

REUMATO

em Revista

Tratamento das uveítes nas
doenças reumatológicas:
abordagens atuais e novas
perspectivas

Imunoglobulina endovenosa
no tratamento de miopatia
inflamatória associada à
esclerose sistêmica

O olhar sensível que
preserva memórias e
ensina sobre empatia
nos clicks de Antônio
Carlos M. Ribas

Agenda SPR,
gastronomia, cultura
e muito mais



DRA. CAROLINA DE SOUZA MÜLLER

Presidente da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR)

Presidente

É com imensa honra e alegria que abracei este desafio à frente da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR). Assumir a presidência é, para mim, motivo de grande orgulho e também de responsabilidade, especialmente em um momento tão vibrante para a nossa sociedade – já com muitos projetos e eventos estabelecidos de outras gestões.

Temos uma agenda repleta de iniciativas que refletem o compromisso com a educação continuada, além da valorização do reumatologista paranaense – contamos com diversos eventos que são muito mais do que momentos de atualização profissional, e sim, oportunidades valiosas de reencontro e confraternização - aspectos que consideramos fundamentais para fortalecer nossa sociedade. Trabalharemos sempre para que a SPR seja não apenas um espaço de aprimoramento técnico, mas também de acolhimento e amizade entre seus membros.

Neste ano, destacam-se o tradicional Curso de Residentes, que segue como uma das principais portas de entrada para a titulação dos novos profissionais; as reuniões mensais, que continuam sendo espaços de aprendizado e troca científica; o Simpósio do Interior do Paraná - que em 2025 será realizado em Cascavel, aproximando a sociedade dos colegas que atuam fora da capital; além do Curso de Infiltração, a nossa Jornada Paranaense – ReumAtiva, os simpósios e mini meetings que reforçam a excelência do calendário da SPR.

Temos como prioridade incentivar a presença e a participação ativa de todos os reumatologistas paranaenses, e também dos recém-formados. Queremos que os jovens especialistas se tornem membros efetivos da SPR, participem ativamente das reuniões e sintam-se parte essencial da sociedade.

Para facilitar o acesso, implementamos um novo formato para as reuniões mensais que contam além dos encontros presenciais, de aulas gravadas e disponibilizadas na área interna do site da SPR. Nosso endereço digital está passando por um processo de reestruturação para se tornar ainda mais funcional, atrativo e de fácil navegabilidade.

Agradeço a todos que depositaram sua confiança em minha gestão e no trabalho incansável desta equipe. Com dedicação, transparência e entusiasmo - seguiremos certos de somarmos nossas forças para oferecer uma sociedade viva, empenhada e que seja um espaço de troca entre pares. Estendo meu agradecimento especial aos parceiros da indústria farmacêutica que apoiam nossas iniciativas e projetos.

Que este ano seja de muitas realizações - com eventos enriquecedores, trocas frutíferas e a certeza de que seguimos construindo, juntos, uma SPR ainda mais sólida. Conto com todos vocês na travessia desta jornada!



DRA. CHAYANNE NATIELLE ROSSETTO

Editora Científica da Reumato em Revista

Editorial

Iniciamos 2025 com boas conversas e conteúdos científicos de grande relevância. É com entusiasmo que damos as boas-vindas à nova diretoria da SPR e, em especial, à nova presidente, Dra. Carolina Müller. Temos a certeza de que o futuro que nos aguarda nos próximos dois anos será marcado pela sensibilidade, comprometimento e avanços significativos para a nossa especialidade.

Também é com grande satisfação que assumo a coordenação e a direção científica da Reumato em Revista que vem se destacando como fonte de conhecimento e educação continuada para os associados da SPR, contando cada vez mais com conteúdo de qualidade tanto para a área da reumatologia – quanto para o lazer dos colegas ao trazer sessões editoriais de cultura em meio à ciência.

Para falar sobre uma de nossas maiores alegrias neste início de ano - a indicação ao Oscar -, a sempre eloquente Dra. Ana Berti compartilha suas reflexões sobre esse reconhecimento tão especial. Ainda na área cultural – temos como destaque destinos de outono pelo Brasil, a fotografia como hobby do Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas e a coluna de gastronomia assinada pelo Dr. Valderílio Feijó Azevedo.

