710 pacientes com artrite reumatoide e 0,4% em 238 pacientes com Behçet. Shigemura et al. (2) demonstraram que pacientes com LES têm 2,6 vezes mais chances de desenvolver ON quando comparados com outras doenças do tecido conjuntivo.

O tipo de glicocorticoide também parece influir na taxa de ocorrência de ON. Neste sentido, a dexametasona causa mais complicações do que a prednisona. Esta diferença parece residir na vulnerabilidade de cada tipo de glicocorticoide à ação da enzima 11b-HSD2 (11b-hidroxiesteroide dehidrogenase tipo 2) a qual protege as células alvo, pela conversão do corticoide em uma forma que impede sua ligação com o receptor (5). Corticoides fluorinados, como a dexametasona, estão protegidos contra esta inativação e, portanto, estão associados com maior taxa de ON (5).

O estudo do tempo de uso e de doses associadas com ocorrência da ON é de difícil interpretação dados os múltiplos fatores intervenientes no processo. Um estudo por Koo et al. (6) mostrou que os primeiros 12 meses após o início do tratamento parecem ser críticos; estes autores estudaram 22 casos de ON em usuários de uma dose cumulativa média de 5,9

g de prednisona ou equivalente e encontraram que 21/22 dos casos foram diagnosticados dentro do primeiro ano de tratamento. Neste estudo as doenças que indicaram uso do corticoide eram variadas com casos de transplantes renais e hepáticos, leucemias linfoblásticas agudas, anemia aplástica, síndromes nefróticas, etc... (6). Já, McKee et al. (7) descreveram um tempo médio em torno de 16,6 meses. Em três casos de ON por uso de corticoide para tratamento de COVID-19 os pacientes desenvolveram ON sintomática após uma média de 58 dias - tendo feito uso de dose cumulativa média de 758mg /prednisolona e uma dose mínima de 400mg (8).

2 - A fisiopatologia da osteonecrose pelo corticoide.

A fisiopatologia da ON pelo corticoide não está completamente estabelecida. A maioria dos autores acredita ser necessária uma combinação de fatores como: predisposição genética, fatores metabólicos e fatores locais que prejudiquem o suprimento sanguíneo.

Um dos mecanismos propostos é o de alterações em lipídios circulantes com formação de micro êmbolos nas artérias que nutrem o osso (5,9). Outro é o de aumento no tamanho e número dos adipócitos intramedulares, o que aumentaria a pressão intraóssea e bloquearia o fluxo sanguíneo local (5,10). Uma terceira teoria propõe que os corticoides alteram as células endoteliais venosas promovendo estase, aumento de pressão intraóssea e eventual necrose isquêmica (5,11).

Alguns investigadores acreditam no papel direto do medicamento sobre as células ósseas neste contexto. Estudos in vivo têm demonstrado presença de um número aumentado de apoptose de osteócitos e células que forram o osso trabecular em áreas justapostas ao crescente de fratura (12). Além disso, os glicocorticoides parecem exercer um efeito deletério sobre o processo de reparo local por promover a desregulação de fatores essenciais para a angiogênese como VEGF (vascular endothelial growth fator) e alterar a atividade proteolítica em membrana basal, necessária para a proliferação dos vasos sanguíneos locais (12).

Nem todos os pacientes que recebem glicocorticoides desenvolvem ON, o que denota a existência de contribuintes individuais para esta ocorrência. Em pacientes com leucemia linfoblástica aguda recebendo glicocorticoides como parte do tratamento, a osteonecrose se mostrou estar associada com polimorfismo do gene do receptor do glutamato (13). Genes do COL2 A1 implicados na doença de Legg Perthes também têm sido identificados como predisponentes a

casos de ON em adultos (14). Recentemente, muitos estudos têm sido feitos em noncoding RNAs que regulam a expressão gênica de fatores transcricionais e pós-transcricionais e que se acreditam possam vir a ser alvos de medidas preventivas de tratamento (15).

3 - Lições da epidemia de SARS COV 2002-2003.

