

REUMATO

Em Revista

Jan-Fev-Mar-Abr/2022 - Número 7



SOCIEDADE
PARANAENSE DE
REUMATOLOGIA



Mais uma conquista para os pacientes do SUS

Sandoz assina parceria com o Instituto Butantan para disponibilização de Hyrimoz® (adalimumabe) e Erelzi® (etanercepte) no SUS.

As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) assinadas entre a Sandoz e o Instituto Butantan permitirão ampliar o acesso gratuito de toda população ao Hyrimoz® (adalimumabe) e Erelzi® (etanercepte), medicamentos biológicos indicados para tratamento de algumas patologias reumatológicas, dermatológicas e gastroenterológicas.^{1,2}

As PDPs possuem um papel fundamental para a saúde no Brasil, fomentando o desenvolvimento tecnológico e promovendo o intercâmbio de conhecimentos entre a indústria e o sistema público.³

Em breve, Hyrimoz® (adalimumabe) e Erelzi® (etanercepte) estarão disponíveis para os pacientes do SUS, assim como Riximyo® (rituximabe) que já está disponível desde 2020, em parceria com a Fiocruz/Biomanguinhos.

Os pacientes contarão com apoio do programa Cuidar +, o Programa de Suporte ao Paciente da Sandoz. As 3 PDPs assinadas só reforçam a missão da Sandoz de levar acesso a medicamento de qualidade para quem mais precisa.⁴

Você, profissional de saúde, será informado de todos os passos dessa grande conquista.
Fique atento às demais comunicações!

Referências Bibliográficas: 1. Bula do produto Erelzi®. Disponível em: https://www.sandoz.com.br/sites/www.sandoz.com.br/files/PC_Erelzi.pdf. Acessado em abril de 2022. 2. Bula do produto Hyrimoz. Disponível em: https://www.sandoz.com.br/sites/www.sandoz.com.br/files/PF_Hyrimoz.pdf. Acessado em abril de 2022. 3. Parceria para o desenvolvimento produtivo (PDP). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/cgic/instrumentos-estrategicos/pdp>. Acessado em abril de 2022. 4. Sandoz Global. Disponível em: <https://www.sandoz.com.br/sobre-nos/quem-somos/nossa-missao-e-proposito>. Acessado em abril de 2022.

ERELZI® etanercepte USO SUBCUTÂNEO USO ADULTO E PEDIÁTRICO A PARTIR DE 8 ANOS DE IDADE E 62,5 KG DE PESO Clique aqui para ler a bula de Erelzi® na íntegra. Contraindicações: Hipersensibilidade ao Erelzi® ou a qualquer componente da formulação do produto. Erelzi® é contraindicado em pacientes com septicemia ou em risco de desenvolver uma septicemia. O tratamento com Erelzi® não deve ser iniciado em pacientes com infecções ativas sérias, incluindo infecções crônicas ou localizadas. Este medicamento é contraindicado para menores de 2 anos de idade e para crianças e adolescentes que pesem menos que 62,5 kg. Interações Medicamentosas: Tratamento concomitante com anakinra: Foi observado que pacientes tratados com etanercepte e anakinra tiveram uma taxa maior de infecções sérias quando comparados com pacientes que foram tratados apenas com etanercepte (dados histológicos). Adicionalmente, em um estudo duplo-cego placebo controlado em pacientes recebendo terapia de base com metotrexato, observou-se que os pacientes tratados com etanercepte e anakinra tinham uma taxa maior de infecções sérias e neutropenia do que os pacientes tratados apenas com etanercepte. Tratamento concomitante com abatacepte: Nos estudos clínicos, a administração concomitante da terapia com o abatacepte e o etanercepte resultou em incidências aumentadas de eventos adversos sérios. Essa combinação ainda não demonstrou maior benefício clínico; o uso não é recomendado. Tratamento concomitante com sulfasalazina: Em um estudo clínico com pacientes que tinham recebido doses estabelecidas de sulfasalazina, para os quais etanercepte foi acrescentado, observou-se neste grupo diminuição estatisticamente significativa da contagem média de leucócitos em comparação aos grupos tratados com etanercepte ou sulfasalazina isoladamente. A significância clínica desta interação não é conhecida. Ausência de interações: Em estudos clínicos envolvendo pacientes adultos com artrite reumatoide, não foram observadas interações ao se administrar etanercepte com glicocorticóides, salicilatos (exceto sulfasalazina), anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), analgésicos ou metotrexato. O metotrexato não altera a farmacocinética de etanercepte. Não foram observadas interações medicamentosas farmacocinéticas clinicamente significativas nos estudos com digoxina e varfarina.	HYRIMOZ® adalimumabe USO SUBCUTÂNEO USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 2 ANOS DE IDADE E 30 KG DE PESO Clique aqui para ler a bula de Hyrimoz® na íntegra. Contraindicações: Hipersensibilidade ao adalimumabe ou a qualquer componente da formulação do produto, pacientes com tuberculose ativa ou outras infecções graves, nomeadamente, sepsis e infecções oportunistas; pacientes com insuficiência cardíaca moderada a grave (classe III/IV da NYHA). Interações Medicamentosas: Metotrexato: quando adalimumabe foi administrado a 21 pacientes sob terapia estável com metotrexato, não houve alteração estatisticamente significativa no perfil da concentração plasmática de metotrexato. Em contraste, após dose única e dose múltipla, o metotrexato reduziu a depuração aparente de adalimumabe para 29% e 44%, respectivamente. No entanto, os dados não sugerem a necessidade de ajuste de doses de nenhum dos dois medicamentos. Outras: Não foram realizados estudos formais de farmacocinética entre adalimumabe e outras substâncias. O uso concomitante de Hyrimoz® com outros DMARDs (por exemplo, anakinra e abatacepte) não é recomendado. Vacinas vivas não devem ser administradas concomitantemente a Hyrimoz®. Nos estudos clínicos, não foram observadas interações quando adalimumabe foi administrado concomitantemente a DMARDs (sulfasalazina, hidroxiquinona, leflunomida e ouro parenteral), glicocorticóides, salicilatos, anti-inflamatórios não esteróides ou analgésicos. Interação com testes laboratoriais: não são conhecidas interferências entre adalimumabe e testes laboratoriais.	RIXIMYO® rituximabe VIA INTRAVENOSA USO ADULTO Clique aqui para ler a bula de Riximyo® na íntegra. Contraindicações: pacientes com hipersensibilidade conhecida ao rituximabe e a qualquer um dos seus excipientes ou a proteínas murinas. Contraindicação da utilização em linfoma não Hodgkin e leucemia linfóide crônica: infecções ativas e graves e pacientes em estado gravemente imunocomprometido. Em pacientes com artrite reumatoide, granulomatose com poliangite e poliangite microscópica: infecções ativas e graves, pacientes em estado gravemente imunocomprometido, insuficiência cardíaca grave e cardiopatia não controlada grave. Interações Medicamentosas: os dados sobre possíveis interações medicamentosas com rituximabe são limitados até o momento. Em pacientes com LLC, a coadministração com rituximabe não mostrou ter efeito na farmacocinética de fludarabina ou ciclofosfamida. Além disso, não houve efeito aparente de fludarabina e ciclofosfamida sobre a farmacocinética do rituximabe. Administração concomitante de MTX não tem efeito na farmacocinética de rituximabe em pacientes com AR. O rituximabe não interage com alimentos. Pacientes que desenvolvem anticorpos humanos anti-camundongo (HAMA) ou anticorpos humanos anti-químicos (HACA) poderão desenvolver reações alérgicas ou de hipersensibilidade quando utilizarem outros anticorpos monoclonais.
---	---	--



Acesse o QR Code para ler a bula de Erelzi® (etanercepte) na íntegra:



Acesse o QR Code para ler a bula de Hyrimoz® (adalimumabe) na íntegra:



Acesse o QR Code para ler a bula de Riximyo® (rituximabe) na íntegra:

Material destinado a profissionais de saúde habilitados em prescrever/dispensar medicamentos. BR2204142335. Abril/2022.

Editorial

A REUMATO EM REVISTA retoma sua publicação com este sétimo número. Nós, enquanto reumatologistas, temos muito a comemorar com esta edição! Primeiro porque a pandemia arrefece a cada dia e com isso retomamos lentamente os eventos presenciais com nossos colegas, reencontrando e nos regozijando com antigas amizades que apesar de não interrompidas foram privadas dos encontros físicos. Segundo, porque durante esses dois anos pandêmicos, perdemos centenas de familiares, pacientes e vários conhecidos colegas da área de saúde e assim com essa edição ao lembrarmos daqueles que se foram queremos valorizar cada vez mais nossas vidas, nossa profissão e nossa especialidade. Sim, continuamos com o firme propósito de trazer cultura e ciência aos nossos leitores e assim o fizemos com o conteúdo dessa edição. Vamos falar de música, dos possíveis impactos da guerra da Ucrânia para a saúde humana e para a medicina, das produções científicas da nossa comunidade paranaense e de assuntos atuais que fazem parte de nosso cotidiano como especialistas.

Agradecemos mais uma vez nossos parceiros patrocinadores, que concretizam nosso sonho de mantermos uma revista de alta qualidade da nossa Sociedade Paranaense de Reumatologia, e claro, nossos maiores agradecimentos são direcionados a vocês, leitores, pois sem vossa estima e envolvimento a REUMATO EM REVISTA não teria sentido em existir.

Obrigado e que tenham todos uma boa leitura e muitas reflexões!



DR. VALDERÍLIO FEIJÓ AZEVEDO
Editor da REUMATO EM REVISTA



8

TRABALHOS VENCEDORES DO PRÊMIO ACIR RACHID 2021

Trabalhos vencedores das categorias
"Relatos de Casos" e "Trabalhos Originais",
do Prêmio Acir Rachid 2021.
Uma produção científica que mostra um
pouco da reumatologia paranaense.



7

PALAVRA DO PRESIDENTE

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

18

HIPERTENSÃO PULMONAR COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DA ARTERITE DE TAKAYASU

1º lugar na categoria Relato de Caso.
Trabalho apresentado por Gabriela
Zimmermann, Ana Paula Adame, Marcio
Augusto Nogueira.



32

ESPONDILOARTRITES AXIAIS: COMPARAÇÃO CLÍNICA E RADIOGRÁFICA

1º lugar na categoria Trabalho Original.
Trabalho apresentado por Gabriel
Caetano Pereira, Valderílio Feijó Azevedo
e Natália Pereira Machado.

44

ENTREVISTA: DR. LEONARDO MICHAELIS SCHMIDT

Entrevista com o reumatologista Leonardo
Michaelis Schmidt sobre a sua paixão pela música,
medicina e família.

- 3** Palavra do Editor
- 6** Expediente
- 7** Palavra do Presidente
- 8** Resultados do Prêmio Acir Rachid 2021
- 10** Vasculite Leucocitoclástica associada à Doença Inflamatória Intestinal
- 14** Hematidrose: doença rara e desconhecida
- 18** Hipertensão Pulmonar como apresentação inicial da Arterite de Takayasu
- 24** A prevalência da dor crônica em estudantes de medicina em uma faculdade no Oeste do Paraná
- 32** Espondiloartrites axiais: comparação clínica e radiográfica entre os diferentes fenótipos em um centro terciário brasileiro
- 43** Homenagem: Dr. José Vicente Garcia Veloz
- 44** Entrevista com o reumatologista Leonardo Michaelis Schmidt, sobre música, medicina e família
- 50** ARTIGO: O impacto da guerra da Ucrânia na saúde humana e na medicina.
Dr. Valderílio Feijó Azevedo



JAN/FEV/MAR/ABR2022

Número 7

Sociedade Paranaense de
Reumatologia

Editor:

Dr. Valderílio Feijó Azevedo
valderilio@hotmail.com

Presidente da SPR:

Dr. Antonio Carlos Monteiro
Ribas
antoniocmribas@gmail.com

Comissão de Mídias:

Coordenador,
Dr. Valderílio Feijó Azevedo

Jornalista:

Diniz Neto
dinizne@gmail.com





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)

Caros colegas

Estamos agora na sétima edição da Reumato em Revista, um sucesso em termos de informalidade, ciência, beleza e principalmente na agregação dos reumatologistas do Paraná e agora também do Brasil.

Passamos os últimos dois anos em uma pandemia que ceifou muitas vidas e deixou muitas sequelas, mas felizmente a Reumatologia fez muita diferença, não só nos tratamentos dos pacientes com COVID-19, mas também nos acompanhamentos pós-doença.

A Reumatologia, para este que vos escreve, é a essência da Clínica Médica e os colegas reumatologistas são clínicos por excelência. E é para os reumatologistas que a Reumato em Revista é feita. Aguardem novidades nos próximos números. Já conversamos com o editor sobre a possibilidade de mostrar as habilidades de cada um dos colegas nas áreas de poesia, contos, música, pinturas e esculturas, mostrando seu talento e esse outro lado que todos nós temos um pouco.

A Sociedade Paranaense de Reumatologia vem crescendo a olhos vistos a cada dia. E neste mês de abril de 2022 voltamos às nossas reuniões presenciais, mas também híbridas, para que todos os colegas que porventura não possam estar presentes também estejam online participando. Apesar das dificuldades nesse formato híbrido, a reunião foi um sucesso, assim como serão as próximas, temos certeza. A SPR não medirá esforços para que esse trabalho fique cada vez melhor e mais profissional.

Estamos esperando todos vocês para nossas próximas reuniões.

Mas quero fazer um convite especial para que todos participem da Jornada Conesul de Reumatologia, de 12 a 14 de maio de 2022, em Curitiba, no Hotel Bourbon. O evento é capitaneado pela SBR, mas a SPR é quem sediará o mesmo em Curitiba. A Jornada será presencial/virtual e a presença de todos é fundamental para o sucesso deste evento magnífico, com grandes colegas trazendo as novidades e atualizações para o nosso dia a dia.

Importante salientar que os associados da SBR que estejam adimplentes não terão custos com inscrição para a Jornada.

Caros colegas, apoiem a Sociedade Paranaense de Reumatologia e participem ativamente.

Abraços a todos.



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



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. Página 10

Segundo Lugar: Hematidrose: Doença Rara e desconhecida.

Autores: Ericácia Serafim Cortes, Maisa Andressa Sohn, Christina Feitosa Pelajo, Amanda Joekel Kassem, Marcia Bandeira. Página 14

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

Autores: Gabriela Zimmermann, Ana Paula Adame, Marcio Augusto Nogueira. Página 19

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. Página 24

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. Página 32

**Confira, a partir da
página 10 os trabalhos
premiados**

Conteúdos exclusivos...

...nos nossos canais de comunicação.

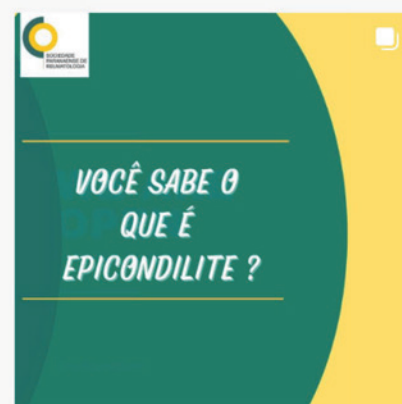
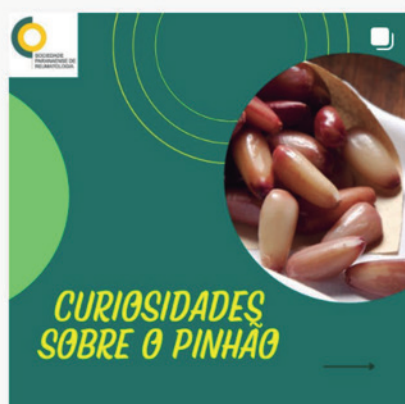
Acesse e fique por dentro de nosso universo Janssen.

 /JanssenBr  @janssen_brasil  /janssen-brasil

Sites:   

SAFE Janssen
Serviço de Atendimento Especializado
em Farmacovigilância

safe@janbr.jnj.com
0800 7011 851



Título:

Vasculite Leucocitoclástica associada à Doença Inflamatória Intestinal

Autores:

Ericácia Serafim Cortes

Maisa Andressa Sohn

Christina Feitosa Pelajo

Amanda Sjoekel Kassem

Marcia Bandeira

RESUMO

Sabe-se que uma série de alterações cutâneas ocorrem no curso de doenças inflamatórias intestinais (DII), incluindo pioderma gangrenoso, eritema nodoso, doença perianal, erupções eritematosas, urticária e púrpura. A Colite ulcerativa é uma doença inflamatória intestinal que, em casos raros, pode desenvolver manifestações extra intestinais.

Nosso caso envolve uma menina de 10 anos com histórico de sangramento intestinal e lesões cutâneas recorrentes com evolução de um ano, não tratada da forma preconizada e que evoluiu com agravamento do quadro necessitando de hospitalização. A biópsia cutânea evidenciou presença de vasculite leucocitoclástica e paciente foi tratada com metilprednisolona, mesalazina e hidroxycloquina com melhora do quadro.

A associação de vasculite leucocitoclástica com Doença inflamatória intestinal, especialmente a retocolite ulcerativa, nos chama a atenção por ser incomum e este relato de caso tem como objetivo adicionar aos dados clínicos limitados sobre vasculite leucocitoclástica como rara manifestação extra intestinal cutânea e reumatológica das DII, particularmente em pacientes pediátricos.

PALAVRAS-CHAVES:

Vasculite Leucocitoclástica; Retocolite Ulcerativa; vasculite; doença inflamatória intestinal.

INTRODUÇÃO

A vasculite leucocitoclástica é caracterizada por in-

vasão neutrofílica e necrose fibrinóide, juntamente com alargamento endotelial em vênulas pós-capilares[1]. É uma síndrome na qual os pacientes mais comumente apresentam purpura palpável em extremidades inferiores e tornozelos.

Etiologicamente é de causa idiopática, porém, pode ser secundária a infecções, medicações, neoplasias, doenças inflamatórias, linfoproliferativas ou doenças do tecido conjuntivo. (1-2)

Clinicamente as lesões se formam como eritemas localizados, máculas purpúricas ou pápulas urticariformes, podendo se tornar palpáveis, dolorosas, com formação de nódulos, úlceras ou necrose. O acometimento da face, região palmar, plantar e mucosas é raro. Manifestações sistêmicas associadas à vasculite de pequenos vasos são incomuns, e o envolvimento gastrointestinal pode ocorrer com presença de cólica, náusea, vômito, melena, diarreia e hematêmese. (4)

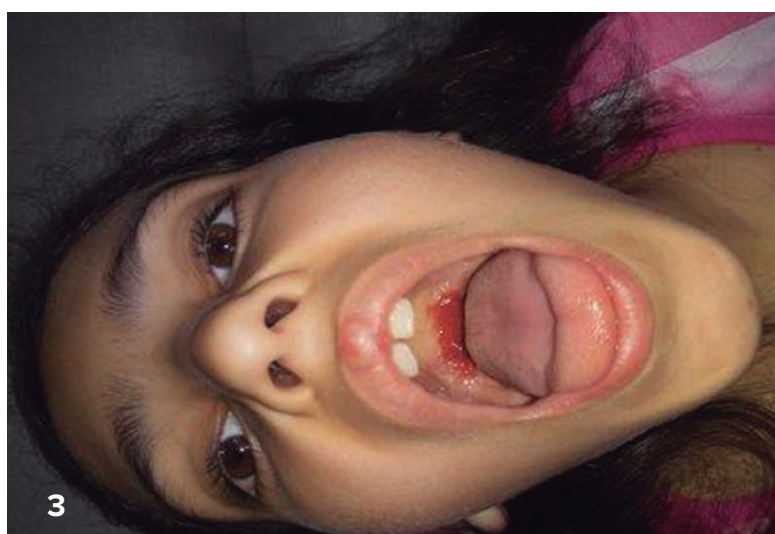
Neste artigo, relata-se um caso de uma paciente pediátrica, com diagnóstico de Vasculite leucocitoclástica associada a doença inflamatória intestinal.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino de 10 anos e 9 meses admitida para investigação de quadro de enterorragia associado a lesões cutâneas hiperemiadas e violáceas, algumas com presença de nodulações e dolorosas, principalmente em membros inferiores, face, orofaringe e mãos, com evolução de sete dias (Figuras 1A, 1B, 1C e 2). Associado ao quadro apresentava dor abdominal, edema de partes moles em tornozelo-

los e pés, sem sinais flogísticos articulares, febre ou outros sintomas associados.