Nesta edição, destacamos os resumos dos trabalhos de conclusão de residência dos novos reumatologistas formados no Paraná. Parabenizamos todos os residentes que finalizaram sua formação em 2025 nos nossos hospitais-escola, cujo empenho e dedicação ao longo dos anos vêm contribuindo para a formação de colegas de excelência na reumatologia.

Trazemos nesta primeira edição de 2025 – além da agenda da Reumato paranaense para que os colegas já se preparem para os próximos eventos da SPR – as atividades que movimentaram a sociedade nos primeiros meses do ano (as duas primeiras reuniões: a aula sobre reposição hormonal, ministrada pelo Dr. Caio Lagana, e a revisão sobre uveítes, apresentada pela Dra. Roberta Z. Bueno), além do curso preparatório para a titulação da SBR. E como encerramento dos temas - um excelente caso clínico conduzido pelo Dr. Fabio Carneiro, diretamente de Ponta Grossa (PR).

Boa leitura!

Sumário

+Notícias	6	Os últimos acontecimentos da SPR
Tratamento das uveítes nas doenças reumatológicas: abordagens atuais e novas perspectivas	9	Dra. Roberta Zawadzki Bueno
+ Cultura	18	<i>Ainda Estou Aqui</i> - Ana Luísa Berti Guimarães Sella fala das indicações e traz uma reflexão da obra brasileira no Oscar 2025
Imunoglobulina endovenosa no tratamento de miopatia inflamatória associada à esclerose sistêmica	20	Dr. Fabio Henrique Carneiro
Viagem	26	Descubra destinos encantadores para aproveitar o outono no Brasil
TCR Reumato	29	Os resumos dos Trabalhos de Conclusão de Residência e o que produzimos na reumatologia do Paraná
O impacto do tabagismo nos dados de função pulmonar dos pacientes com esclerose sistêmica em acompanhamento no ambulatório do CHC-UFPR		Autor: Augusto Luís Kienen Orientador: Carolina de Souza Müller
Prevalência e fatores preditores de artrite reumatoide de difícil tratamento: um estudo observacional e retrospectivo em um hospital terciário de Curitiba		Autor: Fabiula Heinzen Felisberto Orientador: Bárbara Stadler Kahlow
Avaliação de entesite por ultrassonografia e suas correlações clínicas em espondiloartrite axial e artrite psoriásica		Autor: Felipe Carluccio Falavigna Orientador: Chayanne Rossetto
Fatores determinantes da qualidade de vida em pacientes com espondiloartrite axial em um serviço terciário brasileiro		Autor: Laura Giacomini Sari Orientador: Natalia Pereira Machado
Avaliação da prevalência das medidas de prevenção e tratamento da osteoporose induzida por glicocorticoides no acompanhamento inicial de pacientes com artrite reumatoide em serviço terciário brasileiro de reumatologia		Autor: Luiza Piva Orientador: Andreas Funke
Achados ultrassonográficos em pacientes com lúpus e queixas articulares		Autor: Mateus Latrônico Baena Orientador: Dr. Thiago Alberto F. G. dos Santos
Desenvolvimento do protocolo de atendimento e acompanhamento de pacientes com artrite psoriásica no ambulatório de reumatologia do Hospital Universitário de Maringá		Autor: Guilherme Henrique Silva Fogaça Orientador: Felipe Merchan Ferraz Grizzo
Análise da prevalência radiográfica de condrocalcinose em pacientes com artrite reumatoide: uma amostra sul brasileira		Autor: Isabela Miotto Neves Orientador: Bárbara Stadler Kahlow
Um olhar que eterniza memórias	37	A paixão pela fotografia de Antonio Carlos Monteiro Ribas
Reumato Enogastronomia	40	Conheça a história do tambaqui e aprenda uma receita deste peixe muito apreciado no Brasil, por Valderílio Feijó Azevedo
Logo+	42	Eventos da reumatologia que fazem parte da grade científica do setor

CONTROLE DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO NA VELOCIDADE DE SAPHNELO

O primeiro biológico no tratamento de LES que
demonstra em estudo placebo controlado uma maior
taxa de remissão vs SoC em 4 anos