O SARS -COV é um corona vírus cuja sequência de amino ácidos da proteína S (Spike) tem cerca de 76% de homologia com a do SARS COV-2 responsável pela atual pandemia. No entanto a afinidade pela enzima de conversão de angiotensina 2 no caso do COVID 19 é muito maior do que a do SARS -COV, o que resulta numa transmissão muito mais rápida (16). Os achados clínicos dessas duas infecções são bastante similares (17).

Os glicocorticoides também foram utilizados no tratamento durante a epidemia de SARS de 2002-2003, uma vez que reduziam a febre, o infiltrado pulmonar e melhoravam a oxigenação (18). Todavia estes medicamentos deixaram um “rastros” de efeitos adversos como a ON. Um estudo feito na China mostrou que 23,1% (18 de 78) dos pacientes que usaram este medicamento para tratamento da SARS-COV desenvolveram ON da cabeça femoral principalmente em casos de administração de doses altas (19). Uma meta análise incluindo outros 10 estudos e 1137 pacientes que se recuperaram da SARS (todos de origem asiática), observou uma relação próxima de ON com dose cumulativa e duração de tratamento com glicocorticoide. Neste estudo, o RR de ON era de 1,57 (95% IC=1,30–1,89, $p < 0.001$) para cada aumento na dose total de 5,0 g. de metilprednisolona (ou equivalente) e de 1,29 (95% CI 1,09–1,53, $p = 0.003$) para cada 10 dias de aumento de duração do tratamento (18). Esta meta-análise mostrou, ainda, que a prevalência de ON igual entre homens e mulheres.

Um outro estudo, também em população asiática, com 539 pacientes com SARS tratados com corticoides por um tempo médio de 24,9 dias e submetidos a tomografia ou RMN de rotina, mostrou que ON estava presente em 39.5% dos 129 homens e em 19.3% das 410 mulheres (20) mostrando, nesta coorte, um maior risco em homens.

Todavia é mister lembrar que estes estudos citados foram feitos em população asiática e para o SARS-COV que, embora muito parecido com SARS-COV2, não é exatamente o mesmo tipo de infecção. Existem autores que acreditam que a infecção, por si só, pode desempenhar um papel no aparecimento da ON. Estados de hipercoagulação têm sido encontrados na infecção por COVID-19 e trombofilias estão classicamente associadas com ocorrência de ON (5). Além disso, fatores populacionais, habito de ingerir álcool,

e presença de comorbidades podem ter influído nesta taxa de aparecimento (21,22).

4 - O que pode ser feito frente a osteonecrose por glicocorticoide?

Faz parte das medidas preventivas verificar a indicação de uso dos glicocorticoides pesando-se o risco versus benefício e minimizando-se a dose e o seu tempo de uso. Ainda, a substituição do mesmo por outro tipo de drogas é uma medida importante e fato bem estudado nas doenças reumatológicas.

No manejo do COVID-19, esta indicação pode salvar a vida do paciente e dificilmente pode ser questionada; o uso de drogas anti-citocinas vem sendo estudado como uma alternativa (8). Entretanto até que essas medidas alternativas sejam seguras neste contexto, os esforços devem ser feitos no sentido de diagnosticar o problema precocemente com o intuito de deter a progressão e o colapso ósseo subjacente. Segundo Agarwala et al. (8), no caso de ON de cabeça de fêmur, se esta complicação for diagnosticada em estágio precoce (Ficat-Arlet I ou II), 92%–97% dos pacientes não irão requerer cirurgia, podendo ser manejados de maneira conservadora.

O tratamento se restringe a trazer alívio da dor, prevenir a progressão e colapso ósseo e restaurar a função articular. O uso de iloprost, nifedipina e oxigênio hiperbárico falharam em demonstrar benefícios (8). Já o uso de bisfosfonados têm demonstrado um efeito benéfico nestes pacientes (24,25). A artroplastia permanece como a forma principal de tratamento, mas quando realizada em pessoas jovens podem vir a requerer futuras revisões (25).

Concluindo...

Frente a pandemia COVID -19 e o uso em larga escala de glicocorticoides, o médico deve estar atento para queixas musculoesqueléticas que possam vir a ser causadas por ON. Só assim será possível instituir tratamento precoce na tentativa de se evitar a necessidade de futuras artroplastias.