Antecedente de dois episódios de enterorragia e manifestações dermatológicas semelhantes, porém menos intensas há um ano. Nesta ocasião, foi realizada colonoscopia investigativa, com laudo de “colite inespecífica” prescrito mesalazina e encaminhamento para avaliação reumatológica, porém família optou por tratamento homeopático.



Paciente não apresentava outros dados significativos da história pregressa, sem internamentos prévios, negava outras comorbidades e alergias medicamentosas. História familiar apenas de uma prima com alopecia sem diagnóstico definido, negava outras doenças autoimunes ou doença inflamatória intestinal na família.

Realizados exames laboratoriais na admissão hospitalar, sendo evidenciado FAN reagente 1/640 com padrão nuclear pontilhado fino, anticardiolipina IgG positiva (47,1) e demais autoanticorpos, incluindo ANCA e anti-DNA negativos, complementos e subpopulação linfocitária normais.

Biópsia cutânea com evidência de vasculite leucocitoclástica e colonoscopia com diagnóstico de colite crônica e aguda erosiva intensa com foco de criptite.

Através de achados clínicos e de exames complementares, foi realizada hipótese diagnóstica de Vasculite leucocitoclástica secundária a Retocolite Ulcerativa, visto que a primeira manifestação de doença

foi o comprometimento intestinal.

Tratamento conjunto com equipe de gastroenterologia iniciado mesalazina, corticoterapia com metilprednisolona e hidroxicloroquina melhora progressiva dos sintomas gastrointestinais, assim como das lesões dermatológicas.

DISCUSSÃO

A vasculite leucocitoclástica, também conhecida como vasculite de hipersensibilidade, faz parte de um grupo heterogêneo de doenças que acometem vasos de pequeno calibre, mais comumente vênulas, podendo afetar arteríolas e capilares. (1)

Etiologicamente é de causa idiopática, porém, pode ser secundária a infecções, medicações, neoplasias, doenças inflamatórias, linfoproliferativas ou doenças do tecido conjuntivo. (1-2)

No processo inflamatório ocorre a deposição de imunocomplexos, com presença de imunoglobulinas geralmente IgG e IgM, com ativação da cascata do complemento, expressão de moléculas de adesão, alterações quimiotáticas de leucócitos, produção de substâncias enzimáticas por neutrófilos e liberação de antígenos, gerando uma reação inflamatória intensa com lesão na parede vascular e aumento da permeabilidade local, com extravasamento de hemácias e fluidos. (1-6)

Clinicamente as lesões se formam como eritemas localizados, máculas purpúricas ou pápulas urticariformes, podendo se tornar palpáveis, dolorosas, com formação de nódulos, úlceras ou necrose. Geralmente são simétricas em membros inferiores. O acometimento da face, região palmar, plantar e mucosas é raro.

As lesões purpúricas são autolimitadas, reduzem e podem desaparecer em 3 a 4 semanas, podendo recidivar em meses ou anos. Seu diagnóstico é feito pelo exame histopatológico, que é típico, com infiltrado inflamatório e fragmentação dos núcleos de neutrófilos localizados na parede vascular, denominado cariorrexe, e, necrose fibrinóide pode estar presente. (1-2)

A paciente em questão apresentou acometimento facial, palmar, plantar e de mucosas, considerado incomum, concomitante à manifestações gastrointestinais, diarreia sanguinolenta, com colonoscopia e biópsia intestinal prévia evidenciando colite.

O tratamento é de suporte com manutenção, de acordo com as manifestações e com possíveis causas, se há possibilidade de infecção esta deve ser tratada, assim como se há associação com outra patologia esclarecida. Os glicocorticóides reduzem drasticamente os sintomas articulares e cutâneos, porém, nem sempre são a primeira escolha, em virtude de seus efeitos colaterais, são reservados a curto prazo no alívio da dor intensa, doença gastrointestinal ou hemorragia.

Por vezes se faz necessário a associação de drogas, ou outro agente imunossupressor, como ciclosporina, micofenolato mofetil, leflunomida, ou azatioprina. (6-7-8)

Manifestações sistêmicas associadas à vasculite de pequenos vasos também são incomuns, e o envolvimento gastrointestinal pode ocorrer com presença de cólica, náusea, vômito, melena, diarreia e hematêmese. (4)

As doenças inflamatórias intestinais (DII) englobam a doença de Crohn (DC), retocolite ulcerativa (RCU) e menos comum a colite indeterminada. São diferenciadas pela localização do comprometimento intestinal. Tem como causas fatores genéticos e ambientais que alteram a resposta imune e a permeabilidade da mucosa intestinal. O quadro clínico da colite ulcerativa é composto por diarreia sanguinolenta, tenesmo, indisposição, anemia, astenia, dor abdominal, perda de peso e febre. Quanto à localização, a inflamação ocorre no intestino grosso de forma contínua na mucosa e submucosa a partir do reto em graus variáveis. (5)

Nos Estados Unidos, 2 de cada 100.000 crianças (idade de 10-19 anos) desenvolvem UC, e 20-30% de todos os casos ocorrem em pessoas com 20 anos ou mais. Na maioria dos estudos, os picos de incidência da UC entre a adolescência e o início da idade adulta (ou seja, em pessoas de 15 a 30 anos). (9)

A artrite é a manifestação extraintestinal mais comum das DII, ocorrendo em 10-25% dos adolescentes. A artrite é geralmente uma sinovite transitória e não desinformante que envolve as grandes articulações em uma distribuição assimétrica. Em crianças, a artrite pode preceder sintomas gastrointestinais (GI) por anos. (10-12)

Das manifestações cutâneas associadas a Colite ulcerativa a mais frequente é o pioderma gangrenoso ocorrendo em 1% dos pacientes com este tipo de DII. Úlcera crônica indolente pode ocorrer mesmo quando a doença está em remissão. A terapia intralesional com esteróides é útil. (11)

Na forma mais grave da RCU denominada fulminante, o número de evacuações diárias ultrapassa dez vezes, com necessidade de transfusão sanguínea por anemia, pode ocorrer taquicardia, febre, elevação de provas de atividade inflamatória, podendo evoluir com hemorragia maciça, megacólon tóxico, estenose, obstrução e/ou perfuração intestinal, necessitando cirurgia, além do risco aumentado para câncer com o passar dos anos. (5)

O diagnóstico é possível com o auxílio de marcadores séricos, fecais, endoscópicos, histológicos e de exames de imagem. (5-6)

Para indução da remissão da RCU pediátrica as medicações são indicadas de acordo com a fase e

gravidade da doença, iniciando com 5-ASA, sulfassalazina ou mesalazina até o uso de corticosteroides, ciclosporina, infliximabe, adalimumabe, utilizado em casos refratários. (5)

Alguns autores enfatizam que o termo leucocitoclasia não é um diagnóstico, e que se refere a uma reação inflamatória onde ocorre infiltrado de leucócitos polimorfonucleares nas paredes dos vasos, resultando em necrose com detritos nucleares espalhados.

Dentre as condições associadas a vasculite leucocitoclástica se destacam: a Púrpura de Henoch-Schönlein, Angite de hipersensibilidade, Vasculite urticariforme hipocomplementêmica, Crioglobulinemia mista, Poliarterite cutânea, Vasculite de pequenos vasos associada a ANCA, Síndrome de Goodpasture, Distúrbios reumáticos, Lúpus eritematoso sistêmico, Dermatômiosite juvenil, MCTD, Esclerodermia, AIJ, Doença de Mucha-Habermann Policondrite recidivante, Síndrome de Köhlmeier-Degos, Síndrome do anticorpo antifosfolípideo, Síndrome de CANDLE, Doença associada a malignidade, Síndrome de Cronkhite-Canadá, Síndrome de Stevens-Johnson e Eritema elevatum diutinum. (7-8)

A associação de vasculite leucocitoclástica com DII, especialmente a retocolite ulcerativa, nos chama a atenção por ser incomum, além da apresentação clínica da paciente em questão.

REFERÊNCIAS

1. BRASILEIRO, J L. et al. Vasculite leucocitoclástica crônica: relato de um caso e revisão bibliográfica. Chronic leukocytoclastic vasculitis: case report and literature review. Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. Campo Grande, v.3, n.4, p.392-396,2004.

2. Bezerra AS, Polimanti AC, Oliveira RA, Fürst RVC, Criado PR, Corrêa JA. Diagnóstico e terapêutica precoce de vasculite leucocitoclástica: relato de caso. J Vasc Bras. 2020;19:e20180072. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190072>

3. Recomendações Sociedade de Pediatria de São Paulo. Atualização de condutas em Pediatria Departamentos Científicos SPSP - gestão 2013-2016. São Paulo, n.67.p.10-14.2013.

4. BRANDT, H R C. et al. Vasculite cutânea de pequenos vasos: etiologia, patogênese, classificação e critérios diagnósticos – Parte I. Small vessel cutaneous vasculitis: etiology, pathogenesis, classification and diagnostic criteria – Part I. An Bras Dermatol; 82. n.5, p. 387-406, 2007.

5. SILVA, L R.; RODRIGUES, M.; Doenças inflamatórias

intestinais. Tratado de Pediatria. cap.7. p.743-750, 2017.

6. CARVALHO, M F F. Vasculites. Tratado de Pediatria. cap.6, p.1800-1808, 2017.

7. HASHKES, P J, Other Vasculitis.TEXTBOOK OF PEDIATRIC RHEUMATOLOGY.SEVENTH EDITION. Elsevier. cap.38 p. 507-516, 2016.

8. BROGAN, P.; BAGGA, A.; Leukocytoclastic Vasculitis: Henoch-Schönlein, Purpura and Hypersensitivity Vasculitis.TEXTBOOK OF PEDIATRIC RHEUMATOLOGY. SEVENTH EDITION. Elsevier. cap. 33. p. 452-461, 2016.

9. Hannon CW.; et al. Vasculitis. Dermatology. Elsevier. p. 381-402, 2003.

10. Akbulut S.et al. Ulcerative colitis presenting as leukocytoclastic vasculitis of skin. World J Gastroenterol. Apr 21;14(15). p. 2448-50; 2008.

11. Aloï M. et al. Crohns Colitis. Dec. 7(11). p. 509-15, 2013.

12. Siow VS.; Bhatt R.; Mollen KP.; Management of acute severe ulcerative colitis in children. Semin Pediatr Surg. Dec. 26 (6). p.367-72, 2017.

Título:

Vasculite Leucocitoclástica associada à Doença Inflamatória Intestinal

Autores:

Ericácia Serafim Cortes

Maisa Andressa Sohn

Christina Feitosa Pelajo

Amanda Sjoekel Kassem

Marcia Bandeira

3º lugar Relato de Caso - Prêmio Acir Rachid 2021

Título:

Hematidrose: doença rara e desconhecida

Autores:

Ericácia Serafim Cortes

Maisa Andressa Sohn

Christina Feitosa Pelajo

Amanda Sjoekel Kassem

Marcia Bandeira

Palavras-chave:

Hematidrose, sangramento espontâneo, doença rara

RESUMO

A hematóidrose ou hematidrose é uma condição rara em que o ser humano transpira sangue. A causa psicogênica é considerada a causa mais frequente entre outras causas, como doenças sistêmicas e menstruação vicária. O diagnóstico é de exclusão juntamente à confirmação da existência de eritrócitos na amostra do sangramento. O tratamento como uso de propranolol, adesivo transdérmico de atropina e ansiolíticos podem diminuir a frequência dos sintomas. Este é um relato de caso de uma menina de 13 anos com sangramento cutâneo espontâneo sem evidência de lesão de pele ou alteração de coagulação que justificasse o quadro e a dificuldade diagnóstica.

INTRODUÇÃO

A hematidrose é uma doença rara com poucos casos descritos na literatura caracterizada por sangramento espontâneo através da pele íntegra que cessa após alguns minutos e costuma ser desencadeado por estresse e ansiedade. Não possui causas bem estabelecidas e é uma doença cercada de estigmas. Historicamente esta condição foi relatada por Da Vinci em um soldado sob estresse extremo e possivelmente Jesus Cristo no momento da crucificação. As causas podem ser distúrbios sistêmicos, distúrbios hemorrágicos, menstruação vicária, esforço excessivo e estressores psicológicos. O diagnóstico é realizado pela exclusão de outras patologias mais

frequentes, como cromidrose (suor colorido), distúrbios da coagulação e doenças psiquiátricas. Além da confirmação da existência de eritrócitos na amostra do sangramento. Existem algumas opções de tratamento descritas na literatura que apesar de não resolverem completamente os sangramentos parecem diminuir a frequência e intensidade dos mesmos, como uso de propranolol, adesivo transdérmico de atropina e ansiolíticos. Este relato de caso visa aumentar o conhecimento de profissionais da saúde sobre a hematidrose e suas características, reduzindo o tempo de diagnóstico demora para ser realizado e diminuindo os estigmas que cercam a doença.

RELATO DO CASO

Escolar, 13 anos, sexo feminino, veio à consulta acompanhada da mãe que relatou sangramento espontâneo em ouvidos e olhos início há 3 anos, inicialmente suspeita de quadro infeccioso e pela recorrência encaminhada para avaliação hematológica com suspeita de distúrbio de coagulação. Evoluiu com sangramentos exteriorizado pela pele íntegra, que já estava em investigação há cerca de 3 anos. Quadro clínico iniciou-se com sangue em pequena região de couro cabeludo, sem evidências de lesões de pele que justificassem o sangramento, que era de ocorrência esporádica. Após um ano desses episódios, apresentou sangramento espontâneo na região torácica anterior com duração de poucos se-

gundos em moderada quantidade acompanhada de dor em queimação localizada, com melhora após uso de dipirona. Desde então passou a apresentar episódios semelhantes de sangramento em região occipital, frontal, coxas, mãos e que às vezes chorava lágrimas de sangue que ocorriam aproximadamente 2 a 3 vezes na semana com pausas assintomáticas de 2 a 3 meses. Algumas semanas antes da avaliação pela hematologia apresentou sangramento no ouvido com duração de uma semana que cessou espontaneamente e posteriormente sangramento intestinal. A mãe e a paciente afirmaram que episódios aumentavam de frequência e intensidade após períodos de estresse ou ansiedade. Acompanhante referiu investigação prévia de transtorno de comportamento e dificuldade de acompanhamento escolar além de ganho de peso excessivo. Negaram associação de sintomas com demais causas como exercícios físicos, uso de demais medicações além de dipirona para dor, referia dois episódios de sangramento intestinal e por este motivo, foi hospitalizada.

.Antecedentes pessoais: Paciente nascido termo, com crescimento e desenvolvimento motor adequado. Com atraso do desenvolvimento neuropsicológico recente percebido na escola com timidez excessiva. Sem histórico semelhante em familiares.

Durante hospitalização foram descartadas doenças sistêmicas, como distúrbios da coagulação (Doença de Von Willebrand), doenças gastrointestinais, oftalmológicas ou alterações otológicas. Com exames laboratoriais e de imagens sem alterações (US abdome, coagulograma, hemograma, entre outros). Suspeita de alteração fictícia ou autoinflingida sendo encaminhada para avaliação psiquiátrica e devido à positividade de fator anti-nuclear foi referenciada para reumatologia por suspeita de doença autoimune. Nesta ocasião tinha FAN positivo 1/320 nuclear pontilhado fino. Durante a avaliação reumatológica a menor apresentou sangramento ativo e foi realizado teste da água oxigenada que apontou a presença de sangue, sendo feita a hipótese de hematidrose. Coletada amostra do material que demonstrou a presença de eritrócitos e durante a consulta percebeu-se um certo temor da criança em relação à mãe, que a repreendia com frequência, comparando seu desempenho acadêmico com o de seu irmão mais novo além da comparação em relação a peso e questões estéticas. No momento paciente encontra-se nas praticamente assintomática com uso de antidepressivo e controle de peso.

DISCUSSÃO

A hematidrose é um distúrbio raro caracterizado por suor sanguinolento que se exterioriza pela pele e cessa espontaneamente após no máximo 15 minutos

(1,2). A pele do local do sangramento é íntegra, sem qualquer tipo de lesão ou processo inflamatório. O sangue extravasado possui componentes celulares idênticas aos do sangue periférico (4). Pode haver, em alguns casos, formigamento e/ou dor precedendo o sangramento e pode ocorrer em qualquer parte do corpo como fronte, abdome, tórax, membros, palmas da mão, planta do pé, couro cabeludo e existem também alguns casos relatados de hemolacria ou lágrimas de sangue (1). Assim como no paciente relatado existe caso na literatura que se associa a hematúria, além de hemoptise, hematêmese, epistaxe e hematoquezia (6). É geralmente desencadeada após episódios traumáticos ou estresse emocional e afeta principalmente crianças e adolescentes, sendo mais comum em meninas entre 10 e 15 anos (1,5).

Não existe uma causa bem definida para a hematidrose, porém existem várias hipóteses para explicar o fenômeno. A etiopatogenia proposta por poucos autores é que os vasos sanguíneos ao redor das glândulas sudoríparas se contraem sob estresse. [5] Conforme a ansiedade aumenta, os vasos sanguíneos se rompem. O sangue extravasa para as glândulas sudoríparas, apresentando-se como gotículas de sangue misturadas com suor. O sangue extravasado tem componentes celulares idênticos aos do sangue periférico. [6] A ansiedade mental severa ativa o sistema nervoso simpático para invocar a reação de luta ou fuga a tal ponto que causa a ruptura dos vasos sanguíneos ao redor das glândulas sudoríparas. Um tipo distinto de vasculite também é proposto como um mecanismo patológico subjacente à doença. [7] Por ser uma patologia extremamente rara e ter sido historicamente relatada em Jesus Cristo no momento da crucificação é uma doença cercada de estigmas, causando espanto e estranhamento, levando a consequências psicossociais importantes.

Para o diagnóstico devem-se excluir outras causas como cromidrose, pseudocromidrose, distúrbios da coagulação, distúrbios psiquiátricos, entre outros. Para isso deve-se realizar exames de coagulograma, além da análise do suor sanguinolento em microscópio para constatar a presença de eritrócitos, pode-se realizar também o teste da água oxigenada para demonstrar mais rapidamente que trata-se de sangue.

A hematidrose não causa alterações no exame físico do paciente. Existem na literatura algumas opções de tratamento relativamente bem sucedidas, como o uso de propranolol levando a redução considerável do sangramento, porém sem completa remissão do sintoma (1,3,5,6). Também há relato de uso de adesivo transdérmico de atropina nos locais de sangramento com melhora gradual na gravidade e frequência das crises (2). Redução dos níveis de estresse, exercícios de relaxamento e uso de ansiolíticos tam-

bém já foram descritos como bons métodos de tratamento (1,4,6).

Como visto no caso relatado, trata-se de patologia de difícil diagnóstico, pois por ser muito rara e ter poucos casos relatados na literatura não é amplamente conhecida por médicos e profissionais da área da saúde, podendo ser feita hipótese de desordem factícia ou até de Síndrome de Munchausen (3). Nesta criança, nenhuma doença sistêmica subjacente foi encontrada, a biópsia de pele era norma e assim como na literatura, observou-se associação a distúrbios psiquiátricos como ansiedade atribuída ao medo intenso sobre seu desempenho escolar e rivalidade entre irmãos aumentaram seu estresse mental, que se apresentou como sangramento espontâneo. A remissão foi alcançada com farmacoterapia, psicoterapia de apoio, educação familiar e melhores práticas de criação dos filhos.

CONCLUSÃO

Apesar de rara e de não trazer sequelas físicas, a hematidrose tem um impacto negativo para o paciente que muitas vezes é desacreditado ao relatar sangramento espontâneo, causando consequências sociais e psicológicas importantes. Sabe-se que o estresse é um fator contribuinte importante que se manifesta de diferentes formas, tanto física quanto psicologicamente. Especialmente em crianças, além de causar sofrimento imediato, também atua como um importante fator epigenético. O sucesso do tratamento dessa condição com betabloqueadores, ansiolíticos e antidepressivos estão presentes na literatura, porém é de fundamental importância o conhecimento desta patologia por profissionais da área da saúde visando que diagnóstico seja feito mais rapidamente, reduzindo o sofrimento do paciente e da família e a abordagem acompanhamento multidisciplinar, com intuito de melhorar componentes psíquicos, com consequente melhoria de sintomas clínicos.