10 MOTIVOS PARA PENSAR EM SAPHNELO® PARA SEU PACIENTE

- 1** **SAPHNELO®** possui um robusto programa clínico trazendo dados de eficácia nas 3 metas preconizadas pelo EULAR 2023: remissão ou baixa atividade da doença, redução/retirada de glicocorticoide e melhora da qualidade de vida.³
- 2** **SAPHNELO®** proporcionou melhor resposta clínica em relação ao placebo para pacientes independente do tratamento anterior, sendo padrão ou biológico, em todos os desfechos de eficácia, incluindo medidas de atividade global da doença, redução gradual de glicocorticoides orais e taxas de Flares.⁴
- 3** **SAPHNELO®** proporcionou remissão em 30%⁴ e baixa atividade da doença em 36,9% dos pacientes em 4 anos², sendo que mais pacientes ficaram em LLDAS entre 20% e 70% do tempo.⁵
- 4** **SAPHNELO®** é eficaz na redução sustentada de corticoides e proporcionou redução abaixo de 7,5mg/dia em 90% dos pacientes em 4 anos, sendo que 74,4% foram abaixo de 5mg/dia e 36,4% conseguiu a retirada completa.⁵
- 5** **SAPHNELO®** apresentou diferença significativa no domínio cutâneo já na semana 12 em 46% dos pacientes ao mesmo tempo que reduziu o uso de glicocorticoide e é o único biológico recomendado pelo EULAR 2023 com evidência 1 a/A para o tratamento de LES com manifestações cutâneas devido a robustez metodológica.^{6,7,8,9}
- 6** **SAPHNELO®** melhorou a qualidade de vida em maior proporção de pacientes versus placebo, em todos os domínios (físico, social e psíquico) avaliados por SF-36 e do Lúpus QoL.⁸⁻¹⁰ Saphnelo é seguro para pacientes com depressão, não apresentando casos de suicídio relatados nos estudos e não há contra indicação em bula.^{1,10,11}
- 7** **SAPHNELO®** não ocasionou mais eventos adversos graves significativos que placebo nem foi necessária a descontinuação devido a eventos adversos, demonstrando a segurança e tolerabilidade da medicação avaliada por um estudo placebo controlado de longo prazo.⁵
- 8** **SAPHNELO®** demonstrou rápida velocidade de ação, sendo observada melhora no domínio mucocutâneo a partir da semana 4 do tratamento com Saphnelo (p nominal = 0,018) que durou até a semana 52 (p nominal < 0,0001)¹
- 9** **SAPHNELO®** possui posologia cômoda com dosagem única, em infusão de 30 minutos a cada 28 dias e não requer dose de ataque ou pré-medicação.¹
- 10** **SAPHNELO®** possui um programa de suporte ao paciente com lúpus, que oferece desde o serviço da aplicação gratuita à serviços multidisciplinares com o objetivo de proporcionar conhecimento da doença e melhor adesão ao tratamento.^{1,12}

— AGORA O TRATAMENTO DO PACIENTE COM LES PODE IR ALÉM. —

Referências: 1. Bula do Produto. Saphnelo® (anifrolumabe) ANVISA. 2. Crow MK, Olfertiev M, Kirou KA. Type I interferons in autoimmune disease. Annu Rev Pathol. 2019;14:369-93. 3. Fanouriakis A, et al. Ann Rheum Dis. 2024;83(1):15-29. 4. Furie et al. (Efficacy of Anifrolumab in Patients With SLE Previously Treated With Biologics: Post Hoc Analysis of Pooled Data from 2 Phase 3 Trials). 5. Kalunian KC, et al. A Randomized, Placebo-Controlled Phase III Extension Trial of the Long-Term Safety and Tolerability of Anifrolumab in Active Systemic Lupus Erythematosus. Arthritis Rheumatol. 2023 Feb;75(2):253-265. 6. Furie RA, et al. Lancet Rheumatol. 2019;1:e208-219. 7. Morand EF, et al. N Engl J Med. 49 2020;382:211-221. 8. EULAR 23 Morand EF, et al. Trial of Anifrolumab in Active Systemic Lupus Erythematosus. N Engl J Med. 2020 Jan 16;382(3):211-221. 9. Furie RA, et al. Type I interferon inhibitor anifrolumab in active systemic lupus erythematosus (TULIP-1): a randomised, controlled, phase 3 trial. Lancet Rheumatol. 2019 Dec;1(4):e208-e21. 10. Söand V, et al. Supplementary Appendix. Lancet Rheumatol. 2022;4:e198-207. 11. Strand V, et al. Supplementary Appendix. Lancet Rheumatol. 2022;4:e198-207. 12. Programa de Suporte a Pacientes- Faz Bem AstraZeneca - de acordo com o regulamento disponível em <https://www.programafazbem.com.br/regulamento/programa-fazbem>.