REFERÊNCIAS

- (1)- Chang C, Greenspan A, Gershwin ME. The pathogenesis, diagnosis and clinical manifestations of steroid-induced osteonecrosis. *J Autoimmun.* 2020; 110:102460.
- (2) - Shigemura T, Nakamura J, Kishida S, et al. Incidence of osteonecrosis associated with corticosteroid therapy among different underlying diseases: prospective MRI study. *Rheumatology* 2011;50: 2023-2028.
- (3) -Strehl C, Ehlers L, Gaber T, et al. Glucocorticoids-all- rounders tackling the versatile players of the immune system. *Front Immunol.* 2019; 10:1744.
- (4) - Klippel JH, Gerber LH, Pollak L, Decker JL. Avascular necrosis in systemic lupus erythematosus. Silent symmetric osteonecroses. *Am J Med.* 1979; 67:83-87.
- (5) - Weinstein RS. Glucocorticoid-induced osteonecrosis. *Endocrine.* 2012; 41:183–190.
- (6) - Koo KH, Kim R, Kim YS. Risk period for developing osteonecrosis of the femoral head in patients on steroid treatment. *Clin Rheumatol.* 2002 Aug;21(4):299-303.
- (7) -McKee MD, Waddell JP, Kudo PA, et al. Osteonecrosis of the femoral head in men following short-course corticosteroid therapy: a report of 15 cases. *CMAJ* 2001; 164:205–6
- (8)- Agarwala SR, Vijayvargiya M, Pandey P. Avascular necrosis as a part of 'long COVID-19'. *BMJ Case Rep.* 2021 Jul 2;14(7):e242101.
- (9)- Jones JP Jr. Fat embolism and osteonecrosis. *Orthop Clin North Am* 1985; 16 (4):595-633.
- (10)- Solomon L. Idiopathic necrosis of the femoral head: pathogenesis and treatment. *Can J Surg* 1981; 24:573-578.
- (11)- Nishimura T, Matsumoto T, Nishino M, et al. Histopathologic study of veins in steroid treated rabbits. *Clin Orthop Relat Res* 1997; 334:37-42.
- (12)- Kerachian MA, Séguin C, Harvey EJ. Glucocorticoids in osteonecrosis of the femoral head: A new understanding of the mechanisms of action. *J Steroid Biochem Mol Biol.* 2009; 114 (3-5):121-8.
- (13)- Karol SE, Yang W, Van Driest SL, et al. Genetics of glucocorticoid-associated osteonecrosis in children with acute lymphoblastic leukemia. *Blood.* 2015;126(15):1770-6.
- (14)- Su P, Li R, Liu S, et al. Age at onset-dependent presentations of premature hip osteoarthritis, avascular necrosis of the femoral head, or Legg-Calvé-Perthes disease in a single family, consequent upon a p.Gly1170Ser mutation of COL2A1. *Arthritis Rheum* 2008; 58:1701.
- (15)- Wu X, Sun W, Tan M. Noncoding RNAs in Steroid-Induced Osteonecrosis of the Femoral Head. *Biomed Res Int.* 2019 Dec 23;2019:8140595. eCollection 2019.
- (16)- Wrapp D, Wang N, Corbett KS, et al. Cryo-EM structure of the 2019-nCoV spike in the prefusion conformation. *Science.* 2020;367 (6483):1260–1263.
- (17)- Zhe X, Shi L, Wang Y, et al. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. *Lancet Respir Med.* 2020;8(4):420–422.4.
- (18)- Hofmann H, Geier M, Marzi A, et al. Susceptibility to SARS coronavirus S protein-driven infection

correlates with expression of angiotensin converting enzyme 2 and infection can be blocked by soluble receptor. *Biochem Biophys Res Commun.* 2004; 319 (4):1216–1221.

(19)- Auyeung TW, Lee JSW, Lai WK, et al. The use of corticosteroid as treatment in SARS was associated with adverse outcomes: a retrospective cohort study. *J Infect.* 2005;51(2):98–102.