REFERÊNCIA

1. Holoubek JE, Holoubek AB. Blood, sweat and fear. "A classification of hematomatosis" J Med. 1996;27:115–33
2. Champion RH. In: Disorders of sweat glands. Rook's Textbook of Dermatology. 6th ed. Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, editors. London: Blackwell Science; 1998. pp. 2001–2.
3. Norn MS. Microscopically and chemically detected haemolacria. Acta Ophthalmol (Copenh) 1977;55:132–40.
4. Tshifularo M. Blood otorrhea: Blood stained sweaty ear discharges: Hematomatosis; four case series (2001-2013) Am J Otolaryngol. 2014;35:271–3.
5. Jerajani HR, Jaju B, Phiske MM, Lade N. Hema-

tomatosis – A rare clinical phenomenon. Indian J Dermatol. 2009;54:290–2.

6. Manonukul J, Wisuthsarewong W, Chantorn R, Vongirad A, Omeapinyan P. Hematomatosis: A pathologic process or stigmata. A case report with comprehensive histopathologic and immunoperoxidase studies. Am J Dermatopathol. 2008;30:135–9.

7. Zhang FK, Zheng YL, Liu JH, Chen HS, Liu SH, Xu MQ, et al. Clinical and laboratory study of a case of hematomatosis. Zhonghua Xue Ye Xue Za Zhi. 2004;25:147–50.

8. Wang Z, Yu Z, Su J, Cao L, Zhao X, Bai X, et al. A case of hematomatosis successfully treated with propranolol. Am J Clin Dermatol. 2010;11:440–3

9. Patel RM, Mahajan S. Hematomatosis: A rare clinical entity. Indian Dermatol Online J. 2010;1:30–2.

10. Bhagwat PV, Tophakhane RS, Rathod RM, Shashikumar BM, Naidu V. Hematomatosis. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2009;75:317–8. [PubMed]

Título:

Hematidrose: doença rara e desconhecida

Autores:

Ericácia Serafim Cortes
Maisa Andressa Sohn
Christina Feitosa Pelajo
Amanda Sjoekel Kassem
Marcia Bandeira

2º lugar Relato de Caso - Prêmio Acir Rachid 2021

AMGEVITA[®] É ÚNICO

Em um mundo de biossimilares,
AMGEVITA se destaca.



#1

**BIOSSIMILAR DE ADALIMUMABE
MAIS PRESCRITO
NO BRASIL E NA EUROPA¹**

**+205 MIL
PACIENTES
TRATADOS COM
OS BIOSSIMILARES
AMGEN^{3*}**

14

**INDICAÇÕES
APROVADAS
EM BULA⁴**

**FORMULAÇÃO
SEM CITRATO
PODE PERMITIR UMA APLICAÇÃO
MENOS DOLOROSA⁵**

**+3
ANOS
TRATANDO
PACIENTES²**

**ÚNICO BIOSSIMILAR NO BRASIL COM
INDICAÇÃO PEDIÁTRICA
PARA COLITE/RETOCOLITE ULCERATIVA^{4,6}**

ACESSE A BULA DE



*Dado Global.

REFERÊNCIAS: 1. IQVIA. Adalimumab Sales Report. Acessado em: 31/01/2022. 2. Sindusfarma. Empresas em Foco. Disponível em: <https://sindusfarma.org.br/noticias/empresas-foco/exibir/8042-anvisa-aprova-amgevita-adalimumabe-o-biossimilar-da-amgen-usado-no-tratamento-de-doencas-inflamatorias>. Acessado em: 21/02/2022. 3. Amgen Biosimilars. Amgen Oncology Biosimilars. Disponível em: <https://www.amgenoncologybiosimilars.com/>. Acessado em: 10/03/2022. 4. AMGEVITA[®] (adalimumabe). Bula aprovada pela ANVISA em 13/12/2021. 5. Laursen T, Hansen B, Fisker S. Pain perception after subcutaneous injections of media containing different buffers. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2006 Feb;98(2):218-21. 6. Consulta de Produtos ANVISA. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/q/?substancia=20272&situacaoRegistro=V>. Acessado em: 10/03/2022.

Material promocional aprovado de acordo com as regulamentações locais, destinado apenas aos profissionais de saúde habilitados a prescrever e/ou dispensar medicamentos. A AMGEN recomenda o uso de seus medicamentos, de acordo com a aprovação regulatória local. Todas as referências citadas neste material estão disponíveis mediante solicitação dos profissionais da saúde ao SIC (Serviço de Informações Científicas), por meio do número gratuito 0800 42 0800 e/ou e-mail sicbrasil@amgen.com. PR-AMV-BRA-000014-03-2022 - Aprovado em março de 2022.



SERVIÇO DE INFORMAÇÕES
CIENTÍFICAS
SIC
0800 742 0800
sicbrasil@amgen.com

0800 264 0800
SAC
sacbrasil@amgen.com

bemperto
do seu bem-estar
0800 264 0002

Título:

Hipertensão Pulmonar como apresentação inicial da Arterite de Takayasu

Autores:

Gabriela Zimmermann

Ana Paula Adame

Marcio Augusto Nogueira

RESUMO

A arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite sistêmica granulomatosa, desafiadora e crônica, de grandes vasos, que afeta predominantemente a aorta e seus ramos e - menos frequentemente - as artérias pulmonares. Atinge principalmente mulheres jovens na segunda e terceira décadas de vida e sua patogênese inclui inflamação e proliferação da camada íntima, que leva ao espessamento da parede e lesões estenóticas ou oclusivas. Sensibilidade da artéria carótida, claudicação dos membros superiores, distúrbios oculares, anormalidades do sistema nervoso central e enfraquecimento dos pulsos são as características clínicas mais comuns. O diagnóstico da AT pode ser extremamente desafiador porque os sintomas inflamatórios sistêmicos inespecíficos são os únicos achados clínicos notáveis nas fases iniciais da doença, que seguem um curso clínico sutil e insidioso. A frequência de envolvimento arterial pulmonar na AT foi relatada em vários estudos entre 6,3% e 70%. O envolvimento das artérias pulmonares pode levar à hipertensão pulmonar (HP), que é uma complicação menos comum (6-13%), porém potencialmente fatal. Relatamos um caso incomum de uma paciente de 50 anos com AT que iniciou o quadro clínico com hipertensão pulmonar, associada a insuficiência aórtica prévia e hipertensão arterial sistêmica (HAS).

INTRODUÇÃO

A arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite de grandes vasos granulomatosa, que envolve preferencialmente a aorta e seus ramos proximais e é mais comumente identificada em mulheres jovens, de descendência asiática. Embora o prognóstico dos pacientes tenha melhorado nos últimos anos, o diagnóstico se mantém desafiador e muitas lacunas permanecem devido à não especificidade da clínica na fase inicial, à raridade da doença, à limitação dos bio-

marcadores atuais e exames de imagem, bem como pelo seguimento insidioso e crônico da doença, até o aparecimento de manifestações isquêmicas importantes, as quais tendem a levar o paciente a procurar atendimento médico tardiamente (1-3).

A etiologia da AT ainda precisa ser totalmente elucidada, mas fortes evidências sugerem que, na presença de predisposição genética, gatilhos ambientais - como exposição a patógenos - desencadeiam uma resposta imune, na qual células T e macrófagos invadem as paredes dos vasos, onde permanecem, e propiciam o desenvolvimento de lesões inflamatórias autônomas e autossuficientes. Este processo inflamatório envolve caracteristicamente a parede interna dos vasos, poupando as camadas externas, levando a um remodelamento vascular extenso, que resulta em aneurismas e estenoses (4-6).

Os sinais clínicos sofrem ampla variação e dependem da área, gravidade e duração do envolvimento vascular. Os pacientes podem apresentar sintomas constitucionais, como astenia, mal-estar, perda de peso e febre, ou ainda manifestações isquêmicas

incluindo condições críticas (acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, pressão arterial alta e não controlada), ou sinais de estreitamento arterial do membro, como claudicação de membros e pulsos ausentes (7-11).

O acometimento pulmonar (AP) não é incomum na AT, sendo relatado em vários estudos de AT realizados em diferentes países, ocorrendo geralmente no estágio tardio da doença. Porém, não é frequente encontrar o AP como apresentação inicial da AT e - ainda - como responsável pelo desenvolvimento de hipertensão pulmonar (HP), o que resulta na disfunção do coração à direita e detém pior prognóstico (12-15). Por outro lado, embora o AP seja frequente, o pronto diagnóstico é raro, uma vez que a clínica costuma ser discreta, insidiosa e inespecífica. Quando presentes,

as manifestações do AT pulmonar podem ser sutis, tendo como principais sintomas tosse, dispneia, dor torácica e hemoptise (12, 16, 17).

As evidências científicas acerca de recomendações terapêuticas para AT são escassas; mesmo para medicações amplamente utilizadas e que induzem até 60% dos pacientes à remissão, como é o caso dos corticosteroides. No entanto, os efeitos colaterais indesejados e a imunossupressão prolongada estimularam a pesquisa por novas opções. Além de induzirem remissão, as drogas modificadoras de atividade da doença, como o metotrexato e azatioprina, previnem o desenvolvimento de novas lesões arteriais (18-20).

Embora o diagnóstico precoce seja a chave para a melhora do desfecho na arterite de Takayasu, uma nova abordagem biológica para o tratamento pode ser mais eficaz e potencialmente menos tóxica do que os regimes imunossupressores usados atualmente. Além das opções citadas, deve-se levar em consideração o uso de agentes que tem como alvo processos patológicos responsáveis pelo progresso da doença a estágios finais e irreversíveis.

RELATO DO CASO

G.T.L, mulher, 50 anos, com obesidade grau 3, hepatite B crônica, insuficiência aórtica e história de prolapso de válvula mitral, em acompanhamento com cardiologista por HAS há anos, passou a apresentar descontrole pressórico - mesmo durante o uso correto da medicação – episódios diários de dispneia súbita, associada a pequenos esforços, cefaleia e tontura nos últimos 15 dias. Realizou-se, então, ecocardiograma transtorácico, o qual apontou achado de hipertensão pulmonar arterial de grau moderado a importante, com pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) de 62mmHg e regurgitação aórtica moderada, com hipertrofia grave de ventrículo esquerdo.

Com o propósito de investigar suspeita de tromboembolismo pulmonar, solicitou-se angiotomografia (ATC) das artérias pulmonares, que indicou espessamento circunferencial, estenoses subsequentes envolvendo os ramos principais direito e esquerdo da artéria pulmonar (figura 1) - além de outros ramos menores – e área cardíaca globosamente aumentada com importante dilatação do átrio direito, sem evidência de êmbolos.

A fim de esclarecer o diagnóstico, encaminhou-se a paciente para acompanhamento com reumatologista, durante o qual a paciente negou quaisquer

sintomas semelhantes no passado, febre, história de trombose venosa ou tromboembolismo prévio. Ao exame físico, apresentava dispneia em repouso, taquicardia de 105 batimentos por minuto (bpm) e pressão arterial (PA) de 170/50 mmHg. A saturação

de oxigênio no sangue capilar era de 91%. Um sopro sistólico forte estava presente em todo o tórax. O exame do abdômen não mostrou hepatoesplenomegalia palpável ou sopros. Exames laboratoriais evidenciaram 105mm/h na velocidade de hemossedimentação, hemograma sem alterações, sorologias para hepatite C, HIV e sífilis negativas, HBSAg positivo e anti-HBC IgG positivo.

Devido à suspeita de AT, foi realizada ATC da aorta torácica, que evidenciou espessamento difuso da parede do vaso (figura 2) e estenose parcial estimada em 30% associada ao espessamento da parede das carótidas comuns direita e esquerda (figura 3), achados compatíveis com a hipótese clínica de vasculite. A paciente foi diagnosticada com AT com base no padrão de acometimento das artérias pulmonares, no envolvimento de aorta torácica e abdominal e carótidas e aumento de provas inflamatórias. Iniciou-se, portanto, terapia medicamentosa com prednisona (40mg/dia), metotrexato (20mg/semana) e ácido fólico, bem como prescreveu-se entecavir para tratamento de hepatite B crônica. Logo no primeiro mês de tratamento, houve significativa melhora do quadro clínico e diminuição da VHS para 24mm/h. No entanto, os efeitos colaterais do uso de corticoterapia evidenciaram-se, com a paciente apresentando fâscies cunshingoides, aumento do peso, e HAS de difícil controle ao segundo mês de tratamento. Em vista disso, seguiu-se o desmame da medicação, o que desencadeou piora dos sintomas. Com o propósito de manter eficácia de remissão e agir em conjunto com o metotrexato na modificação da doença, iniciou-se tratamento com tocilizumabe.

No seguimento de 6 meses, sustentou-se o desmame de corticoide, e houve diminuição significativa da dispneia, manutenção dos sintomas somente aos grandes esforços, normalização da pressão arterial e VHS de 25mm/h. Após 12 meses, a paciente estava sem uso de corticoide, mantendo controle da dispneia e VHS de 2mm/h. O ecocardiograma de controle identificou regularização da PSAP e ausência de regurgitação tricúspide. A ATC de artérias pulmonares demonstrou permanência da estenose, já o exame da aorta, indicou atenuação do espessamento circunferencial da parede da aorta torácica.

DISCUSSÃO

Embora o AP no curso da AT seja comum - com frequência variando entre 6,3% e 70% em diferentes estudos (12, 15, 21-23) - o envolvimento da artéria pulmonar e seus sintomas correlacionados como primeiros sinais de AT são raros, uma vez que podem ser sutis e de difícil distinção com outras doenças pulmonares (24, 25). A ampla variação da prevalência da doença nesses estudos pode ser devida às

diferenças nos critérios de seleção dos pacientes e na técnica diagnóstica utilizada.

A presença de HP em pacientes com AP aumenta o risco de mortalidade, e a taxa de HP em pacientes com AT pode chegar a 15% em pacientes sem AP, e em torno de 50% em pacientes com AT e envolvimento pulmonar (13, 22, 23, 26).

AT pulmonar pode ter uma apresentação semelhante à doença tromboembólica crônica, porém, pistas na história e no exame físico podem ajudar a distinguir uma condição da outra. Presença de sintomas sistêmicos, insuficiência arterial, sopros sistêmicos, HAS, pulsos diminuídos ou ausentes, anemia e VHS elevado favorecem potencialmente o diagnóstico de AT (16, 27).

O diagnóstico de AT pode ser de difícil distinção da arterite de células gigantes (ACG). Embora ambas as doenças comumente envolvam grandes artérias e tenham sintomas constitucionais e padrão histológico semelhantes, os sintomas de apresentação típicos são muito diferentes. Pacientes com ACG apresentam caracteristicamente cefaleia, sensibilidade no couro cabeludo e claudicação de mandíbula ao mastigar, sintomas ausentes na AT e no caso relatado (28–30). A AT atinge preferencialmente mulheres jovens, com menos de 40 anos de idade - embora também possa ser observada em pacientes mais velhas (11). Apesar disso, a idade não é um discriminador absoluto, uma vez que o início após os 40 anos de idade é relatado em 15-20% dos pacientes com AT (11,31).

A primeira linha de tratamento para AT são os glicocorticoides, com resposta inicial superior a 50% (32), mas com recorrência frequente após diminuição da dose, como ocorreu no caso descrito, mesmo em associação com metotrexato. Para pacientes com AT e envolvimento da artéria pulmonar, o tocilizumabe - um inibidor do receptor da interleucina 6 (IL-6) - mostra-se eficaz para o controle de lesões da artéria pulmonar. Neste caso, os sintomas pulmonares melhoraram, assim como houve normalização da VHS e da PSAP, além de estabilização da estenose pulmonar e diminuição do espessamento da parede da aorta após o tratamento com tocilizumabe, corroborando com dados que sugerem que a IL-6 pode estar envolvida no processo fisiopatológico da AT (15).

Por último, a concomitância de AT com comprometimento pulmonar e infecção por hepatite B, como no nosso caso, foi relatada somente uma vez na literatura, e o tratamento da hepatite B ativa influenciou positivamente nos sintomas da arterite de Takayasu

(33).

O prognóstico da AT tem melhorado nos últimos anos, no entanto, o AP e o diagnóstico tardio afetam essa realidade (34). Em um estudo recente, foi proposto que, para pacientes com AT com um curso da doença de mais de 5 anos, a triagem de rotina da angiografia pulmonar deve ser realizada devido ao alto risco de envolvimento da artéria pulmonar (15). Embora não tenha sido realizado exame histológico, a distribuição das lesões, o acometimento pulmonar, o aumento das provas inflamatórias e a boa resposta terapêutica corroboram com o diagnóstico de AT com HP.

Este caso ilustra a importância de se manter alto o índice de suspeita e considerar AT pulmonar em pacientes jovens do sexo feminino com sintomas respiratórios inexplicáveis e obstrução da artéria pulmonar de origem desconhecida. Como não há testes laboratoriais de diagnóstico específicos, biomarcadores ou autoanticorpos, muitos pacientes apresentam um atraso considerável no diagnóstico. A combinação de exame físico cuidadoso, avaliação de provas de fase aguda e uso de estudos de imagem apropriados - com achados típicos - ajudam a estabelecer o diagnóstico correto e o tratamento subsequente.