XIII CURSO PREPARATÓRIO PARA RESIDENTES

Nos últimos dias 21 e 22 de fevereiro, na sede da SPR aconteceu o **XIII Curso Preparatório Para a Prova de Especialista da SBR**. O evento, voltado a médicos residentes que pretendem enfrentar a prova de título de especialista pela Sociedade Brasileira de Reumatologia, faz parte do calendário das atividades anuais da SPR.

A aprovação para o título de especialista em reumatologia se divide em fases distintas. A prova teórica aconteceu no último dia 12 de abril, assim como a etapa prática do exame (avaliação física), seguido da apresentação dos casos clínicos em 13 de abril, na cidade de São Paulo.

Os reumatologistas Eduardo dos Santos Paiva, Andreas Funke, Barbara Stadler Kahlow e Deborah Negrão Gonçalves Dias foram os professores palestrantes do curso que aconteceu na sede da Sociedade Paranaense de Reumatologia, em Curitiba. O resultado da prova de titulação será em 26 de maio. **Desejamos sucesso aos futuros reumatologistas do Paraná!**



HOMENAGEM AOS REUMATOLOGISTAS

A partir de 2025, a SPR dará início a uma nova tradição: **homenagear reumatologistas associados que se destacam pela excelência na prestação de serviços e pela contribuição significativa à área**. A iniciativa tem como objetivo reconhecer publicamente o comprometimento, a dedicação e o impacto positivo desses profissionais na vida dos pacientes e no fortalecimento da especialidade.

Essas homenagens serão realizadas em momentos específicos durante as reuniões mensais - reforçando o valor do trabalho ético e qualificado dos nossos associados. O primeiro homenageado foi o **Dr. David Cezar Tilton que foi apresentado pelo colega Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas**. A ação também visa inspirar novas gerações, promovendo uma cultura de reconhecimento e incentivo contínuo à excelência profissional.



PRIMEIRA REUNIÃO DO ANO

A SPR acredita que a educação continuada é fundamental para manter seus associados atualizados frente aos constantes avanços da medicina e da especialidade. A formação contínua permite que os reumatologistas aprimorem seus conhecimentos teóricos e práticos, oferecendo tratamentos cada vez mais eficazes e seguros para seus pacientes. Reforçamos nosso compromisso mensalmente de modo a estimular a troca de experiências entre nossos profissionais.

Em 22 de março, aconteceu a primeira reunião científica do ano, reunindo temas de grande relevância para a prática clínica. A programação contou com a aula "TRH na visão do endocrinologista", ministrada pelo Dr. Caio Lagana, seguida do mini meeting da Pfizer sobre "10 anos de inibidores de JAK no Brasil", conduzida pelo Dr. Sebastião Radominski. Também foram abordadas as atualizações em "Hipertensão e dislipidemia", pelo Dr. Gustavo Lenci Marques, encerrando com uma atividade cultural especial: a aula "Teoria e Prática em Cafés Filtrados", conduzida por Rafael Luz Tozo, unindo ciência, prática clínica e momentos de descontração entre os colegas.

Confira um resumo da aula:

TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL (TRH) NA VISÃO DO ENDOCRINOLOGISTA

A Endocrinologia é uma especialidade que cuida da orquestra hormonal do nosso corpo — um verdadeiro maestro da homeostase. Dentro desse campo, a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) representa uma ferramenta poderosa, mas que exige critério e responsabilidade.



Durante a palestra ministrada pelo Dr. Caio Lagana, foram abordados os critérios diagnósticos e laboratoriais rigorosos para o hipogonadismo masculino, com destaque para a importância da dosagem correta de testosterona e os desafios metodológicos envolvidos.

Foi reforçada a necessidade de exames em jejum, em horários específicos e com repetição

quando há dúvida, além da preferência por técnicas laboratoriais mais precisas como a espectrometria de massa.

O debate também se estendeu à TRH feminina, particularmente no climatério, abordando o conceito de menopausa precoce e suas causas. Foi dada atenção especial à utilização de gestrino — o popular "chip da beleza" —, que apesar da fama, carece de evidências científicas sólidas para a maioria das indicações a que tem sido submetida.

Outro tema polêmico discutido foi o uso (e abuso) da testosterona fora de contextos clínicos bem estabelecidos, prática alimentada por uma cultura que exalta performance, juventude eterna e corpos idealizados. A palestra alertou para os riscos de "broscience", aquela pseudociência baseada em experiências pessoais, desprovida de base científica robusta.