(20)- Guo KJ, Zhao FC, Guo Y, et al. The influence of age, gender and treatment with steroids on the incidence of osteonecrosis of the femoral head during the management of severe acute respiratory syndrome: a retrospective study. *Bone Joint J.* 2014;96-B (2):259-62.

(21)- Shah KN, Racine J, Jones LC, Aaron RK. Pathophysiology and risk factors for osteonecrosis. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2015; 8:201-209.

(22) - Wang A, Ren M, Wang J. The pathogenesis of steroid-induced osteonecrosis of the femoral head: A systematic review of the literature. *Gene* 2018; 671:103-109.

(23)- Zhang S, Wang C, Shi L, Xue Q. Beware of steroid-induced avascular necrosis of the femoral head in the treatment of COVID-19. Experience and lessons from the SARS epidemic. *Drug Des Devel Ther.* 2021 Mar 4;15: 983-995

(24)- Agarwala S, Shah S, Joshi VR. The use of alendronate in the treatment of avascular necrosis of the femoral head: follow-up to eight years. *J Bone Joint Surg Br.* 2009; 91(8):1013-8.

(25)- Agarwala S, Shah SB. Ten-year follow-up of avascular necrosis of femoral head treated with alendronate for 3 years. *J Arthroplasty.* 2011 ;26(7):1128-34.

Título:

Osteonecrose por glicocorticoide em tempos de covid-19

Autores:

Thelma L. Skare PhD¹

Instituições:

1 Professora de Reumatologia na Faculdade Evangélica Mackenzie - Curitiba - PR



Thelma L. Skare

Ciclismo, o hobby

Entrevista com
o Dr. ANDREAS FUNKE



Dr. ANDREAS FUNKE *reumatologista*

O Dr. Andreas Funke é reumatologista em Curitiba, Paraná.

À REUMATO EM REVISTA falou sobre o seu hobby, o ciclismo.

Na entrevista ele fala da primeira bicicleta, o tempo sem pedalar e a volta ao esporte.

Revela também alguns princípios importantes para quem quer praticar a modalidade.



DR. ANDREAS FUNKE

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (1992). Fez Residência Médica em Medicina Interna (1993-1994) e em Reumatologia (1995-1996) pela Universidade Federal do Paraná. Pesquisador visitante na área de anticorpos antifosfolípidos na Lupus Research Unit, The Rayne Institute, Hospital St Thomas, Londres - Reino Unido (1997).

Membro da Comissão de Vasculopatias da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR, 2010-2018).

Membro da Comissão de Síndrome Antifosfolípide (SAF) da SBR (2018 até o presente).

Médico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e preceptor dos ambulatórios de Reumatologia geral, Artrite Reumatoide, Lúpus e Colagenoses, e SAF/Vasculites (2016 até o presente).



Ciclismo, o hobby

REMATO EM REVISTA: Desde quando você pratica o ciclismo?

ANDREAS FUNKE: Aprendi a pedalar na infância, quando vivia no distrito de Pirabeiraba, interior de Joinville-SC, e utilizava a bicicleta para lazer e transporte local. Minha primeira bike foi uma Monark Tigrao, com seu chamativo selim tipo jacaré e roda dianteira menor que a traseira. Esta bike foi trocada, ainda nos anos 80, por uma “Caloi 10 Sprint”, que me ajudou a praticar e gostar cada vez mais do esporte.

REMATO EM REVISTA: O que mais o motivou a manter-se ativo nesta prática?

ANDREAS FUNKE: Após a residência médica, por várias razões, parei de pedalar e, por várias décadas tentei, sem sucesso, praticar outras formas de exercício como musculação e caminhadas. Quando descobri que sofria de hipertensão e dislipidemia me vi compelido a praticar exercícios de forma mais frequente, fazendo inicialmente pequenas pedaladas nas ciclovias locais com uma bicicleta mais simples, migrando posteriormente para modelos melhores e distâncias progressivamente maiores. Curiosamente, mais ou menos na mesma época, dois cunhados tiveram a mesma “paixão” e acabamos nos organizando para percorrer diversas trilhas juntos de bike, especialmente em finais de semana e feriados, nos apoiando mutuamente no esporte.