A seguir publicamos figuras ilustrativas:

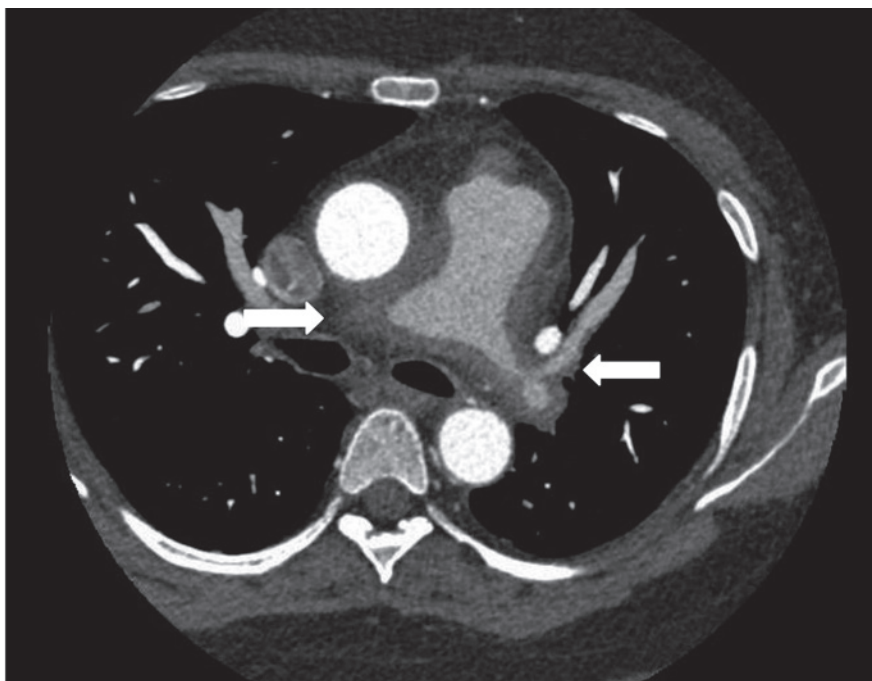


Figura 1. Angiografia por Tomografia Computadorizada mostrando estreitamento luminal e irregularidade do contorno da artéria pulmonar direita e esquerda devido ao espessamento de sua parede

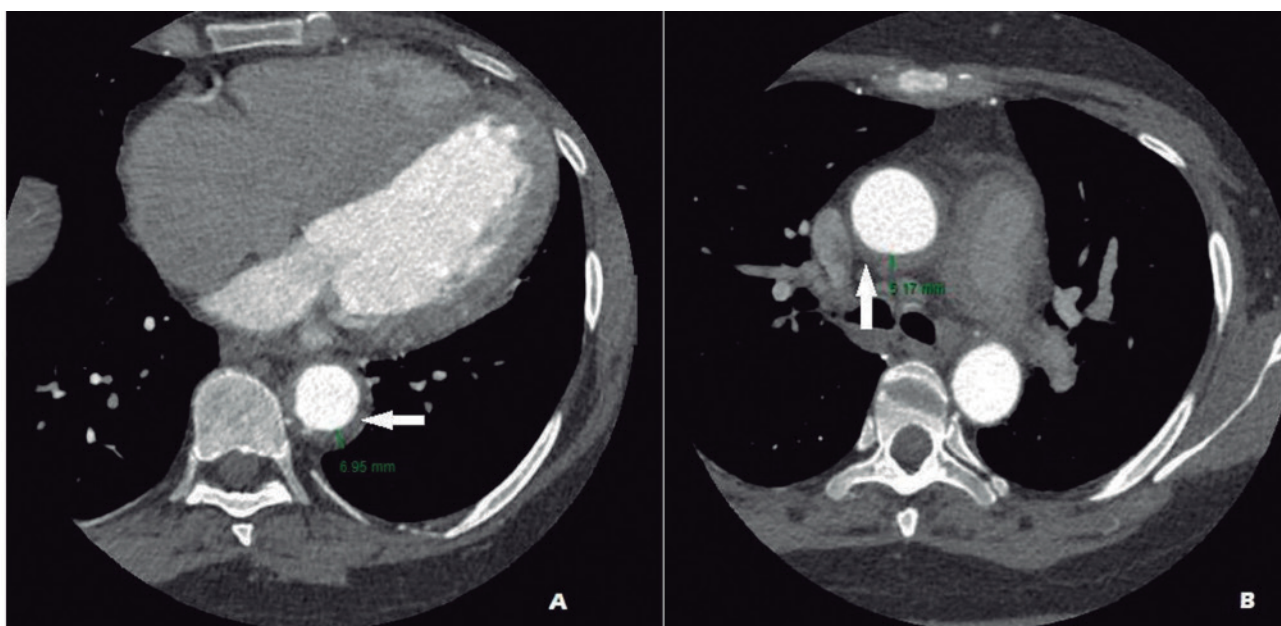


Figura 2. Angiografia por Tomografia Computadorizada identifica presença de espessamento circunferencial da parede da aorta descendente e da aorta torácica

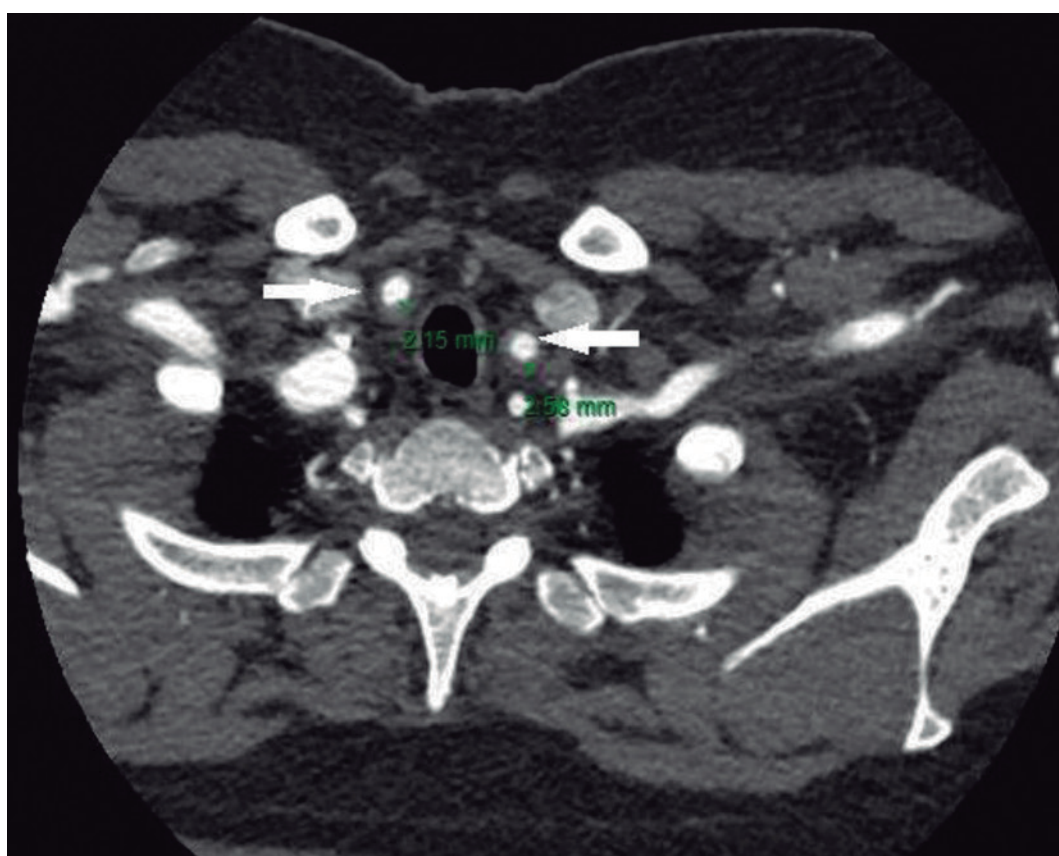


Figura 3. Angiografia por Tomografia Computadorizada mostrando espessamento difuso simétrico da parede arterial da artéria carótida comum direita e esquerda (seta)

BIBLIOGRAFIA

1. Dua AB, Kalot MA, Husainat NM, Byram K, Springer JM, James KE, et al. Takayasu Arteritis: a Systematic Review and Meta-Analysis of Test Accuracy and Benefits and Harms of Common Treatments. *ACR Open Rheumatol*. 2021 Feb;3(2):80–90.
2. Tombetti E, Mason JC. Takayasu arteritis: Advanced understanding is leading to new horizons. *Rheumatol (United Kingdom)*. 2019;58(2):206–19.
3. Onen F, Akkoc N. Epidemiology of Takayasu arteritis. *Press Med* [Internet]. 2017;46(7-8P2):e197–203. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2017.05.034>
4. Solimando AG, Vacca A, Dammacco F. Highlights in clinical medicine—Giant cell arteritis, polymyalgia rheumatica and Takayasu's arteritis _ pathogenic links and therapeutic implications _ Enhanced Reader. *Clin Exp Med*. 2021;1–10.
5. Thomsen H, Li X, Sundquist K, Sundquist J, Försti A, Hemminki K. Familial risks between giant cell arteritis and Takayasu arteritis and other autoimmune diseases in the population of Sweden. *Sci Rep [Internet]*. 2020;10(1):1–5. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-77857-7>
6. Harky A, Fok M, Balmforth D, Bashir M. Pathogenesis of large vessel vasculitis: Implications for disease classification and future therapies. *Vasc Med (United Kingdom)*. 2019;24(1):79–88.
7. Betrains A, Blockmans D. Diagnostic approaches for large vessel vasculitides. *Open Access Rheumatol Res Rev*. 2021;13:153–65.
8. De Souza AWS, de Carvalho JF. Diagnostic and classification criteria of Takayasu arteritis. *J Autoimmun*. 2014;48–49:79–83.
9. Keser G, Aksu K, Direskeneli H. Takayasu arteritis: An update. *Turkish J Med Sci*. 2018;48(4):681–97.
10. Keser G, Aksu K. Diagnosis and differential diagnosis of large-vessel vasculitides. *Rheumatol Int [Internet]*. 2019;39(2):169–85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-018-4157-3>
11. Alnabwani D, Patel P, Kata P, Patel V, Okere A, Cheriya P. The Epidemiology and Clinical Manifestations of Takayasu Arteritis: A Descriptive Study of Case Reports. *Cureus*. 2021 Sep 15;13(9):e17998.
12. Gong J, Yang Y, Ma Z, Guo X, Wang J, Kuang T, et al. Clinical and imaging manifestations of Takayasu's arteritis with pulmonary hypertension: A retrospective cohort study in China. *Int J Cardiol*. 2019 Feb 1;276:224–9.
13. Sari A, Sener YZ, Firat E, Armagan B, Erden A, Oksul M, et al. Pulmonary hypertension in Takayasu arteritis. *Int J Rheum Dis*. 2018 Aug 1;21(8):1634–9.
14. Wang X, Dang A, Chen B, Lv N, Liu Q. Takayasu arteritis-associated pulmonary hypertension. *J Rheumatol*. 2015 Mar 1;42(3):495–503.
15. Xi X, Du J, Liu J, Zhu G, Qi G, Pan L. Pulmonary artery involvement in Takayasu arteritis: a retrospective study in Chinese population. *Clin Rheumatol*. 2021 Feb 1;40(2):635–44.
16. Singh J, Brasington RD. Pulmonary Takayasu's Arteritis Masquerading as Acute Pulmonary Embolism. *J Clin Rheumatol*. 2001;7(6):388–94.
17. Toledano K, Guralnik L, Lorber A, Ofer A, Yigla M, Rozin A, et al. Pulmonary Arteries Involvement in Takayasu's Arteritis: Two Cases and Literature Review. 2011.
18. Misra DP, Rathore U, Patro P, Agarwal V, Sharma A. Disease-modifying anti-rheumatic drugs for the management of Takayasu arteritis—a systematic review and meta-analysis. Vol. 40, *Clinical Rheumatology*. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2021. p. 4391–416.
19. Hellmich B, Águeda AF, Monti S, Luqmani R. Treatment of Giant Cell Arteritis and Takayasu Arteritis—Current and Future. *Curr Rheumatol Rep [Internet]*. 2020 [cited 2021 Nov 14];22(84). Available from: <https://doi.org/10.1007/s11926-020-00964-x>
20. Ralli M, Campo F, Angeletti D, Minni A, Artico M, Greco A, et al. Pathophysiology and therapy of systemic vasculitides. *EXCLI J*. 2020;19:817–54.
21. Akatsuka T, Yamada N, Nakamori S, Ando M, Ishikawa H, Dohi K. Time Trajectory of Pulmonary Artery Involvement in Takayasu Arteritis Confirmed by Histopathology. *JACC Case Reports [Internet]*. 2021;3(10):1294–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2021.04.040>
22. He Y, Lv N, Dang A, Cheng N. Pulmonary artery involvement in patients with takayasu arteritis. *J Rheumatol*. 2020 Feb 1;47(2):264–72.

23. Kong X, Ma L, Lv P, Cui X, Chen R, Ji Z, et al. Involvement of the pulmonary arteries in patients with Takayasu arteritis: A prospective study from a single centre in China. *Arthritis Res Ther*. 2020 Jun 5;22(1).

24. Yang J, Peng M, Shi J, Zheng W, Yu X. Pulmonary artery involvement in Takayasu's arteritis: Diagnosis before pulmonary hypertension. *BMC Pulm Med*. 2019 Nov 27;19(1).

25. Fukuda Y, Shirai K, Takamiya Y, Nathan M, Mito T, Yamagi D, et al. Isolated pulmonary arterial stenosis caused by Takayasu's arteritis in an elderly male. *J Cardiol*. 2008 Jun;51(3):196–200.

26. Brugiere O, Mal H, Sleiman C, Groussard O, Mellot F, Fournier M. Isolated pulmonary arteries involvement in a patient with Takayasu's arteritis. *Eur Respir J*. 1998;11:767–70.

27. Singh JA, Hossain A, Kotb A, Oliveira A, Mudano AS, Grossman J, et al. Treatments for lupus nephritis: A systematic review and network metaanalysis. *J Rheumatol*. 2016;43(10):1801–15.

28. Kitajima T, Marumo S, Shoji T, Huang CL, Yuba Y, Fukui M. Large vessel vasculitis with an isolated lesion of a single-lobe pulmonary artery. *Intern Med*. 2016;55(13):1801–5.

29. Gilmour SM, Dominelli GS, Leipsic JA, Levy RD. Dyspnea due to pulmonary vessel arteritis. *Can Respir J*. 2014;21(3):155–8.

30. Monti S, Ponte C, Carrara G, Rumi F, Hutchings A, Dasgupta B, et al. THU0299 Understanding the heterogeneity of large-vessel vasculitides. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2021 Nov 14];76(Suppl 2):316–7. Available from: https://ard.bmj.com/content/76/Suppl_2/316.3

31. Yoshida M, Watanabe R, Ishii T, Machiyama T, Akita K, Fujita Y, et al. Retrospective analysis of 95 patients with large vessel vasculitis: A single center experience. *Int J Rheum Dis*. 2016;19(1):87–94.

32. Polak M, Grabka M, Wróbel W, Woźniak-Skowerska I, Mizia-Stec K. When Takayasu mimics pulmonary hypertension - Severe pulmonary artery stenosis - What to do? *Kardiologia Pol*. 2021 Sep 30;79(9):1046–7.

33. Liebscher F, Pfammatter T, Kolios A, Greutmann M, Franzen D. Takayasu's Arteritis with Isolated Pulmonary Artery Involvement in a Middle-Aged Asian Woman with Hepatitis B and Latent Tuberculosis In-

fection. *Respiration*. 2017 Feb 1;93(3):207–11.

34. Jiang X, Zhu Y-J, Zhou Y-P, Peng F-H, Wang L, Ma W, et al. Clinical features and survival in Takayasu's arteritis-associated pulmonary hypertension: a nationwide study. *Eur Heart J*. 2021;42(42):4298–305.

Título: **Hipertensão Pulmonar como apresentação inicial da Arterite de Takayasu**

Autores:
Gabriela Zimmermann
Ana Paula Adame
Marcio Augusto Nogueira

1º lugar Relato de Caso - Prêmio Acir Rachid 2021



Título:

A prevalência da dor crônica em estudantes de medicina em uma faculdade no Oeste do Paraná

Autores:

SILVA, *Cláudia Gregorini*¹

LACERDA, *Diogo Cunha*²

ZANIN, *Giovane Douglas*³

LOPES, *Thales Lima*¹

PINHEIRO, *Andrey Felipe de Carvalho*¹

ESPINDOLA, *Eron Celant*¹

RESUMO

Compreende-se como dor crônica uma experiência sensorial e emocional desagradável, com duração superior a três meses. É uma condição relacionada a fatores psicossociais, doenças crônicas e doenças inflamatórias. O objetivo desse trabalho foi determinar a prevalência da dor crônica entre os estudantes de medicina, uma vez que os mesmos se encontram inseridos em um ambiente propício ao desenvolvimento de patologias e grande pressão diária. Dessa forma, o estudo foi realizado por meio da aplicação de questionários aos estudantes do curso de medicina da região oeste do Paraná, do 1º ao 6º ano de graduação, avaliando a prevalência de dores, além de fatores de estresse entre este grupo, idade e período acadêmico que são mais afetados e se algum fator limita a execução de tarefas ou atividades físicas. Os resultados mostraram que 82,2 % dos entrevistados praticam atividade física, a prevalência maior de dor crônica está no 2º, 6º períodos da faculdade com 6,9% e em terceiro lugar o 7º com, 5,9%, além de que as áreas de maior incidência de dor são a coluna (25,6%), cabeça (17,9%) e joelhos (15,3%). Além do mais, os portadores de dor crônica fazem uso em sua maioria de ansiolíticos e antidepressivos (9,9%). Pode-se concluir que é alta a incidência de dor crônica no público estudado, sendo ela de 38,6%, em grande parte são dores intermitentes e com pouca limitação de atividades.

Palavras-chave: experiência sensorial; fatores psi-

cossociais; doenças crônicas; doenças reumáticas.

Introdução

A dor crônica pode ser entendida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, súbita ou insidiosa, de intensidade variável, com término não previsível, relacionada a dano tissular real ou potencial e com curso maior que três meses (RAJA, et al., 2020). Abrange muito além de uma queixa prolongada, sendo uma patologia de mecanismo complexo, que pode ser relacionada a condições emocionais, como estresse, e também a condições orgânicas (COZOLINO, 2002; LINDEN, 2006).

Na maioria das vezes a dor crônica está relacionada a problemas psicológicos e sociais, bem como, a depressão e a ansiedade são casos considerados comuns e conexos da dor crônica e que devem ser constatados e tratados. Sintomas indicadores de depressão, como a redução da qualidade do sono, anorexia, inatividade, anergia, comprometimento da capacidade de concentração, anedonia e ideação suicida, são frequentemente relacionados à dor crônica (NETO et al., 2006). A depressão piora o quadro de dor crônica e a recíproca é verdadeira (PIMENTA et al., 2000).

A dor crônica (DC), não oncológica é classificada como a dor que não possui valor biológico aparente e tem duração maior que o normal da cicatrização do tecido, podendo ser maior que seis meses a duração. Alguns autores consideram maior que três meses de

duração. Essa classificação é feita de acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP).

Os estudantes ao ingressarem em uma universidade, não fazem ideia de toda a responsabilidade que terão de assumir pela frente. Para alunos do curso de medicina, a dificuldade de lidar com todos os desafios se torna um pouco mais complicada, pois é um curso que envolve a parte de sentimentos humanos e isso exige sanidade mental e autocontrole. Ao iniciarem o curso os alunos já começam tendo que lidar com uma intensa carga horária de estudos, além de ter que lidar com situações em aulas práticas e estágios de morte e adoecimento, e diante de todas essas situações, não podem deixar transparecer para professores, alunos, pacientes e que está por volta os seus reais sentimentos (BALDASSIN et al., 2008; TELES-CORREIA & BARBOSA, 2009).

Estudos apontam uma maior prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em estudantes de medicina em comparação a população geral, onde as inúmeras exigências e pressões são condições precipitantes para a aparição destes transtornos psicológicos. Esse cenário contribui para hábitos de vida ruins, o que pode culminar em diferentes doenças (DELLAROSA et al., 2007).

O presente trabalho tem como objetivo determinar

a prevalência de dor crônica em estudantes de um curso de medicina da região Oeste do Paraná.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da pesquisa, foi realizado um estudo observacional transversal de caráter qualitativo com o objetivo de mapear estudantes de medicina portadores de alguma dor crônica e suas implicações.

Os participantes incluídos na pesquisa foram estudantes matriculados no curso de medicina da região oeste do Paraná, do 1º ao 6º ano de graduação, no município de Cascavel – PR, de qualquer faixa etária, sexo e etnia.

Após a submissão e aprovação pelo comitê de ética, os dados foram coletados a partir de um questionário eletrônico elaborado pela equipe de pesquisa, constituído por 19 perguntas e desenvolvido na plataforma Google Forms.

O questionário foi fornecido via whatsapp® para os estudantes. Após esta etapa, foi realizada a tabulação e interpretação dos resultados.

RESULTADOS

Publicamos a seguir tabelas com resultados da pesquisa:

Tabela 1. Características da população estudada por meio de questionário qualitativo. Curso de medicina da região oeste do Paraná. 2021.

Características	n	Porcentagem (%)
Faixa etária		
18 – 25 anos	83	82,2
26 – 30 anos	14	13,8
31 – 40 anos	3	3,0
Maior que 40 anos	1	1,0
Sexo		
Masculino	24	23,8
Feminino	77	76,2
Atividade Física		
Sim	83	82,2
Não	18	17,8
Total de participantes	101	100

Os resultados encontrados do presente estudo mostraram que a maioria dos estudantes estão na faixa etária dos 18 aos 25 anos, são do sexo feminino e praticam atividade física (Tabela 1).

Tabela 2. Prevalência da dor crônica por período acadêmico. Curso de medicina da região oeste do Paraná. 2021.

Período acadêmico	Dor com duração > 6 meses	Porcentagem
1º	0,0	0,0
2º	7,0	6,9
3º	1,0	1,0
4º	4,0	3,4
5º	4,0	3,4
6º	7,0	6,9
7º	6,0	5,9
8º	3,0	3,0
9º	4,0	4,0
10º	3,0	3,0
11º	0,0	0,0
12º	0,0	0,0
Total de participantes	39,0	38,6

Mais de 38% dos estudantes alegaram sentir algum tipo de dor crônica que teve duração superior a 6 meses, com prevalência entre o 2º, 6º e 7º período (Tabela 2).

Tabela 3. Prevalência da dor crônica entre os participantes do sexo masculino. Curso de medicina da região oeste do Paraná. 2021.

Dor crônica no sexo masculino	n	%
Sim	9	37,5
Não	15	62,5
Total	24	100

Tabela 4. Prevalência da dor crônica entre as participantes do sexo feminino. Curso de medicina da região oeste do Paraná. 2021.

Dor crônica no sexo feminino	n	%
Sim	30	39,0
Não	47	61,0
Total	77	100,0

Os membros do sexo masculino relataram uma incidência de 37,5% de dor crônica (Tabela 3), enquanto o sexo feminino a incidência foi de 39%, um pouco a mais em relação aos homens (Tabela 4).