Para fechar, Dr. Lagana convidou à reflexão sobre a ética médica e os limites da autonomia diante do fenômeno crescente do uso indiscriminado de hormônios. A mensagem foi clara: mais ciência, menos modismo. TRH deve ser feita com indicação, acompanhamento e respeito à fisiologia — sempre priorizando o bem-estar e a segurança dos pacientes.



Dr. Caio Lagana
Endocrinologista e
Diretor de Comunicações
da SBEM-PR (2025-2026)

CRM-PR 30.987
RQE 20.443 e RQE 23.156

UMA NOVA ERA NA REUMATOLOGIA ABBVIE

abbvie

RINVOQ® (UPADACITINIBE)

O único inibidor de JAK-1 oral de uma dose diária aprovado para AR, DA, RCU e, agora também para APs, EA* e EpAax-nr¹⁻³

SKYRIZI® (RISANQUIZUMABE)

O inibidor da IL-23 da AbbVie aprovado para APs e PSO⁴

Referências:

1. Bula do Produto. RINVOQ®(upadacitinibe). ANVISA. 2. Bula do Produto. Xeljanz®(tofacitinibe). ANVISA. 3. Bula do Produto. Olumiant®(baricitinibe). 4. Bula do Produto. SKYRIZI®(risanquizumabe). ANVISA

Artrite Reumatóide (AR), Dermite Atópica (DA), Retocolite Ulcerativa (RCU), Artrite Psoriásica (APS), Espondilite Anquilosante (EA) e Espondiloartrite Axial Não Radiográfica (EpAax-nr) e Psoríase (PSO).

Contraindicação/Interações medicamentosas: não deve ser usado em pacientes com infecções clinicamente ativas importantes (por ex: tuberculose ativa). Não são esperadas interações medicamentosas entre SKYRIZI® (risanquizumabe) e inibidores, indutores ou substratos de enzimas que metabolizam medicamentos e ajustes de dose não são necessários.