REMATO EM REVISTA: Quais são os requisitos mínimos necessários para a prática do ciclismo?

ANDREAS FUNKE: Em primeiro lugar, um bom check-up de saúde, particularmente do ponto de vista cardiológico. A seguir, conhecer e observar a legislação de trânsito, já que a bicicleta é um veículo que compartilha o espaço viário com pedestres e veículos maiores. É necessário ter-se uma bicicleta, que no começo pode ser mais simples, evoluindo para modelos mais caros e sofisticados à medida em que cresce o desempenho físico. Se possível, instalar o retrovisor do lado esquerdo, obrigatório em lei mas com adesão de apenas uma minoria dos praticantes, e sinalização noturna (dianteira, traseira, lateral e nos pedais).

REMATO EM REVISTA: Há algum outro item importante para a boa prática do esporte?

ANDREAS FUNKE: É recomendado um vestuário adequado, como roupas de ciclismo tais como uma bermuda com acolchoamento interno e camiseta leve e de cores vivas com bolsos atrás para objetos. As luvas protegem as mãos e auxiliam na empunhadura do guidão. O capacete não é obrigatório por lei, mas é fortemente recomendado para prevenção de lesões em caso de acidentes. Também opcionais, mas muito úteis, são a bandana de ciclismo (que absorve o suor), os óculos de sol ou de ciclismo (incluindo se necessário adaptador com lentes de grau), uma segunda pele sob a camiseta e um corta-vento ou capa de chuva na dependência do clima. Por fim, identificar um ou mais parceiros (por exemplo, um grupo local de ciclismo) para ter companhia e maior segurança nas pedaladas.

REMATO EM REVISTA: Quais as maiores dificuldades enfrentadas?

ANDREAS FUNKE: Inicialmente foi a questão do preparo físico, foram muitos meses de prática, com nível crescente de dificuldade (distância e altimetria), até me sentir realmente confortável e confiante na realização de diferentes tipos de pedaladas. Uma etapa bastante complicada foi quando migrei para os pedais de engate (“clipless”) com sapatilhas de ciclismo, tive algumas quedas até me acostumar com eles. Outro aspecto é a fragilidade mecânica das bikes, acabei aprendendo que tipo de ferramentas e materiais levar nas pedaladas e como efetuar reparos essenciais para não ficar, literalmente, a pé.

REMATO EM REVISTA: Qual foi, ou quais foram suas pedaladas mais marcantes até o momento?

ANDREAS FUNKE: Uma das mais importantes foi a “Volta à Ilha de Florianópolis”, com um trajeto extenso e muitas subidas, algumas bastante íngremes. Outra pedalada que me marcou a subida da Serra Dona Francisca, descendo a seguir a Estrada Rio do Júlio até Schroeder-SC em 26 de dezembro de 2016, quando registrou-se o recorde máximo de sensação térmica (56 graus).

REMATO EM REVISTA: Quais são suas aspirações futuras em relação ao ciclismo?

ANDREAS FUNKE: Em curto prazo espero continuar praticando as pedaladas da forma mais regu-

lar possível. Em relação ao equipamento, talvez eu migre futuramente para um modelo ainda melhor e mais leve de mountain bike (de carbono), ou experiente uma bicicleta de estrada (“speed”). Outra ideia é algum dia, quem sabe, integrar o uso da bicicleta na minha mobilidade local / urbana em substituição ao carro, talvez com o auxílio um modelo com assistência elétrica. E por último, mas não menos importante, praticar um pouco mais de cicloturismo, percorrendo rotas e trilhas em outras regiões do país ou da América do Sul.

REMATO EM REVISTA: A pandemia de COVID-19

tema em fóruns e grupos online, e unir-se a grupos de “pedal” iniciante, muitas vezes disponibilizados pelos governos locais, voluntários ou lojas de bicicletas. Um importante alerta é evitar a aquisição de “qualquer” bicicleta (promoção ou oferta de conhecidos), é preciso tirar algumas medidas do corpo e fazer o assim chamado “bike fit”, determinando de forma precisa o tamanho do quadro, a altura do selim, o “top tube” e outras medidas essenciais da bicicleta a ser adquirida. Há sites “online” para uma avaliação preliminar e gratuita do bike fit, e versões mais completas podem ser adquiridas e feitas presencialmente em lojas especializadas no ramo. Tendo identificado



afetou de algum modo a sua prática do ciclismo?