Tabela 5. Uso de medicamentos em portadores e não portadores de dor crônica. Curso de medicina da região oeste do Paraná. 2021.

Medicamentos	Não portadores de dor crônica (%)	Portadores de dor crônica (%)
Antidepressivos e ansiolíticos	8,9	9,9
Levotiroxina	9,0	3,0
Anticoncepcional	20,0	8,0
Topiramato	2,0	1,0
Metformina	1,0	1,0
Isotretinoína	1,0	1,0
Flunarizina	1,0	1,0
Metoprolol	1,0	0,0
Espironolactona	1,0	0,0
Estatina	1,0	1,0
Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina	1,0	1,0
Relaxante muscular	2,0	2,0
Analgésico comum	2,0	2,0
Analgésico opioide	2,0	2,0
Triptanos	2,0	2,0
Derivados da ergotamina	2,0	2,0

A incidência do uso de medicamentos entre os entrevistados é comum, sendo os tipos de fármacos e a frequência com que são utilizados semelhantes entre os portadores de dor e os não portadores. Em contrapartida, o anticoncepcional é o único medicamento mais utilizado por aqueles que não relataram dor. Em âmbito geral, são mais usados entre os entrevistados anticoncepcional e ansiolíticos e antidepressivos. Os ansiolíticos e antidepressivos representam a maior parcela de uso dos portadores de dor crônica (Tabela 5).

Tabela 6. Região do corpo acometida pela dor crônica por mais que 6 meses. Curso de medicina da região oeste do Paraná. 2021.

Localização da dor crônica	n	%
Cabeça	7	17,9
Pescoço	4	10,2
Ombro	5	12,8
Mão	1	2,5
Punho	2	5,1
Coluna	10	25,6
Quadril	1	2,6
Joelho	6	15,3
Perna	3	7,7

As regiões mais afetadas pela dor crônica em ambos os sexos são em sua maior parte, na coluna, seguidas pela cabeça (Tabela 6). Em seguida temos as dores no ombro, joelho, sendo menos frequente a presença de dor nas mãos e no quadril, representando o menor número de afetados.

Tabela 7. Características da dor de cada paciente e impedimentos gerados. Curso de medicina da região oeste do Paraná. 2021.

Características da dor	n	%
Frequência (vezes na semana)		
1-2 vezes na semana	12	30,7
3 vezes na semana ou mais	27	69,2
Período em que aparece		
Manhã	23	59,0
Tarde	7	17,9
Noite	8	20,5
Período do dia em que piora		
Manhã	2	5,1
Tarde	2	5,1
Noite	24	61,5
Mesma intensidade o dia todo	11	28,2
Duração		
Contínua	14	35,9
Intermitente	24	61,5
Impede de realizar alguma atividade		
Sim	9	21,1
Não	13	33,3

Os estudantes sentem a dor numa frequência de 3 vezes na semana ou mais, em sua maioria, sendo mais frequente no período da manhã (Tabela 7). Em menor quantidade são as dores menos frequentes (1-2 vezes na semana) e nos períodos da tarde e da noite, onde é bem similar a ocorrência. O período de maior piora da dor, onde ela se torna mais intensa é a noite, seguida pelos que responderam que a intensidade é a mesma durante todo dia (Tabela 7).

A dor geralmente atinge os estudantes de maneira intermitente, em intervalos diferentes, não se manifestando como contínua em 61% dos casos (Tabela 7). Entre os que responderam, a dor na maioria dos casos não impede a realização de atividades, porém nem sempre facilita a realização. Alguns dos entrevistados relataram dificuldade na escrita, na prática de exercício físico e concentração.

DISCUSSÃO

Dos 101 alunos entrevistados, 38,6% relataram a existência de algum tipo de dor crônica no dia a dia, sendo essa dor aquela que persiste por mais de 6 meses. A incidência maior foi em pessoas do sexo feminino, sendo, portanto, a maioria das entrevistadas também. Da mesma forma, Harstall e Opina (2003) ao realizarem 13 estudos sobre a prevalência de dor crônica na população em geral, observaram que houve de 10 a 55% da população com histórico de dores, representando uma quantidade relativamente alta em alguns grupos estudados. Os mesmos autores revelaram uma prevalência de dor relacionada ao sexo semelhante a esse trabalho.

No estudo de Silva et al. (2017) ao realizarem um

estudo semelhante na Universidade de Taubaté concluíram que a prevalência de dor crônica nos estudantes foi de 35, 69%, resultados semelhantes a esse estudo, bem como perceberam que a região mais afetada nos envolvidos foi a lombar, seguida por joelho e cabeça. Da mesma forma, neste estudo a região mais afetada também foi a lombar, seguida pela cabeça. Resultados semelhantes foram encontrados por Alfieri et al. (2016), Sousa et al. (2017) e Martins et al. (2018), onde a maior prevalência da dor era na região lombar.

Os estudantes de medicina são em grande parte afetados por alguma dor ou doença crônica, necessitando do uso de algum medicamento ou mesmo levando consigo a dor durante o curso. Neste ques-

tionário, a maioria dos medicamentos utilizados pelos entrevistados com dor foram ansiolíticos e antidepressivos, sendo também parte presente nos não portadores de dor crônica. As síndromes funcionais são comuns durante o curso, podendo desencadear algum tipo de dor ou resposta, decorrente em grandes casos pela tensão emocional (PEREIRA et al., 2015).

A prevalência entre universitários é grande, onde principalmente há a ocorrência de dor lombar, coincidentemente sendo de intensidade moderada nos estudantes (MARTINS et al., 2021). Neste presente estudo, também foram relatadas dores intermitentes e que na maioria dos casos não impediam os entrevistados de realizar, na sua maioria, atividades básicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de dor crônica entre os estudantes do curso de medicina no oeste do Paraná, no presente estudo, foi de 38,6%. Dentro da população feminina, 39% relataram que apresentam dor por período superior a 6 meses, sendo maior que a prevalência dentro do sexo masculino, que foi de 37,5%. Além disso, constatou-se que a região mais afetada é a coluna, sendo essas dores em sua maioria intermitentes e com agravamento noturno. Observou-se também que na população portadora de dor crônica, o uso de antidepressivos e ansiolíticos é mais frequente quando comparada aos não portadores. Na maioria dos casos não é limitante na prática de atividades diárias, mas representa incomodo para a maioria dos entrevistados.

Com esse levantamento, estudos futuros podem pesquisar métodos terapêuticos que envolvam a multidisciplinaridade no tratamento da dor crônica, considerando que se trata de uma temática passível de diversas intersecções: Medicina, Psicologia, Educação Física. Além disso, no campo da psicologia, outras pesquisas podem contribuir, investigando: a) as formas mais efetivas de abordar o paciente em crise, de dar o diagnóstico da causa da dor e de acompanhar o tratamento a longo prazo; b) as relações familiares e como oferecer suporte aos parceiros que convivem com pessoas acometidas pela dor crônica, que, porventura, pode ser incapacitante.

BIBLIOGRAFIA

ALFIERI, F. M.; OLIVEIRA, N. C.; SANTANA, I. E. F. C.; FERREIRA, K. M. P.; PEDRO, R. D. M. Prevalência de dor Lombar em universitários da saúde e sua relação com estilo de vida e nível de atividade física. *Revista Inspirar Movimento e Saúde*. 11(4):27-31, 2016.

BALDASSIN, S.; ALVES, T. C. L.; ANDRADE, A. G. The characteristics of depressive symptoms in medi-

cal students during medical education and training: a cross-sectional study. *BMC Med Educ* [online]. 8(60), 2008.

COZOLINO, L. The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain. New York: WW Norton & Company Inc; 2002.

DELLAROZA, M. S.; PIMENTA, C. A.; MATSUO, T. Prevalence and characterization of chronic pain among the elderly living in the community. *Caderno Saude Publica*. 23(5):1151- 60, 2007.

HARSTALL C.; OSPINA, M. How prevalent is chronic pain? *Pain Clinical Updates*. 11(2)1-4, 2003.

LINDEN, D. E. How psychotherapy changes the brain - the contribution of functional neuroimaging. *Mol Psychiatry*. 11(6):528-38, 2006.

NETO, M. R. L.; ELKIS, H. Dor crônica. In: _____. *Psiquiatria básica*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MORAIS, M. L.; SILVA, V. K. O.; SILVA, J. M. N. Prevalence of low back pain and associated factors among physiotherapy students. *Brazilian Journal of Pain*. 1(3):241-7, 2018. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180047>

PIMENTA, C. A. M.; KOIZUMI, M. S.; TEIXEIRA, M. J. Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 34 (1), 2000. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000100010>

RAJA, S. N.; CARR, D. B.; COHEN, M.; FINNERUP, N. B.; FLOR, H.; GIBSON, S.; KEEFE, F. J.; MOGIL, J. S.; RINGKAMP, M.; SLUKA, K. A.; SONG, X-J.; STEVENS, B.; SULLIVAN, M. D.; TUTELMAN, P. R.; USHIDA, T.; VADER, K. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 23, 2020. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939.

SILVA, A. L.; SMAID, K.; PIRES, M. H. R.; PIRES, O. C. Prevalence of chronic pain and associated factors among medical students. *Revista Dor*. São Paulo, 18(2):108-11, 2017.

SOUSA, P. O.; LEAL, S. S.; CARVALHO, M. E. I. M. Lombalgia, hábitos posturais e comportamentais em acadêmicos de Fisioterapia e Psicologia de uma instituição de ensino superior. *Fisioterapia Brasil*. 18(5):563-570, 2017. <https://doi.org/10.33233/fb.v18i5.1551>

TELLES-CORREIA, D.; BARBOSA, A. Anxiety and depression in medicine: models and measurement. Acta Med Port. 22:89-98, 2009.

Autores:

SILVA, Cláudia Gregorini¹

LACERDA, Diogo Cunha²

ZANIN, Giovane Douglas³

LOPES, Thales Lima¹

PINHEIRO, Andrey Felipe de Carvalho¹

ESPINDOLA, Eron Celant¹

Título:

A prevalência da dor crônica em estudantes de medicina em uma faculdade no Oeste do Paraná

¹Aluno do Curso de Medicina do Centro Universitário FAG

²Médico Especialista em Reumatologia.

³Msc em Ciências Farmacêuticas, Coordenador de Medicina e Farmácia, FAG

1º lugar Relato de Caso - Prêmio Acir Rachid 2021



Tornando as vidas melhores, todos os dias. Essa é a UCB

Tudo o que fazemos começa com uma simples questão: como isso fará a diferença na vida das pessoas?

Nossos medicamentos tratam milhares de pessoas em todo o mundo, por isso é vital que as ouçamos para entender melhor suas necessidades clínicas, econômicas, sociais e pessoais. Não tratamos apenas de doenças, cuidamos de pessoas.

Os pacientes nos inspiram a valorizá-los por meio da ciência mais avançada, de medicamentos mais inovadores e de soluções mais práticas. Nossa paixão pela ciência nos impulsiona a desenvolver medicamentos inovadores que façam diferença na vida das pessoas.

CONHEÇA O PROGRAMA DE SUPORTE AO PACIENTE LILLY

A Lilly está ao seu lado na jornada por uma **MELHOR QUALIDADE DE VIDA!**

Através do Programa de Suporte ao Paciente Lilly você poderá receber:*



Informações importantes para iniciar o tratamento com confiança.



Materiais educativos e dicas para melhorar seu estilo de vida.



Suporte informativo para acesso ao medicamento.*



Acompanhamento periódico do tratamento.

Lilly

FAÇA SEU CADASTRO **0800 701 0444**
ou pelo sac_brasil@lilly.com

* Verifique os medicamentos participantes através do 0800 701 0444.

Material destinado exclusivamente para profissionais habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos. PP-IX-BR-0756 Março/2022

Acompanhe a SPR
no Instagram:



@reumatopr

Acompanhe a SPR
no Facebook:



fb.com
/SociedadeParanaense
deReumatologia

Título:

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

Autores:

Gabriel Caetano Pereira¹

Valderílio Feijó Azevedo²

Natália Pereira Machado³

Local de realização:

Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR)

RESUMO

As Espondiloartrites (EpA) representam um grupo de doenças reumáticas que compartilham características clínicas, radiológicas, epidemiológicas e genéticas, que as distinguem claramente de outras enfermidades inflamatórias musculoesqueléticas. No entanto, existem diferenças importantes entre elas no aspecto clínico e de dano estrutural que devem ser esclarecidas para que o tratamento seja individualizado.

OBJETIVOS

Comparar 3 grupos de pacientes brasileiros com diagnóstico estabelecido de espondiloartrite axial: pacientes com espondilite anquilosante (EA), artrite psoriásica (AP) com acometimento axial e espondiloartrite axial não radiográfica (EpA NR), com relação a características clínicas (dados demográficos, de atividade de doença e positividade do alelo HLA-B27) e de exames de imagem (avaliação de lesões estruturais na radiografia de colunas e articulações sacroilíacas (SI)).

DESENHO E MÉTODOS

Estudo retrospectivo, transversal, observacional, cujos critérios de inclusão foram pacientes de ambos os sexos, com mais de 18 anos de idade, atendidos entre janeiro de 2016 e novembro de 2021, que preencheram critérios diagnósticos de espondi-

loartrite axial, conforme os critérios ASAS de 2009 (Rudwaleit et al., 2009) para EpA axial não radiográfica, critérios de Nova Iorque modificados de 1984 para espondilite anquilosante (Linden et al., 1984), critérios CASPAR de 2006 (Helliwell & Taylor, 2005) para o grupo de artrite psoriásica porém com comprometimento axial concomitante. Foram coletadas dos prontuários informações clínicas, questionários específicos das doenças e analisadas as radiografias de colunas cervical, lombar e sacroilíacas por médico reumatologista especialista em espondiloartrites.

RESULTADOS

Houve maior prevalência do sexo masculino e de portadores do gene HLA-B27 no grupo EA ($p < 0,001$ e $p = 0,01$, respectivamente) e de história familiar positiva, doença inflamatória intestinal e tendência a maior número de pacientes com fibromialgia no grupo EpA axial NR ($p = 0,004$, $p = 0,002$ e $p = 0,007$ respectivamente). Pacientes com artrite psoriásica axial tiveram mais artrite ($p < 0,001$) e uma tendência a ter mais dactilite ($p = 0,062$). Observou-se uma média de idade maior e tendência a maior comprometimento funcional (BASFI) no grupo APS ($p = 0,05$ e $p = 0,066$ respectivamente), tempo de doença menor no grupo EpA axial NR ($p = 0,02$). Ao se comparar os grupos EA e AP quanto ao dano radiográfico (teste do qui-quadrado), observou-se uma tendência a maior mSASSS no grupo EA ($p = 0,066$). Já o grupo AP apresentou

comprometimento mais assimétrico de sacroilíacas na radiografia de bacia ($p=0,007$) e teve tendência a ter mais pacientes com acometimento radiográfico isolado de coluna ($p=0,068$). No modelo de regressão logística houve associação do sexo feminino com presença de fibromialgia ($p<0,001$) e na regressão linear houve associação do mSASSS com o BASMI e BASFI ($p<0,001$).

CONCLUSÃO

Pacientes com espondiloartrite axial se diferem consideravelmente em alguns aspectos, sendo a EA caracterizada por maior influência do sexo masculino, genética (HLAB27+) e maior dano radiográfico; AP axial com maior comprometimento periférico e funcional e EpA axial NR com maior prevalência do sexo feminino e menor tempo de doença. No entanto, se assemelham quanto ao ônus da doença (atividade e inflamação) e necessidade de tratamento.

INTRODUÇÃO

O termo espondiloartrites (EpA) engloba grupo de artropatias inflamatórias crônicas inter-relacionadas, que incluem a espondilite anquilosante (EA), artrite psoriásica (AP), artrite reativa, enteroartropatia, espondiloartrite indiferenciada e a espondiloartrite axial não radiográfica (EpA axial NR). No entanto, desde 2011 a Sociedade Internacional de Estudo em Espondiloartrites ("Assessment of Spondyloarthritis International Society" – ASAS) adotou um novo critério para classificar este grupo de doenças em duas categorias: espondiloartrite axial e periférica. (Feld et al., 2018).

Em um estudo brasileiro, conduzido de 2006 até 2007, com 28 centros universitários brasileiros com 1036 pacientes com diagnóstico de EpA, 72,3% tinham o diagnóstico de EA, seguidos por artrite psoriásica (13,7%), EpA indiferenciada (6,3%), artrite reativa (3,6%), EpA juvenil (3,1%) e artrite relacionada à doença inflamatória intestinal (1,0%). Houve predomínio de pacientes do sexo masculino (73,6%) e brancos (59,5%). Doença axial pura foi observada em 36,7% dos pacientes, enquanto o padrão misto (axial, periférico e entesal) foi observado em 47,9%. (Sampaio-Barros, 2011). A EA representa a clássica manifestação das EpA axiais, por ser uma doença inflamatória predominantemente da coluna vertebral (espondilite) e das articulações sacroilíacas (sacroiliíte) capaz de levar a anquilose (calcificação e perda da amplitude de movimento da mesma). A AP acomete cerca de 30% dos pacientes com psoríase. O fenótipo da AP é, na maioria dos casos, de acometimento de articulações, ênteses e tendões periféricos (artrite, entesite e dactilite), no entanto 5% dos pacientes desenvolvem forma puramente axial e cerca de 50% possuem o

acometimento tanto axial quanto periférico. (Solmaz et al., 2019) (Feld et al., 2018).

A prevalência de EA varia de 0.03-1.4% de acordo com a população estudada. O mesmo para a psoríase, 0.2-6.5% e desses, 30% aproximadamente desenvolvem APS. (Feld et al., 2018) Ao se analisar a casuística brasileira portadora do diagnóstico de espondiloartrites, 72.3% possuíam espondilite anquilosante, 13.7% APS, 6.3% espondiloartrites indiferenciadas. (Lopes Gallinaro et al., 2010).

Apesar da descrição do acometimento axial na AP, sua apresentação é heterogênea, com grupo de pacientes completamente assintomáticos e outros com quadro de dor lombar inflamatória intensa se assemelhando a EA. Por isso, sugere-se que mesmo os pacientes com artrite psoriásica não apresentem dor lombar inflamatória, sejam submetidos a exame radiológico axial, pois embora sejam pouco sintomáticos, podem evoluir para progressão radiográfica, e anquilose, assim como os sintomáticos (Chandran, 2019).

Além da heterogeneidade na apresentação clínica entre EA e AP axial, as alterações radiográficas também apresentam diferenças significativas, já documentadas em vários estudos (Michelen et al., 2020).

Devido a progressão de acometimento aparentemente mais lenta, poucos estudos relatam mais detalhes da característica axial da AP. O mesmo vale para a análise de ressonância magnética (RNM) de pacientes com acometimento axial. Por ser uma população ainda pouco estudada em suas características mais intrínsecas, não existem critérios de classificação específicos para este grupo, dificultando muitas vezes o diagnóstico e a inclusão em ensaios clínicos terapêuticos

Em um estudo clínico do tipo transversal com mais de seis países com pacientes maiores de 18 anos, com 244 pacientes com diagnóstico de artrite psoriásica pelo critério CASPAR e 198 pacientes com espondilite anquilosante pelos critérios modificados de Nova Iorque, avaliou-se o fenótipo radiográfico de pacientes com EpA axial e se há interferência do HLA-B27. Dos pacientes, 47% eram HLA-B27 positivos e em sua maioria homens, jovens, com maior duração de doença, com escores de atividade clínico e radiográfico (BASDAI, PASRI, mSASSS) em maior atividade. Radiograficamente, pacientes HLA-B27 negativos tinham menos acometimento de sacroilíacas e menos anquilose. Já os positivos tinham maior envolvimento de acometimento vertebral com sindesmófitos maiores e simétricos. (Coates et al., 2020).

OBJETIVO

Comparar os achados demográficos, de atividade de doença, positividade do alelo HLA-B27 e dano ra-

diográfico entre 3 grupos (EA, AP e EpA axial NR) em uma coorte de centro terciário brasileiro.