ANDREAS FUNKE: Apesar da pandemia, eu nunca parei de pedalar. O que mudou é que nos anos anteriores eu pedalava frequentemente num grupo maior, e agora tenho limitado minhas atividades a pedaladas “solo” ou em grupos pequenos. Penso que manter-se fisicamente ativo é essencial para a preservação da saúde física e mental, particularmente em tempo de pandemia.

REMATO EM REVISTA: Alguma dica para quem quiser começar a pedalar?

ANDREAS FUNKE: Sugiro ler bastante sobre o

as medidas corretas, fazer o “test ride” da bicicleta desejada e assim reduzir a probabilidade de sofrer futuras lesões em extremidades ou desenvolver lombalgia durante ou após as pedaladas.

Por falar em saber mais sobre ciclismo, as Olimpíadas tem cinco modalidades:

- Ciclismo de estrada.
- Ciclismo de pista.
- Mountain Bike (MTB).
- BMX (Bike Motocross).
- BMX estilo livre (freestyle).

Uma modalidade que reúne milhões de atletas.



Monark Tigrão, sonho das crianças dos anos 1970.
Modelo foi a primeira bicicleta de Andreas.

Em 1972 surgiu a Caloi 10, a primeira bicicleta de marchas no Brasil.
Foi o segundo modelo usado pelo nosso entrevistado.





2021

PRÊMIO **DR. ACIR RACHID**

Resultados do Prêmio Acir Rachid 2021

Relatos de caso

Terceiro Lugar: Vasculite Leucocitoclástica associada a Doença Inflamatória Intestinal

Autores: Ericácia Serafim Cortes, Maisa Andressa Sohn, Christina Feitosa Pelajo, Amanda Joekel Kassem, Marcia Bandeira.

Segundo Lugar: Hematidrose: Doença Rara e desconhecida.

Autores: Ericácia Serafim Cortes, Maisa Andressa Sohn, Christina Feitosa Pelajo, Amanda Joekel Kassem, Marcia Bandeira.

Primeiro Lugar: Hipertensão Pulmonar como apresentação inicial da Arterite de Takayasu.

Autores: Gabriela Zimmermann, Ana Paula Adame, Marcio Augusto Nogueira.

Trabalho Original

Segundo Lugar: A Prevalência da Dor Crônica em Estudantes de Medicina em uma Faculdade no Oeste do Paraná.

Autores: Claudia Gregorini Silva, Diogo Cunha Lacerda, Giovane Douglas Zanin, Thales Lima Lopes, Andrey Felipe de Carvalho Pinheiro, Eron Celant Espindola.

Primeiro Lugar: Espondiloartrites axiais: comparação clínica e radiográfica entre os diferentes fenótipos em um centro terciário brasileiro.

Autores: Gabriel Caetano Pereira, Valderilio Feijó Azevedo, Natalia Pereira Machado.

L892r

Loures, Marco Rocha (org.).

Reumato em revista / Organizador: Marco Rocha Loures. – 6ª ed. – PR:

SPR Publisher Editora, dezembro 2021.

38 p.; il.; tabs; fotografias.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-86170-07-8

1. Artigos. 2. Estudo Científico. 3. Revista. 4. Reumatologia.

I. Título. II. Assunto. III. Loures, Marco Rocha.

CDD 611.7

CDU 611.73

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Sistema ósseo/muscular.

2. Medicina: sistema muscular; sistema ósseo.



REUMATO
Em Revista

Revista científica digital da Sociedade Paranaense de Reumatotologia (SPR).

Editor: **Marco Antonio Araújo da Rocha Loures** - E-mail: mloures@gmail.com

Jornalista: **Diniz Neto** - E-mail: dinizne@gmail.com | WhatsApp: (44) 99122-8715

Acesse a Sociedade Paranaense de Reumatologia na web:



Site: reumatologiapr.com.br



9786586170078