DESENHO E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, observacional, no qual foram selecionados 31 pacientes portadores de artrite psoriásica (classificados pelos critérios de CASPAR de 2006) com concomitante envolvimento axial (sacroilite /ou espondilite) ou com psoríase e espondiloartrite pelo critérios ASAS de 2009, 23 pacientes portadores de espondiloartrite axial não radiográfica (ASAS, 2009) sem psoríase e 47 pacientes portadores de espondilite anquilosante (Nova lorque, 1984) do ambulatório de espondiloartrites do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo comitê de ética desta instituição (CEP nº CAAE 39133220700000096). Foram avaliadas medidas demográficas (sexo, etnia, idade, IMC, ocupação, atividade física, hábitos de vida- informações sobre tabagismo e atividade física); dados clínicos da doença de base (tempo de doença, tipo de envolvimento articular, história familiar de EpA, presença de manifestação extra-articular, índices de atividade, mobilidade e função já validados para as doenças e coletados dados sobre exames laboratoriais como presença do alelo HLA-B27 e provas de atividade inflamatória (VHS e PCR) em prontuário. Foram avaliados os exames de radiografia lateral de coluna cervical e lombar para cálculo do MSASSS por reumatologista especialista em espondiloartrites.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação da atividade e gravidade da doença já padronizados pela literatura internacional e validados no Brasil: BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index); ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score); BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index); BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index); mSASSS (MODIFIED STOKE ANKYLOSING SPONDYLITIS Spine Score), Escore de SPARCC

(Spondyloarthritis Research Consortium of Canada Magnetic Resonance Imaging Index).(Garrett et al., 1994) (Van Der Heijde et al., 2009)(Calin et al., 1994) (Jenkinson et al., 1994)(Creemers et al., 2005) (Maksymowych et al., 2005).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Apresentados dados descritivos por meio de porcentagens, médias e desvios-padrão, aplicados testes do qui quadrado e exato de Fisher para análise de variáveis categóricas, teste t de Student para comparar variáveis contínuas entre 2 grupos e ANOVA entre 3 grupos. Modelos de regressão logística

e linear foram aplicados para variáveis categóricas e contínuas respectivamente. Foi utilizado o software SPSS 25.0, um valor de $p < 0,05$ considerado significativo e $0,05 > p > 0,10$ foi considerada tendência a estatisticamente significativo.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Idade maior que 18 anos e capacidade de compreender e aceite do termo de consentimento esclarecido; apresentar diagnóstico das doenças supracitadas por no mínimo 2 anos.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Apresentar sobreposição com outras doenças reumáticas imunomediadas.

RESULTADOS

As características demográficas dos grupos foram expressas em porcentagens, médias e desvio-padrão (tabela1). Nos testes do qui-quadrado e exato de Fisher houve maior prevalência do sexo masculino e de portadores do gene HLA-B27 no grupo EA ($p < 0,001$ e $p = 0,01$ respectivamente) e de história familiar positiva, doença inflamatória intestinal e tendência a maior número de pacientes com fibromialgia no grupo EpA axial NR ($p = 0,004$, $p = 0,002$ e $p = 0,007$ respectivamente). Não houve diferença estatística com relação a cor da pele, uveíte e entesite entre os grupos.

Pacientes com AP axial tiveram mais artrite ($p < 0,001$) e uma tendência a ter mais dactilite ($p = 0,062$). Houve baixa adesão a exercícios físicos nesta amostra (em torno de 20%) assim como de tabagismo (12,4%) e os pacientes com APS tiveram mais fatores de risco cardiovascular ($p < 0,001$).

Após análise ANOVA observou-se uma média de idade maior e tendência a maior comprometimento funcional (BASFI) no grupo AP ($p = 0,05$ e $p = 0,066$ respectivamente), tempo de doença menor no grupo EpA axial NR ($p = 0,02$). As demais variáveis contínuas foram semelhantes entre os grupos (tabela 2).

Não houve diferença entre os grupos quanto ao uso atual de AINES e imunobiológicos (IB). Mais da metade dos pacientes com APS tiveram falha ao primeiro IB, mas sem diferença estatística comparado aos outros grupos. Os IBs mais utilizados atualmente foram: etanercepte na EA, secuquinumabe na AP e igualmente infliximabe e adalimumabe na EpA axial NR, sem diferença estatística entre eles (tabela 3).

Ao se comparar os grupos EA e APS quanto ao dano radiográfico (teste do qui quadrado), observou-se uma tendência a maior mSASSS no grupo EA ($p = 0,066$). Já o grupo AP apresentou comprometimento mais assimétrico de sacroilíacas na radiografia de bacia ($p = 0,007$) e teve tendência a ter mais pacientes com acometimento radiográfico isolado de

coluna ($p=0,068$).

No modelo de regressão logística houve associação do sexo feminino com presença de fibromialgia ($p<0,001$) e na regressão linear houve associação do mSASSS com o BASMI e BASFI ($p<0,001$).

DISCUSSÃO

Neste estudo temos uma amostra brasileira da região sul de 101 pacientes portadores de EpA com média de idade de 48,1 anos, tempo de doença em média de 16 anos e um atraso diagnóstico de 6 anos, já bem documentado na literatura (Citera et al., 2021). Notou-se predominância com sexo masculino, cor de pele branca e sobrepeso. Nenhum paciente reportou cor de pele preta, apenas branca e parda, o que diverge de coortes brasileiras com maior representatividade de outras regiões do país (Skare et al., 2012), onde além de maior proporção de afro-brasileiros (31,3%) houve diferença entre os grupos étnicos (como maior acometimento de quadril e enteses nestes últimos).

Artrite periférica foi bastante prevalente (45,9%), assim como outras coortes brasileiras (Skare et al., 2012), o que reforça o fato de que pacientes latino-americanos têm mais comprometimento periférico que europeus (Weisman et al., 2010).

A manifestação extra-musculoesquelética mais comum foi a psoríase (31,3%) seguida da uveíte anterior aguda (20%) e doença inflamatória intestinal (6,3%). A maioria das casuísticas latino americanas trazem a uveíte como mais comum, em uma proporção semelhante, porém neste estudo foi observado maior prevalência de psoríase, semelhante a coorte argentina (Bautista-Molano et al., 2018), e outra coorte brasileira (Ribeiro et al., 2019) talvez por maior representatividade de indivíduos de origem caucasiana no sul do Brasil, semelhante à população argentina..

Em média os pacientes se apresentaram com doença ativa (BASDAI >4), mais especificamente alta atividade de doença (ASDAS PCR $>2,1$), não havendo diferença entre os grupos. Em uma coorte brasileira de 1492 pacientes portadores de EpAs (da Costa et al., 2015) que apresentou média semelhante de BASDAI (4,2) sendo neste caso maior em mulheres, sedentários e presença de artrite associada porém, assim como no presente estudo, sem diferença entre as doenças, reforçando que o ônus da doença é muito semelhante entre os grupos de EpA axial.

Houve um predomínio do uso de imunobiológicos em detrimento de AINES (83,3% e 41,3% respectivamente), sem diferença entre os grupos. Esses achados diferem de demais trabalhos brasileiros que mostram um uso de 44,7% em média, de imunobiológicos (Simioni et al., 2019). Uso de AINES foi um pouco inferior à média dos países latinoamericanos (68-98%) como em uma metanálise recente (Citera et al., 2021)

mas semelhante a outra casuística brasileira 32% (Simioni et al., 2019).

Pacientes com EA apresentaram maior prevalência de HLAB27+ e do sexo masculino, como esperado. Embora não tenha ocorrido diferença do BASMI entre os grupos, é sabido que pacientes com EA têm mais comprometimento da mobilidade axial por terem mais acometimento de elementos posteriores da coluna (interapofisárias) do que pacientes com APS axial (Feld et al., 2018).

Pacientes portadores de artrite psoriásica axial tiveram maior idade e maior número de fatores de risco cardiovascular, como esperado. Além disso, tiveram mais artrite periférica e provavelmente por isso, tendência a um maior comprometimento funcional (BASFI). Sabe-se que o número de articulações periféricas acometidas é um fator de risco para o comprometimento axial na artrite psoriásica, ao contrário das outras espondiloartrites, onde não há relação aparente entre artrite periférica e comprometimento axial (Gottlieb & Merola, 2021).

Ao se comparar com AP, pacientes com EA tiveram tendência a apresentar maior dano radiográfico na coluna (mSASSS), o que já está bem documentado na literatura (Feld et al., 2019). Além disso, observou-se neste estudo no grupo AP, como já sugerido em outras casuísticas (Coates et al., 2020) sacroilíte radiográfica mais assimétrica, assim como o comprometimento isolado de coluna vertebral (10,7%). Enquanto na EA e EpA NR o acometimento de sacroilíacas, seja por radiografia ou ressonância magnética, é quase mandatório, cerca de 91,5% e numa proporção maior do que o acometimento de coluna (espondilite), na AP axial, cerca de 35% dos pacientes apresentam-se com espondilite e sem acometimento de sacroilíacas (Michelena et al., 2020).

A EpA NR nesta amostra se caracterizou por menor tempo de doença e maior representatividade do sexo feminino (porém sem significância estatística), assim como já citado em outros estudos (López-Medina et al., 2019). Além disso, houve maior prevalência de história familiar positiva de EpA, casos de doença inflamatória intestinal e tendência de mais casos de fibromialgia associada. Em estudos nacionais, envolvendo artrite relacionada às doenças inflamatórias intestinais, observou-se o mesmo padrão de doença que na EpA NR do presente estudo, ou seja, menor média de doença, menor prevalência de sacroilíte radiográfica, maior frequência do gênero feminino. (Resende et al., 2013).

Este estudo tem falhas como o desenho retrospectivo e um número de pacientes relativamente pequeno. Contudo tem importância frente à escassez de estudos brasileiros comparando grupos de espondiloartrite axial, com avaliação clínica e radiográfica

completa.

Pode-se concluir portanto que, neste estudo, pacientes com espondiloartrite axial se diferem consideravelmente em alguns aspectos, sendo a EA caracterizada por maior influência do sexo masculino, genética (HLAB27+) e maior dano radiográfico; APS

axial com maior comprometimento periférico e funcional e EpA axial NR maior prevalência de sexo feminino e fibromialgia associada. No entanto, o ônus da doença (dor, inflamação) são semelhantes, assim como a necessidade e resposta ao tratamento.

TABELA 1- DADOS DEMOGRÁFICOS

Variável	EA (N=47)	AP axial (N=31)	EpA axial NR (N=23)	Total (101)	p*
Idade (a)	46.8 (± 8.51)	52.9 (±11.92)	44.2 (±10.21)	48,1 (±10,49)	0,005
Sexo masculino	76,6%	61,3%	26,1%	60,4%	<0,01
IMC (kg/m ²)	29.2 (±4.93)	29.3 (±5.34)	26.8 (±5.77)	28,7 (±5,32)	0.212
Tempo de doença (a)	18,0 (± 9,47)	16,2 (±8,42)	10,7 (±11,40)	15,7 (±9.95)	0,002
Atraso diagnóstico (a)	7,1 (±6,97)	5,0 (±6,27)	5,1 (±7,97)	6,0 (±7,03)	0,350
Cor pele branca	74.5%	74.2%	87.0%	77.2%	0,482
HLA-B27 positivo	77.3%	42.1%	47.6%	61.9%	0,010
Uveíte	21.7%	9.7%	30.4%	20.0%	0,165
Psoríase	6.4%	90.0%	4.5%	31.3%	<0,01
Entesite	53.3%	36.7%	50.0%	47.4%	0,367
Artrite	30.4%	76.7%	36.4%	45.9%	<0,01
Tabagismo	17.9%	10.7%	4.5%	12.4%	0.320
Uso de imunobiológicos	76.6%	30.0%	19.0%	83.3%	0.184
Uso de AINES	48.8%	26.7%	47.6%	41.3%	0.143
Falha 1 IB	38,3%	51,7%	36,8%	42,1%	0,45
Falha 2 IB	15,2%	27,6%	5,3%	17%	0,116

*Testes: qui quadrado e exato de Fisher. EA: espondilite anquilosante; AP: artrite psoriásica; EpA axial NR: espondiloartrite axial não radiográfica.

TABELA 2. PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO CLÍNICA E RADIOGRÁFICA

Variável	EA (N=47)	AP axial (N=31)	EpA axial NR (N=23)	Total (N=101)	p*
BASDAI	7.19 (±2.09)	4.71 (±2.17)	3.96 (±2.26)	4.30 (±2,15)	0,423
BASMI	4.33 (±1.89)	4,06 (±1.62)	3,28 (±1.20)	4.03 (±1,72)	0,107
BASFI	4.62 (±2.72)	6.01 (±2.39)	4.41 (±2.46)	5.04 (±2.63)	0,059
ASDAS PCR	2.90 (±1.05)	3.21 (±0.99)	2.84 (±1.74)	2.98 (±1.22)	0,474
mSASSS	16.88 (±18.09)	13.59 (±13.78)	-	-	0,066
mSASSS cervical	8.215 (±10.66)	7.71 (±7.74)	-	-	0,027
mSASSS lombar	8.81 (±11.22)	4.73 (±7.87)	-	-	0,001
Sacroiliíte Grau 4	40.9 %	26.7 %	-	35.1%	0,208
Sacroiliíte assimétrica	13.6%	38.5%	-	22.9%	0,017
Espondilite isolada	0	10,7%	-	4,5%	0,068

*Testes: qui quadrado e exato de Fisher. EA: espondilite anquilosante; AP: artrite psoriásica; EpA axial NR: espondiloartrite axial não radiográfica.

TABELA 3- USO DE IMUNOBIOLOGICOS

Imunobiológico	EA	APS	EpANR	Total
Nenhum	7 (4.9%)	4 (13.3%)	1 (5.3%)	12 (12.5%)
Infliximabe	7 (14.9%)	3 (10.0%)	5 (26.3%)	15 (15.6%)
Etanercepte	10 (21.3%)	4 (13.3%)	0 (0.0%)	14 (14.6%)
Adalimumabe	9 (19.1%)	7 (6.6%)	5 (4.2%)	21 (21.9%)
Golimumabe	3 (6.4%)	2 (6.7%)	2 (10.5%)	7 (7.3%)
Certolizumabe pegol	4 (8.5%)	0 (0.0%)	3 (15.8%)	7 (7.3%)
Secuquinumabe	6 (12.8%)	9 (30.0%)	3 (15.8%)	18 (18.8%)
Ixequizumabe	1 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)
Ustequinumabe	0 (0.0%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)

 Teste exato de Fisher, $p=0,213$

REFERÊNCIAS

Calin, A., Garrett, S., Whitelock, H., O’Hea, J., Mallorie, P., & Jenkinson, T. (1994). A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: The development of the bath ankylosing spondylitis functional index. *Journal of Rheumatology*, 21(12), 2281–2285.

Castillo-Gallego, C., Aydin, S. Z., Emery, P., McGonagle, D. G., & Marzo-Ortega, H. (2013). Magnetic resonance imaging assessment of axial psoriatic arthritis: Extent of disease relates to HLA-B27. *Arthritis and Rheumatism*, 65(9), 2274–2278. <https://doi.org/10.1002/art.38050>

Chandran, V. (2019). Psoriatic spondylitis or ankylosing spondylitis with psoriasis: same or different? In *Current opinion in rheumatology* (Vol. 31, Issue 4, pp. 329–334). NLM (Medline). <https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000609>

Coates, L. C., Baraliakos, X., Blanco, F. J., Blanco-Morales, E., Braun, J., Chandran, V., Luiz Fernandez-

Sueiro, J., FitzGerald, O., Gallagher, P., Gladman, D. D., Gubar, E., Korotaeva, T., Loginova, E., Lubrano, E., Mulero, J., Pinto, J., Queiro, R., Sanz, J., Szentpetery, A., & Helliwell, P. S. (2020). The phenotype of axial spondyloarthritis: is it dependent on HLA-B27 status? *Arthritis Care & Research*, 0–2. <https://doi.org/10.1002/acr.24174>

Creemers, M. C. W., Franssen, J. A. M., Van ’t Hof, M. A., Gribnau, F. W. J., & Van De Putte, B. A. (2005). Assessment of outcome in ankylosing spondylitis: an extended radiographic scoring system. *Ann Rheum Dis*, 64, 127–129. <https://doi.org/10.1136/ard.2004.020503>

Feld, J., Chandran, V., Haroon, N., Inman, R., & Gladman, D. (2018). Axial disease in psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: A critical comparison. *Nature Reviews Rheumatology*, 14(6), 363–371. <https://doi.org/10.1038/s41584-018-0006-8>

Garrett, S., Jenkinson, T., Kennedy, L. G., Whitelock, H., Gaisford, P., & Calin, A. (1994). A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath

Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *The Journal of Rheumatology*, 21(12), 2286–2291. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7699630>

Helliwell, P. S., & Taylor, W. J. (2005). Classification and diagnostic criteria for psoriatic arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64(SUPPL. 2), ii3. <https://doi.org/10.1136/ard.2004.032318>

Jenkinson, T. R., Mallorie, P. A., Whitelock, H. C., Kennedy, L. G., Garrett, S. L., & Calin, A. (1994). Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS Metrology Index. *The Journal of Rheumatology*, 21(9), 1694–1698. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7799351>

Linden, S. Van Der, Valkenburg, H. A., & Cats, A. (1984). Evaluation of Diagnostic Criteria for Ankylosing Spondylitis. *Arthritis & Rheumatism*, 27(4), 361–368. <https://doi.org/10.1002/art.1780270401>

Lopes Gallinaro, A., Ventura, C., Degraça, P., Barros, S., & Gonçalves, R. (2010). Espondiloartrites: Análise de uma série brasileira comparada a uma grande casuística ibero-americana (estudo RESPONDIA). In *Rev Bras Reumatol* (Vol. 50, Issue 5).

Maksymowych, W. P., Inman, R. D., Salonen, D., Dhilon, S. S., Williams, M., Stone, M., Conner-Spady, B., Palsat, J., & Lambert, R. G. W. (2005). Spondyloarthritis Research Consortium of Canada magnetic resonance imaging index for assessment of sacroiliac joint inflammation in ankylosing spondylitis. *Arthritis Care and Research*, 53(5), 703–709. <https://doi.org/10.1002/art.21445>

Michelena, X., Poddubnyy, D., & Marzo-Ortega, H. (2020). Axial Psoriatic Arthritis: A Distinct Clinical Entity in Search of a Definition. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 46(2), 327–341. <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2020.01.009>

Resende, G. G., Meirelles, E. D. S., Marques, C. D. L., Chierighin, A., Lyrio, A. M., Ximenes, A. C., Saad, C. G., Gonçalves, C. R., Kohem, C. L., Schainberg, C. G., Campanholo, C. B., Bueno Filho, J. S. D. S., Pierucetti, L. B., Keiserman, M. W., Yazbek, M. A., Palominos, P. E., Goncalves, R. S. G., Lage, R. D. C., Assad, R. L., ...

Sampaio-Barros, P. D. (2020). The Brazilian Society of Rheumatology guidelines for axial spondyloarthritis - 2019. *Advances in Rheumatology*, 60(1), 1–35. <https://doi.org/10.1186/s42358-020-0116-2>

Rudwaleit, M., Van Der Heijde, D., Landewé, R., Lis-

ting, J., Akkoc, N., Brandt, J., Braun, J., Chou, C. T., Collantes-Estevez, E., Dougados, M., Huang, F., Gu, J., Khan, M. A., Kirazli, Y., Maksymowych, W. P., Mielants, H., Sørensen, I. J., Ozgocmen, S., Roussou, E., ... Sieper, J. (2009). The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): Validation and final selection. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 68(6), 777–783. <https://doi.org/10.1136/ard.2009.108233>

Sampaio-Barros, P. D. (2011). Epidemiology of spondyloarthritis in Brazil. *American Journal of the Medical Sciences*, 341(4), 287–288. <https://doi.org/10.1097/MAJ.0b013e31820f8caf>

Solmaz, D., Kalyoncu, U., Tinazzi, I., Bakirci, S., Bayindir, O., Dogru, A., Dalkilic, E., Kimyon, G., Ozisler, C., Cetin, G. Y., Kilic, L., Omma, A., Can, M., Yilmaz, S., Erden, A., & Aydin, S. Z. (2019). Current smoking is increased in axial psoriatic arthritis and radiographic sacroiliitis. *The Journal of Rheumatology*, jrheum.190722. <https://doi.org/10.3899/jrheum.190722>

Tabela 200: População residente, por sexo, situação e grupos de idade - Amostra - Características Gerais da População. (n.d.). Retrieved June 5, 2020, from <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/200>

van den Berg, R., de Hooge, M., van Gaalen, F., Reijnders, M., Huizinga, T., & van der Heijde, D. (2013). Percentage of patients with spondyloarthritis in patients referred because of chronic back pain and performance of classification criteria: Experience from the spondyloarthritis caught early (SPACE) cohort. *Rheumatology (United Kingdom)*, 52(8), 1492–1499. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ket164>

Van Der Heijde, D., Lie, E., Kvien, T. K., Sieper, J., Van Den Bosch, F., Listing, J., Braun, J., & Landewe, R. (2009). ASDAS, a highly discriminatory ASAS-endorsed disease activity score in patients with ankylosing spondylitis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 68(12), 1811–1818. <https://doi.org/10.1136/ard.2008.100826>

Bautista-Molano, W., Landewé, R., Burgos-Vargas, R., Maldonado-Cocco, J., Moltó, A., Van Den Bosch, F., Valle-Oñate, R., Dougados, M., & Van Der Heijde, D. (2018). Prevalence of Comorbidities and Risk Factors for Comorbidities in Patients with Spondyloarthritis in Latin America: A Comparative Study with the General Population and Data from the ASAS-COMOSPA Study. *The Journal of Rheumatology*, 45(2), 206–212. <https://doi.org/10.3899/JRHEUM.170520>

Citera, G., Bautista-Molano, W., Peláez-Ballestas, I., Azevedo, V. F., Perich, R. A., Méndez-Rodríguez, J. A., Cutri, M. S., & Borlenghi, C. E. (2021). Prevalence, demographics, and clinical characteristics of Latin American patients with spondyloarthritis. In *Advances in Rheumatology* (Vol. 61, Issue 1, pp. 1–12). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s42358-020-00161-5>

Coates, L. C., Baraliakos, X., Blanco, F. J., Blanco-Morales, E., Braun, J., Chandran, V., Luiz Fernandez-Sueiro, J., FitzGerald, O., Gallagher, P., Gladman, D. D., Gubar, E., Korotaeva, T., Loginova, E., Lubrano, E., Mulero, J., Pinto, J., Queiro, R., Sanz, J., Szentpetery, A., & Helliwell, P. S. (2020). The phenotype of axial spondyloarthritis: is it dependent on HLA-B27 status? *Arthritis Care & Research*, 0–2. <https://doi.org/10.1002/acr.24174>

da Costa, I. P., Bortoluzzo, A. B., Gonçalves, C. R., da Silva, J. A. B., Ximenes, A. C., Bértolo, M. B., Ribeiro, S. L. E., Keiserman, M., Menin, R., Skare, T. L., Carneiro, S., Azevedo, V. F., Vieira, W. P., Albuquerque, E. N., Bianchi, W. A., Bonfiglioli, R., Campanholo, C., Carvalho, H. M. S., Pinto Duarte, A. L. B., ... Sampaio-Barros, P. D. (2015). Avaliação do desempenho do BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) numa coorte brasileira de 1.492 pacientes com espondiloartrites: Dados do Registro Brasileiro de Espondiloartrites (RBE). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 55(1), 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.05.005>

Feld, J., Ye, J. Y., Chandran, V., Inman, R. D., Haroon, N., Cook, R., & Gladman, D. D. (2019). Is axial psoriatic arthritis distinct from ankylosing spondylitis with and without concomitant psoriasis? *Rheumatology*. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kez457>

Gottlieb, A. B., & Merola, J. F. (2021). Axial psoriatic arthritis: An update for dermatologists. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 84(1), 92–101. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.05.089>

López-Medina, C., Ramiro, S., Van Der Heijde, D., Sieper, J., Dougados, M., & Molto, A. (2019). Characteristics and burden of disease in patients with radiographic and non-radiographic axial Spondyloarthritis: A comparison by systematic literature review and meta-analysis. *RMD Open*, 5(2), 1–9. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2019-001108>

Resende, G. G., Lanna, C. C. D., Bortoluzzo, A. B., Gonçalves, C. R., Sampaio-Barros, P. D., da Silva, J. A. B., Ximenes, A. C., Bértolo, M. B., Ribeiro, S. L. E., Keiserman, M., Menin, R., Skare, T. L., Carneiro, S., Aze-

vedo, V. F., Vieira, W. P., Albuquerque, E. N., Bianchi, W. A., Bonfiglioli, R. B., Campanholo, C., ... Valim, V. (2013). Artrite enteropática no Brasil: Dados do registro brasileiro de espondiloartrites. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 53(6), 452–459. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2013.04.001>

Ribeiro, S. L. E., de Campos, A. P. B., Palominos, P. E., Bortoluzzo, A. B., da Costa, M. A. C., de Oliveira Ribeiro, T., & Sampaio-Barros, P. D. (2019). Different ethnic background is associated with distinct clinical profiles in the spondyloarthritis in the North and South of Brazil. *Clinical Rheumatology*, 38(1), 195–203. <https://doi.org/10.1007/s10067-018-3997-2>

Simioni, J., Skare, T. L., Campos, A. P. B., Kotze, L., Messias-Reason, I., Ioshii, O., & Nishihara, R. (2019). Fecal Calprotectin, Gut Inflammation and Spondyloarthritis. *Archives of Medical Research*, 50(1), 41–46. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2019.04.003>

Skare, T. L., Bortoluzzo, A. B., Gonçalves, C. R., Braga Da Silva, J. A., Ximenes, A. C., Bértolo, M. B., Ribeiro, S. L. E., Keiserman, M., Menin, R., Carneiro, S., Azevedo, V. F., Vieira, W. P., Albuquerque, E. N., Bianchi, W. A., Bonfiglioli, R., Campanholo, C., Carvalho, H. M. S., Costa, I. P., Duarte, A. P., ... Sampaio-Barros, P. D. (2012). Ethnic Influence in Clinical and Functional Measures of Brazilian Patients with Spondyloarthritis. *The Journal of Rheumatology*, 39(1), 141–147. <https://doi.org/10.3899/JRHEUM.110372>

Weisman, M., Leach, T. J., Baraliakos, X., Chandran, V., Gladman, D. D., Raychaudhuri, S. P., Xu, H., Collantes-Estévez, E., Vázquez-Mellado, J., Mease, P. J., Sieper, J., Deodhar, A. A., Colbert, R. A., & Clegg, D. O. (2010). Current Controversies in Spondyloarthritis: SPARTAN. *The Journal of Rheumatology*, 37(12), 2617–2623. <https://doi.org/10.3899/JRHEUM.100890>

¹ Médico residente de reumatologia do CHC-UFPR.

² Médico reumatologista, professor, doutor em reumatologia e chefe do ambulatório de espondiloartrites do CHC-UFPR.

³ Médica reumatologista, mestre em reumatologia e preceptora do ambulatório de espondiloartrites do CHC-UFPR.

EXPERIÊNCIA BRASILEIRA APÓS FALHA
DE DMARDS CONVENCIONAIS
NA ARTRITE REUMATOIDE^{1,2}

XELJANZ[®]
citrato de tofacitinibe

MAIS DE 6 ANOS DE EXPERIÊNCIA NO BRASIL³



Estudos clínicos comprovando eficácia³⁻¹⁰



9,5 anos de dados publicados de segurança⁹



Melhora nos desfechos reportados pelos pacientes (PROs) a partir de 3 dias¹⁰ e eficácia sustentada^{9,10}



Disponível no SUS para tratamento da artrite reumatoide e da artrite psoriásica^{11,12}



**Posologia para o
paciente de AR ou APs¹**

1 Comprimido 5mg
2X ao dia¹

COMPRIMIDO¹

- SEM injeções¹
- SEM infusões¹
- SEM jejum¹

SUS: Sistema Único de Saúde; APs: Artrite Psoriásica; AR: Artrite Reumatoide

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1. Bula de Xeljanz, aprovada pela ANVISA, disponível em www.pfizer.com.br/bulas/xeljanz. 2. DOU Xeljanz: 08/12/2014, acesso em 01/06/2021, disponível em <https://www.jurbrasil.com.br/diarios/81951279/dou-suplemento-secao-1-08-12-2014-pg-13>. 3. Fleischmann, R., et al. (2012). "Placebo-controlled trial of tofacitinib monotherapy in rheumatoid arthritis." *New England Journal of Medicine* 367(10): 495-507. 4. Van Vollenhove, R., et al. (2012). "Tofacitinib or adalimumab versus placebo in rheumatoid arthritis." *New England Journal of Medicine* 367(10): 508-519. 5. 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. 6. Kerner, 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. 7. 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. 8. 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): 457-466. 9. Vollenhove, R., 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. 10. Strand, V., et al. (2015). "Effects of tofacitinib monotherapy on patient-reported outcomes in a randomized phase 3 study of patients with active rheumatoid arthritis and inadequate responses to DMARDs." *Arthritis research & therapy* 17(1): 307. 11. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide e da Artrite idiopática Juvenil (PCDT 2020). Acessado em 12/06/2021, disponível em http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PortariaConjunta_05_PCDT_ArtriteReumatoideJuvenil_2020.pdf. 12. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Psoriásica. Acessado em 01/06/2021, em http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Protocolos/20210531_PCDT_min_artrite_psoiastica.pdf

XELJANZ (citrato de tofacitinibe) 5 mg ou 10 mg, uso oral. **Indicações:** uso adulto para pacientes com: artrite reumatoide ativa moderada a grave que apresentaram uma resposta inadequada a um ou mais medicamentos modificadores do curso da doença (DMARDs), artrite psoriásica ativa que apresentaram uma resposta inadequada ou intolerância a medicamentos que bloqueiam o fator de necrose tumoral (TNF) e com colite ulcerativa ativa moderada a grave com uma resposta inadequada, perda de resposta ou intolerância a corticosteroides, azatioprina (AZA), 6 mercaptopurina (6-MP) ou antagonistas do fator de necrose tumoral (TNF). **Contraindicações:** Hipersensibilidade ao Xeljanz[®] ou a qualquer componente da formulação, pacientes com tuberculose ativa, infecções graves, como seps, ou infecções oportunistas, insuficiência hepática grave, e pacientes grávidas ou que estejam amamentando. **Advertências e Precauções:** Não iniciar Xeljanz[®] em pacientes com uma infecção ativa, incluindo infecções localizadas. Deve-se avaliar e testar quanto à presença de tuberculose latente ou ativa antes e por diretrizes aplicáveis durante a administração de Xeljanz[®]. Considerar terapia antituberculose 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 seps. Cautela ao tratar idosos e diabéticos devido à maior incidência de infecções, e também em pacientes com histórico de doença pulmonar crônica já que podem estar mais propensos a infecções. Casos de reativação do vírus do herpes (por exemplo, herpes zoster) foram observados em estudos clínicos com Xeljanz[®]. O risco de herpes zoster parece ser maior em pacientes japoneses e coreanos. Cautela nos pacientes com maior risco de perfuração gastrintestinal. Tromboembolismo venoso (TEV) foi observado em pacientes que tomavam Xeljanz[®] em ensaios clínicos e relatórios pós-comercialização. Avalie os pacientes quanto a fatores de risco para TEV. Cautela em pacientes com fatores de risco conhecidos para fraturas, como idosos, sexo feminino e uso de corticosteroides. Pacientes com colite ulcerativa, devem usar a menor dose efetiva e Xeljanz[®] 10 mg duas vezes ao dia deve ser usado pelo menor tempo necessário para alcançar/manter a resposta terapêutica. Deve-se ter cuidado no tratamento de idosos, fumantes ou ex-fumantes e com outros fatores de risco cardiovascular. Considerar os riscos e os benefícios do tratamento com Xeljanz[®] antes de iniciar a terapia em pacientes com uma malignidade atual ou um histórico de malignidade que não seja câncer de pele não melanoma tratado com êxito ou ao considerar continuar o Xeljanz[®] em pacientes que desenvolvam uma malignidade. Não é recomendado iniciar o tratamento em pacientes com contagem baixa de linfócitos (menos de 500 células/mm³) devido a uma maior incidência de infecções. Não é recomendado iniciar o tratamento em pacientes com contagem absoluta de neutrófilos (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 hemoglobina (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. O tratamento com Xeljanz[®] foi associado com um aumento da incidência de elevação das enzimas hepáticas e 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 foram observadas em pacientes que receberam Xeljanz[®], alguns eventos foram graves e muitos ocorreram em pacientes com histórico de alergias múltiplas. Se ocorrer uma reação de hipersensibilidade grave, interrompa prontamente o uso de tofacitinibe enquanto avaliar a causa ou as causas potenciais da reação. Recomenda-se que vacinas vivas não sejam administradas concomitantemente com Xeljanz[®]. A segurança e eficácia de Xeljanz[®] não foram estabelecidas em menores de 18 anos de idade. **Gravidez:** Categoria de Risco D: Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. Informe imediatamente seu médico em caso de suspeita de gravidez. **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:** Reação Comum (ocorre entre 1% e 10% dos que utilizam o medicamento): pneumonia, gripe, herpes zoster, infecção do trato urinário, sinusite, bronquite, nasofaringite, faringite, anemia, cefaleia, hipertensão, tosse, dor abdominal, vômitos, diarreia, náusea, gastrite, dispepsia, rash, artralgia, parestesia, edema periférico, fadiga, aumento de creatina fosfoquinase no sangue. Reação Incomum (ocorre entre 0,1% e 1% dos que utilizam o medicamento): tuberculose, diverticulite, pielonefrite, celulite, herpes simples, gastroenterite viral, infecção viral, câncer de pulmão, cânceres de pele não melanoma, leucopenia, linfopenia, neutropenia, dislipidemia, hiperlipidemia, desidratação, insônia, parestesia, infarto do miocárdio, dispnéia, congestão sinusal, esteatose hepática, eritema, prurido, dor musculoesquelética, inchaço articular, tendinite, aumento de enzimas hepáticas, aumento de transaminases, teste de função hepática anormal, aumento de gama glutamiltransferase, aumento de creatinina no sangue, aumento de colesterol no sangue, aumento do LDL-colesterol, aumento de peso, distensão de ligamento, distensão muscular, tromboembolismo venoso. Reação Rara (ocorre entre 0,01% e 0,1% dos que utilizam o medicamento): seps, uroseps, tuberculose disseminada, fascite necrotizante, bacteremia, bacteremia estafilocócica, pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, pneumonia pneumocócica, pneumonia bacteriana, encefalite, infecção micobacteriana atípica, infecção por citomegalovírus, artrite bacteriana, linfoma. Muito Rara (ocorre abaixo de 0,01% dos que utilizam o medicamento): tuberculose do sistema nervoso central, meningite criptocócica, infecção pelo complexo *Mycobacterium avium*. Desconhecida (frequência não pode ser estimada a partir dos dados disponíveis): hipersensibilidade ao medicamento, angioedema, urticária. **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: cetoconazol) 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 coadministração com indutores potentes de CYP pode resultar em perda ou redução da resposta clínica (ex: rifampicina). **Posologia:** Artrite Reumatoide: Xeljanz[®] pode ser usado como monoterapia ou em combinação com metotrexato ou outros DMARDs não biológicos. A dose recomendada é 5 mg, duas vezes ao dia. Artrite Psoriásica: dose recomendada de Xeljanz[®] é de 5 mg administrada duas vezes ao dia, em combinação com DMARDs sintéticos convencionais (csDMARDs). Colite ulcerativa: dose recomendada de Xeljanz[®] é de 10 mg duas vezes ao dia para indução por pelo menos 8 semanas e 5 mg duas vezes ao dia para manutenção. Nenhum ajuste de dose é necessário em pacientes com 65 anos de idade ou mais, ou com comprometimento renal leve ou com comprometimento hepático leve. Se comprometimento renal ou hepático moderado, a dosagem deve ser reduzida para 5 mg duas vezes ao dia se o paciente estiver tomando 10 mg duas vezes ao dia e para 5 mg uma vez ao dia se o paciente estiver tomando 5 mg duas vezes ao dia. 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-dialítico. **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_55). Documentação científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica mediante solicitação. Wyeth Indústria Farmacêutica Ltda. Rua Alexandre Dumas, 1.860 – Chácara Santo Antônio, São Paulo – SP – CEP 04717-904 Tel.: 0800-0160625. www.pfizer.com.br Wyeth é uma empresa do Grupo Pfizer.

INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA MAIS FREQUENTE: NÃO UTILIZAR O PRODUTO EM COMBINAÇÃO COM MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS E IMUNOSSUPRESSORES POTENTES COMO AZATIOPRINA OU CICLOSPORINA. **CONTRAINDICAÇÃO MAIS FREQUENTE:** HIPERSENSIBILIDADE AO XELJANZ[®] OU A QUALQUER COMPONENTE DE SUA FORMULAÇÃO.

Wyeth
Grupo Pfizer

SaC
0800-0160625
www.wyeth.com.br

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO

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

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

Pfizer

ENCARE DE FRENTE

e modifique a progressão da doença, retardando o declínio da função pulmonar.¹

A **fibrose pulmonar** é uma das principais causas de morte nas doenças reumáticas autoimunes²

DPI associada à Esclerose Sistêmica



*pacientes fictícios

DPI associada à Artrite Reumatoide



DPI associada à Miosites



DPI associada à DMTc



OFEV® (nintedanibe) **retarda a progressão da fibrose pulmonar**, reduzindo em até **61%** o declínio da função pulmonar³.

Saiba mais em: www.referenciadocientifica.com.br

Referências: 1. Bula profissional de Ofev® (eslatato de nintedanibe). Versão aprovada pela ANVISA em 07/Jan/2021; 2. Wells AU, Denton CP. Interstitial lung disease in connective tissue disease: mechanism and management. Nat Rev Rheumatol. 2014;10(12):728-39; 3. Flaherty KR, Wells AU, Cottin V, Devaraj A, Walsh SLF, Inoue Y, et al. Nintedanib in progressive fibrosing interstitial lung diseases. N Engl J Med. 2019;381(18):1718-27.

OFEV® (eslatato de nintedanibe) - uso adulto. Apresentação: cápsulas de 100 mg e 150 mg - embalagens com 60 cápsulas moles. Indicação: tratamento e retardo da progressão da Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI), tratamento da doença pulmonar intersticial associada à esclerose sistêmica (DPI-ES) e para o tratamento de outras doenças pulmonares intersticiais (DPIs) fibrosantes crônicas com fenótipo progressivo. Também indicado em combinação com o docetaxel para o tratamento de pacientes com câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) localmente avançado, metastático ou recorrente, com histologia de adenocarcinoma, após primeira linha de quimioterapia à base de platina. Contraindicações: em casos de hipersensibilidade conhecida ao nintedanibe, amendoim, soja ou a qualquer excipiente do produto e durante a gravidez. Reações adversas: FPI: diarreia, náuseas e vômitos, dor abdominal, diminuição do apetite, perda de peso, aumento das enzimas hepáticas, sangramento, rash e cefaleia. DPI-ES: diarreia, náuseas, vômitos, dor abdominal, diminuição do apetite, perda de peso, aumento das enzimas hepáticas, sangramento, hipertensão e cefaleia. Outras DPIs fibrosantes crônicas com fenótipo progressivo: diminuição do apetite, perda de peso, sangramento, hipertensão, diarreia, náuseas, dor abdominal, vômitos, aumento das enzimas hepáticas, lesões hepáticas induzidas por droga, rash e cefaleia. CPNPC: neutropenia (incluindo neutropenia febril), desequilíbrio eletrolítico, diminuição de apetite, sangramento, diarreia, náusea, vômito, dor abdominal, aumento de enzimas hepáticas e bilirrubina, mucosite, rash, neuropatia periférica, alopecia, sepsis, abscesso, desidratação, hipertensão, tromboembolismo venoso, tromboticopenia, perda de peso, prurido e cefaleia. Reações adversas incomuns: FPI: aumento de fosfatase alcalina (FA) sanguínea, hiperbilirrubinemia, hipertensão, pancreatite, tromboticopenia, lesões hepáticas induzidas por drogas, prurido e alopecia. DPI-ES: tromboticopenia, lesões hepáticas induzidas por droga, rash, prurido. Outras DPIs fibrosantes crônicas com fenótipo progressivo: tromboticopenia, pancreatite, hiperbilirrubinemia, prurido, e alopecia e proteinúria. CPNPC: perfuração gastrointestinal, pancreatite, lesões hepáticas induzidas por drogas. Precauções: Diarreia deve ser tratada com hidratação adequada e medicamentos antidiarreicos (como loperamida) e pode exigir a redução da dose ou interrupção do tratamento; se vômitos persistirem mesmo com tratamento de suporte adequado (incluindo terapia antiemética), pode ser necessário reduzir ou interromper o tratamento. Diarreia e vômitos podem levar a desidratação com ou sem distúrbios eletrolíticos, a qual pode evoluir para prejuízo da função renal. Valores de transaminases hepáticas e bilirrubina séricas devem ser avaliados antes do início do tratamento, periodicamente ou quando clinicamente indicado. Não deve ser usado em pacientes com insuficiência hepática moderada e grave (Child-Pugh B e C, respectivamente). Se qualquer elevação nos testes hepáticos estiver associada com sinais ou sintomas clínicos de danos hepáticos, por exemplo, icterícia, o tratamento com OFEV® deve ser permanentemente descontinuado. Causas alternativas de elevações nas enzimas hepáticas devem ser investigadas. Tratar pacientes com maior risco cardiovascular, incluindo doença arterial coronária conhecida, requer cuidados. A interrupção do tratamento deve ser considerada em pacientes com sinais ou sintomas de isquemia miocárdica aguda, assim como de síndrome nefrótica. Pacientes com risco conhecido para sangramento somente devem ser tratados se o benefício superar o risco. Cuidados particulares devem ser tomados quando se tratam pacientes que passaram por cirurgia abdominal prévia, têm histórico recente de perfuração de órgão oco, histórico prévio de úlcera péptica, doença diverticular ou que estejam recebendo concomitantemente corticosteroides ou anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs). Portanto, OFEV somente deve ser iniciado pelo menos 4 semanas após a cirurgia maior incluindo cirurgia abdominal. Não deve ser usado em gestantes, pois pode causar dano fetal (categoria D), ou em lactantes. Mulheres em idade fértil devem ser aconselhadas a evitar a gravidez durante o tratamento com OFEV e a utilizar métodos contraceptivos altamente eficazes durante e pelo menos até 3 meses após a última dose. Atualmente ainda não se sabe se o nintedanibe pode reduzir a eficácia de contraceptivos hormonais e, portanto, mulheres que utilizam este método devem adicionar um método de barreira. Não há indicação do uso em crianças e adolescentes. Interações: O uso dos seguintes medicamentos pode aumentar ou reduzir o efeito do tratamento com nintedanibe: cetozazolol, eritromicina, rifampicina, carbamazepina, fenitoína e erva-de-são-jão. Posologia: FPI, DPI-ES e outras doenças fibrosantes crônicas com fenótipo progressivo: 150 mg por via oral de 12 em 12 h junto com água e alimentos. A dose para tratamento de FPI, de DPI-ES ou de outras doenças fibrosantes crônicas com fenótipo progressivo em pacientes com insuficiência hepática leve (Child-Pugh A) é de 100 mg duas vezes ao dia. CPNPC: 200 mg por via oral de 12 em 12 h. Ajustes de dose: além do tratamento sintomático, o manejo dos efeitos colaterais pode incluir a redução da dose, interrupção temporária ou suspensão do tratamento. NECESSIDADE DE REFRIGERAÇÃO (conservar entre 2°C e 8°C) e manter na embalagem original para proteger da umidade. Bula aprovada pela ANVISA em 22/06/2020. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. MS 1.0367.0173. Boehringer Ingelheim do Brasil Química e Farmacêutica Ltda.

CONTRAINDICAÇÃO: EM CASOS DE HIPERSENSIBILIDADE CONHECIDA AO NINTEDANIBE, AMENDOIM, SOJA OU A QUALQUER EXCIPIENTE DO PRODUTO E DURANTE A GRAVIDEZ. INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: O USO DOS SEGUINTE MEDICAMENTOS PODE AUMENTAR OU REDUZIR O EFEITO DO TRATAMENTO COM NINTEDANIBE: CETOCONAZOL, ERITROMICINA, RIFAMPICINA, CARBAMAZEPINA, FENITOÍNA E ERVA-DE-SÃO-JOÃO.



Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos.
PC-BR-104490. Abril de 2022



Acompanhe a Sociedade Paranaense de Reumatologia na Internet



reumatologiapr.com.br



@reumatopr



SociedadeParanaensedereumatologia



HOMENAGEM: *Dr. José Vicente Garcia Veloz*



No dia 20 de janeiro de 2022, aos 73 anos, nosso querido professor nos deixou. Dr. José Vicente Garcia Veloz havia se aposentado da Universidade Estadual de Londrina em 01/06/2020, após ter sido docente por 36 anos nesta instituição.

Participou da formação de inúmeros alunos e 28 reumatologistas, desde 1997, quando a residência em reumatologia foi criada na UEL, até 2020.

Ele foi responsável pelo ambulatório de osteoporose e posteriormente pelo ambulatório de artrite reumatoide. Durante muitos anos, promoveu as reuniões científicas mensais da reumatologia, que eram seguidas de agradável confraternização entre os colegas e alunos. Nestas, ele fazia questão de telefonar para cada um dos ex-residentes que tinham se fixado na cidade ou arredores para convidá-los. Era uma pessoa carismática, bem-humorada, inteligente, com espírito de liderança e inovação muito apreciado pelos residentes.

Os docentes e seus ex-alunos da Universidade Estadual de Londrina agradecem sua inestimável colaboração durante sua carreira docente e sentiremos saudades.

A Sociedade Paranaense de Reumatologia registra o seu aplauso e homenagem ao Professor Doutor José Vicente Garcia Veloz.







Entrevista com o
DR. LEONARDO MICHAELIS SCHMIDT

Dr. LEONARDO MICHAELIS SCHMIDT *reumatologista*

O Dr. Leonardo Michaelis Schmidt é reumatologista em Toledo, Paraná.

À REUMATO EM REVISTA falou sobre o seu hobby, a música.

Quando começou seu interesse pela música? Quais as suas motivações e atividades como músico?

Ele fala também sobre medicina e a família.



Dr. Leonardo Michaelis Schmidt

DR. LEONARDO MICHAELIS SCHMIDT

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Fez residência médica em Reumatologia no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Paraná.

Especialista em Reumatologia pela Sociedade Brasileira de Reumatologia – SBR e Especialista em Densitometria Óssea pelo Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR (RQE: 18460).

Tem habilitação em Ultrassonografia Reumatológica pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) e em Ultrassonografia Musculoesquelética pela Sociedade Brasileira de Ultrassonografia (SBUS).

Coordena cursos e mentoria em Ultrassom Reumatológico: Curso Descomplicando o Ultrassom na Reumatologia On-Line; Curso Descomplicando o Ultrassom na Artrite Reumatoide On-Line, e Mentoria US Reumato.

Professor da disciplina de Reumatologia do curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG) – Cascavel, Paraná (de 2015 a 2021).

Membro da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR); da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR); da Associação Médica do Paraná (AMP); da Associação Médica Brasileira (AMB); da Associação Brasileira de Avaliação Óssea e Osteometabolismo (Abrasso).

Presidiu a Associação Médica de Toledo (AMT), gestão 2014-2017.



Música, o hobby

REMATO EM REVISTA: Como iniciou a paixão pela música?

DR. LEONARDO: Ainda quando criança costumava ouvir os discos de vinil dos Beatles que meu irmão tinha em casa, além daquelas músicas épicas dos anos 80 que tocavam na rádio. Acredito que foi ali que iniciou meu interesse pela música.

Quando eu tinha 10 anos, meu irmão ganhou um violão da nossa tia. Nessa época surgiu o interesse em poder tocar um instrumento, Depois disso veio a primeira guitarra e outros modelos de violões. Tornou-se um prazeroso hobby, mesmo que com o aprendizado feito de forma autodidática.

REMATO EM REVISTA: Quais as motivações atuais?

DR. LEONARDO: Atualmente o que mais me motiva na música é poder tocar com nossa banda de médi-

cos aqui de Toledo-PR, a “Doctor Drake”, além das apresentações em nosso evento beneficente anual chamado “Doctors in Concert”, organizado pela Associação Médica de Toledo com o apoio de diversas empresas locais.

No campo da reumatologia a minha grande paixão é a Ultrassonografia reumatológica, a qual pratico diariamente em meu consultório, além de também ensinar outros colegas médicos por meio de meus cursos e mentoria na área.

REMATO EM REVISTA: Vc compõe ou só executa? Vc canta?

DR. LEONARDO: No momento apenas executo canções de minhas bandas e artistas preferidos. Gosto também de cantar junto com o violão ou a guitarra. Mas não descarto a possibilidade de um dia compor músicas próprias.

REMATO EM REVISTA: Em relação a profissão, qual seu interesse atual e o espaço para sua família?

DR. LEONARDO: Quanto à profissão de médico reumatologista, a exerço em meu consultório por meio de atendimentos de consultas, exames de densitometria óssea e a minha grande paixão na área que é a “ultrassonografia reumatológica”. Nessa mesma “subespecialidade” tenho também programas de treinamento em ultrassom reumatológico para outros colegas médicos interessados em aprender do zero ou se aprimorar nesse universo!

Tento intercalar da melhor maneira meu tempo entre todas essas atividades: profissionais, a música e a família!



Banda Dr. Drake no evento Doctors 2020

Reumato em Revista



número 7

ARTIGO:

O impacto da guerra da Ucrânia na saúde humana e na medicina

Autor:

Valderílio Feijó Azevedo

Reumatologista, professor adjunto doutor em Reumatologia da UFPR

Coordenador da Comissão de Biotecnologia da SBR

Chefe do Serviço de Reumatologia do Hospital Santa Cruz - Rede D'Or



É notório que a invasão da Ucrânia pela Rússia já é considerada uma das crises humanitárias mais devastadoras da história recente. O mundo deixa lentamente uma pandemia global provocada pelo atual coronavírus e suas diferentes mutações e a guerra no leste europeu agrava ainda mais problemas originados durante essa pandemia além de criar desnecessariamente vários desafios globais em quase todos os setores do conhecimento e da produção humana, com forte impacto nas relações internacionais entre países, na economia relacionada à produção de gás e petróleo, na agricultura e também na medicina e saúde. Dados do Alto Comissariado para os Direitos Humanos demonstram que a guerra tem

levado ao deslocamento de mais de quatro milhões de cidadãos ucranianos a partir do dia 30 de março, juntamente com milhares de vítimas civis, incluindo centenas de mortes. Danos materiais sofridos pela Ucrânia não podem ser imediatamente substituídos e muito menos a irreparável perda de vidas humanas.

A guerra inicia uma era de desafios à saúde de residentes ucranianos que tiveram acesso limitado às instituições de saúde- lembrando que milhares de unidades de saúde estão localizadas próximas às zonas de conflito, sofrendo ataques militares quase diários, além de gerar um forte impacto no desenvolvimento da medicina em geral, como as limitações impostas a ensaios clínicos multicêntricos. Recentemente uma

publicação no British Medical Journal advertiu que o conflito armado e o deslocamento humano provocado pela guerra podem aumentar o número de casos de tuberculose e outras doenças infecciosas na Europa como um todo. Outros problemas de saúde pública são possíveis, pois com a pandemia, apesar das diversas colaborações internacionais, pudemos observar uma distribuição desigual de testes diagnósticos, tratamentos de apoio e de vacinas entre os países de alta renda e de baixa renda.

A guerra sempre foi um grande obstáculo para a pesquisa médica pois estudos médicos realizados em zonas de conflitos, raramente foram considerados cientificamente válidos. A fuga de milhares de cidadãos ucranianos para países próximos é um notório exemplo. De acordo com o banco de dados de ensaios clínicos do FDA (Food and Drug Administration) existem centenas de testes clínicos em andamento com sites de pesquisa na Ucrânia. Desses ensaios, cerca de 117 envolvem intervenções relacionadas ao câncer, outras intervenções para doenças como esclerose múltipla, esquizofrenia, infecção por Covid-19 e doenças reumatológicas autoimunes.

Além de privar pacientes de tratamentos aos quais normalmente não teriam acesso, é provável que lacunas obtidas com dados desses ensaios possam prejudicar a confiabilidade dos seus resultados. As infraestruturas de saúde e pesquisa ainda se recuperam do impacto da pandemia e os recursos se tornam ainda mais escassos durante um conflito no qual pessoas fogem e deixam de colaborar como participantes de estudos em andamento. É importante lembrar que a Ucrânia tem sido considerada pela comunidade científica há várias décadas como um centro importante de produção e colaboração em ensaios clínicos da indústria farmacêutica e médico-hospitalar, além de grande produção científica médica própria originada na academia. Antes do conflito com a Rússia, o país tinha diversos centros de pesquisas com alta capacidade de recrutamento e sua força de trabalho médica e de investigação clínica era respeitável com forte reputação de confiabilidade dos dados de pesquisa coletados no país. Alguns gigantes da indústria farmacêutica possuíam procedimentos para lidar com uma possível escalada da guerra, mas várias dessas companhias tem se manifestado sobre a real possibilidade de paralisação de seus estudos e o possível impacto para a coleta de dados e análise de eficácia e segurança de medicamentos ainda em teste.

Como a guerra no leste europeu nos impacta para além das questões somente militares e de soberania entre nações? Mortes e lesões físicas, resultantes da violência extrema do conflito nos chamam a atenção quase todos os dias pela TV e outros meios de comunicação. Podemos ainda inclusive imaginar o

grande stress e deterioração da saúde física e mental de pessoas nas zonas de guerra. Todos os dias terríveis cenas do cotidiano do conflito nos fazem imaginar o quão desumana é a deterioração das condições de vida da população e os danos à infraestrutura do país. A guerra nos parece muito próxima pois a Ucrânia é um país com profundas raízes no Brasil em função de forte imigração de seus cidadãos, especialmente para a região sul. Particularmente, o Estado do Paraná recebeu de braços abertos ucranianos que decidiram recomeçar ou continuar suas vidas em nossas terras. O povo ucraniano nos ajudou a engrandecer nossa agricultura, a gastronomia e o comércio, enriquecendo ainda mais a miscigenada cultura brasileira.

A pandemia arrefeceu, porém não acabou totalmente pois medidas sanitárias continuam sendo úteis em muitos centros no mundo, vide o caso recente de Shanghai, na China. Será possível que surtos de Covid-19 se tornem consequências imediatas do conflito na Ucrânia e regiões circunvizinhas? Felizmente, não temos certeza! Todavia nos assusta também o risco real de uma escalada da guerra com emprego de armas químicas e nucleares. Conhecemos os efeitos devastadores destas armas para pessoas e para o meio-ambiente pois temos exemplos contundentes do século passado quando armas nucleares foram utilizadas e deixaram marcas profundas de sofrimento levando ao aparecimento de tumores, doenças crônicas, morte imediata de milhares de seres humanos e de animais além de prejuízos irreparáveis à natureza. Para nós médicos bem como para a comunidade em geral, é essencial que haja, de forma célere, um consenso para acabar o conflito armado e assim evitar mais autodestruição. Se a guerra continuar e armas químicas e nucleares forem empregadas, os resultados serão danos incalculáveis com efeitos a curto, médio e longo prazo aos Sistemas de Saúde já combalidos pela pandemia. Com essa perspectiva sombria, dificilmente a guerra deixaria vencedores e nós, brasileiros, estaremos juntos entre os perdedores, por mais distante em termos geográficos que a guerra da Ucrânia esteja de nosso país. Assim, é nosso desejo mais profundo que o conflito armado cesse imediatamente!

REUMATO

Em Revista

Fale com a gente:
Dr. Valderílio Feijó Azevedo
E-mail: valderilio@hotmail.com

Secretaria da SPR:
reumatopr@gmail.com

Acompanhe a
Sociedade Paranaense de Reumatologia
na Internet



reumatologiapr.com.br



@reumatopr



SociedadeParanaensedereumatologia



SOCIEDADE
PARANAENSE DE
REUMATOLOGIA

NA REUMATOLOGIA CONTE COM':



Artrite Reumatoide (AR)

EFICÁCIA: Mais que o dobro de redução da dor e melhora da capacidade funcional, comparado com MTX.²

RESPOSTA SUSTENTADA:

75,6% dos pacientes tratados atingem remissão em 10 anos.³

Artrite Idiopática Juvenil (AIJ)

RESPOSTA RÁPIDA: **62%** dos pacientes atingiram ACR Pedi 30 já na semana 2.*⁴

RESPOSTA SUSTENTADA:

A resposta clínica foi mantida em **6 anos**.⁴



Espondilite Anquilosante (EA)

RESPOSTA RÁPIDA:

58,2% dos pacientes alcançaram ASAS 20 em 12 semanas.⁵

RESPOSTA SUSTENTADA:

89% atingiram ASAS 20 após 5 anos.⁶



Artrite Psoriásica (APS)

EFICÁCIA:

Redução de **40%** da dor pelo EVA em apenas 4 semanas.

Redução rápida e sustentada da dor ao longo de 9 anos em estudo de vida real.⁷

RESPOSTA RÁPIDA NO SCORE ACR:

58% de resposta ACR20 na semana 12 de tratamento.⁸



* Na análise observada | **Referências:** 1. Bula do produto HUMIRA® AC (adalimumabe); AbbVie. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp 2. Elaborado a partir de: Keystone EC et al., Radiographic, Clinical, and Functional Outcomes of Treatment With Adalimumab (a Human Anti-Tumor Necrosis Factor Monoclonal Antibody) in Patients With Active Rheumatoid Arthritis Receiving Concomitant Methotrexate Therapy. A Randomized, Placebo-Controlled, 52-Week Trial. Arthritis Rheum 2004;50:1400-11. 3. Adaptado a partir de: Keystone EC et al., Long-term Effect of Delaying Combination Therapy with Tumor Necrosis Factor Inhibitor in Patients with Aggressive Early Rheumatoid Arthritis: 10-year Efficacy and Safety of Adalimumab from the Randomized Controlled PREMIER Trial with Open-label Extension. The Journal of Rheumatology 2014; 41:5-14. 4. Lovell DJ, Brunner HI, Reiff AO, et al. Long-term outcomes in patients with polyarticular juvenile idiopathic arthritis receiving adalimumab with or without methotrexate. RMD Open. 2020;6(2):e001208. doi:10.1136/rmdopen-2020-001208. 5. Van der Heijde D, Kivitz A, Schiff MH, et al. Efficacy and safety of adalimumab in patients with ankylosing spondylitis: results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Arthritis Rheum 2006;54(7):2136-46. 6. Sieper J, Van der Heijde D, Dougados M, et al. Early response to adalimumab predicts long-term remission through 5 years of treatment in patients with ankylosing spondylitis Ann Rheum Dis. 2012;71:700-6. 7. Chiricozzi A, Zangrilli A, Bavetta M, Bianchi L, Chimenti S, Saraceno R. Real-life 9-year experience with adalimumab in psoriasis and psoriatic arthritis: results of a single-centre, retrospective study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017;31(2):304-311. 8. Mease PJ, Gladman DD, Ritchlin CT, et al. Adalimumab for the treatment of patients with moderately to severely active psoriatic arthritis: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. Arthritis Rheum. 2005;52(10):3279-3289.

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



AbbVie Line
Central de Relacionamento
0800 022 2843
www.abbvie.com.br

Material destinado exclusivamente a profissionais prescritores da área da saúde. Todos os Direitos reservados. Este material é protegido por D. Autorais e por outras Leis de proteção de propriedade intelectual. Qualquer reprodução total ou parcial, alteração, compartilhamento ou uso impróprio deste conteúdo sem autorização prévia da empresa é expressamente proibido. Para acessar a minibula do produto Humira® AC (adalimumabe), **clique aqui**. Esta página é parte integrante do material BR-HUM-220047 não devendo ser interpretada/utilizada de forma isolada. Material aprovado e disponibilizado em Março/2022. BR-HUM-220047.

abbvie

REUMATO

Em Revista

Apoio:

abbvie



SANDOZ A Novartis Division



Wyeth
Grupo Pfizer



Revista científica digital da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR)
Presidente: Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas | E-mail: antoniocmribas@gmail.com
Editor: Valderílio Feijó Azevedo - E-mail: valderilio@hotmail.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