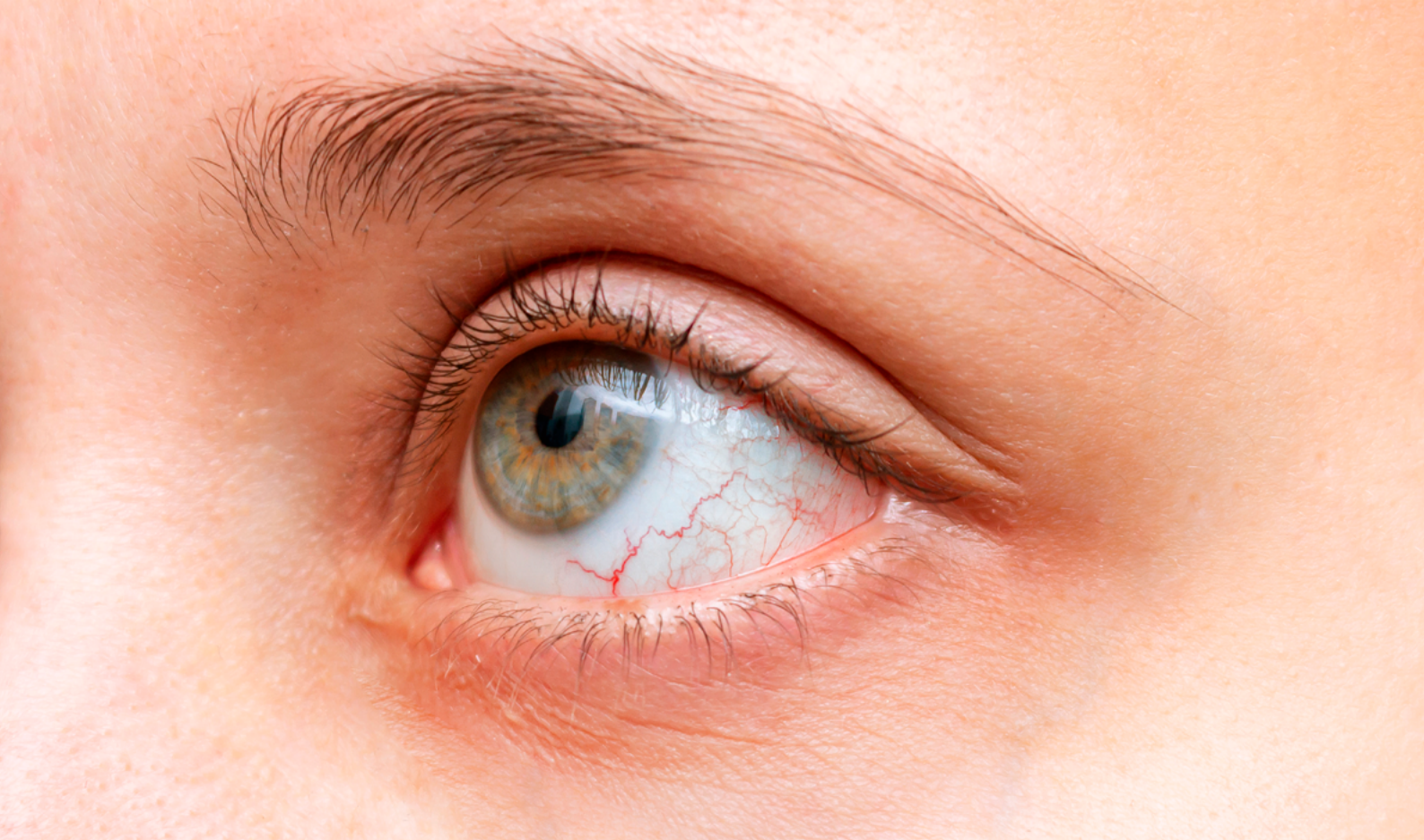
SKYRIZI® (risanquizumabe) – MS: 1.9860.0016.
Apresentações: SKYRIZI® solução injetável de 75 mg/0,83mL; embalagem com 2 seringas prontas para uso de 75 mg com 0,83 mL (USO ADULTO).
Indicação: Psoríase em Placas e Artrite Psoriásica.
Contraindicações: SKYRIZI® não deve ser usado em pacientes alérgicos ao risanquizumabe ou a qualquer um dos componentes da formulação e em pacientes com infecções clinicamente ativas importantes (por ex: tuberculose ativa).
Advertência e Precauções: **Hipersensibilidade:** caso ocorra uma reação de hipersensibilidade grave, a administração de SKYRIZI® deve ser descontinuada imediatamente e deve ser iniciada terapia apropriada. **Infecções:** SKYRIZI® pode aumentar o risco de infecções. Em pacientes com infecção crônica ou histórico de infecção recorrente, os riscos e benefícios devem ser considerados antes de se prescrever SKYRIZI®. Pacientes devem ser instruídos a procurarem seu médico, caso desenvolvam sinais ou sintomas de infecção clinicamente importantes. Se um paciente desenvolver infecção ou não estiver respondendo à terapia padrão para a infecção, o paciente deve ser monitorado cuidadosamente e SKYRIZI® não deve ser administrado até que a infecção regreda. **Tuberculose:** nos estudos clínicos de Fase 3 para psoríase, dos 72 indivíduos com tuberculose (TB) latente que foram tratados concomitantemente com SKYRIZI® e receberam tratamento para a infecção latente de forma apropriada, nenhum desenvolveu TB ativa durante o acompanhamento médio de 61 semanas utilizando risanquizumabe. Em pacientes com TB latente, deve-se considerar terapia anti-TB antes de iniciar o tratamento com SKYRIZI®. O SKYRIZI® não deve ser administrado a pacientes com TB ativa. **Imunizações:** antes de iniciar a terapia com SKYRIZI®, a conclusão de todas as imunizações apropriadas deve ser considerada de acordo com as diretrizes atuais de imunização. Se um paciente tiver recebido vacinas vivas (viral ou bacteriana), é recomendado aguardar pelo menos 4 semanas antes de iniciar o tratamento com risanquizumabe. Os pacientes tratados com risanquizumabe não devem receber vacinas vivas durante o tratamento e por pelo menos 21 semanas após o tratamento. **Excipientes com efeito conhecido:** SKYRIZI® 75 mg/0,83 mL contém 68 mg de sorbitol por dose de 150 mg. SKYRIZI® 75 mg/0,83 mL contém menos de 1 mmol de sódio (23 mg) por dose de 150 mg, ou seja, é essencialmente "livre de sódio". O efeito aditivo de produtos administrados concomitantemente contendo sorbitol (ou frutose) e o consumo alimentar de sorbitol (ou frutose) deve ser levado em consideração. **Capacidade de dirigir veículos e operar máquinas:** O SKYRIZI® não tem ou apresenta influência pouco significativa na capacidade de dirigir e utilizar máquinas. **Populações especiais: Uso na gestação:** Os dados limitados disponíveis com o uso de SKYRIZI® em gestantes são insuficientes para informar quaisquer riscos associados ao medicamento. **Categoria B: Este**

medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **Mulheres em idade fértil:** as mulheres com potencial para engravidar devem utilizar um método contraceptivo eficaz durante o tratamento e por pelo menos 21 semanas após a última dose do tratamento. **Uso na lactação:** não há dados disponíveis sobre a presença de risanquizumabe no leite humano, sobre os efeitos no bebê amamentado ou sobre os efeitos na produção de leite. **Uso em idosos:** dos 2234 indivíduos com psoríase em placas, expostos ao risanquizumabe em estudos clínicos, 243 tinham 65 anos ou mais e 24 indivíduos tinham 75 anos ou mais. Portanto, há informações limitadas em indivíduos ≥ 65 anos de idade. No geral, não foram observadas diferenças na exposição de risanquizumabe entre indivíduos idosos e mais jovens que receberam SKYRIZI®. **Interações Medicamentosas:** Não se espera que SKYRIZI® seja metabolizado por enzimas hepáticas ou sofra eliminação renal. Não são esperadas interações medicamentosas entre SKYRIZI® e inibidores, indutores de enzimas que metabolizam medicamentos. Com base nos resultados de um estudo de interação medicamentosa em indivíduos com psoríase em placas e análises farmacocinéticas populacionais na psoríase em placas e artrite psoriásica, o risanquizumabe não causaria ou seria impactado por interações medicamentosas. **Terapia imunossupressora concomitante:** a segurança e eficácia de SKYRIZI® em combinação com medicamentos imunossupressores, incluindo produtos biológicos, ou com fototerapia, não foram avaliadas. **Reações Adversas:** infecções do trato respiratório superior, micoses superficiais, foliculite, fadiga e reações no local da injeção. **Reações Adversas Específicas:** **Infecções:** nas primeiras 16 semanas, as infecções ocorreram em 22,1% do grupo tratado com SKYRIZI® (90,8 eventos/100 indivíduos-ano) em comparação com 14,7% do grupo placebo (56,5 eventos/100 indivíduos-ano), 20,9% do grupo ustequinumabe (87,0 eventos/100 indivíduos-ano) e 24,3% do grupo adalimumabe (104,2 eventos/100 indivíduos-ano). A maioria dos casos foi não grave e de gravidade leve a moderada e não levou à descontinuação do SKYRIZI®. Ao longo de todo o programa de psoríase, incluindo a exposição a longo prazo ao SKYRIZI®, a taxa de infecções (75,5 eventos por 100 indivíduos-ano) foi semelhante à observada durante as primeiras 16 semanas de tratamento. **Experiência após comercialização:** as seguintes reações adversas foram identificadas durante o uso após aprovação de SKYRIZI®. Como essas reações foram relatadas voluntariamente por uma população de tamanho incerto, nem sempre é possível estimar com segurança sua frequência ou estabelecer uma relação causal com a exposição ao medicamento. **Distúrbios da pele e do tecido subcutâneo:** eczema, erupção cutânea e urticária (vermelhidão, erupção e placas avermelhadas associadas a coceira). **Posologia:** a dose recomendada é de 150 mg administradas por injeção subcutânea na semana 0, semana 4 e a cada 12 semanas, iniciando após a 2ª dose. Deve-se considerar a descontinuação do tratamento em pacientes que não apresentaram resposta após 16 semanas de tratamento. Alguns pacientes com psoríase em placas com resposta parcial inicial podem melhorar subsequentemente com a continuação do tratamento além de 16 semanas. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Importado por: AbbVie Farmacêutica Ltda - Av. Guido Calvi, 1935, 1º andar, Bloco C - São Paulo - SP - CNPJ: 15.800.545/0001-50. AbbVie Line: 0800 022 2843. BU10.

Contraindicação/Interações medicamentosas: RINVOQ® (upadacitinibe) não deve ser utilizado em pacientes com insuficiência hepática grave, com tuberculose ativa ou infecções graves ativas, em pacientes grávidas ou com hipersensibilidade ao upadacitinibe ou aos excipientes da fórmula. A exposição ao medicamento é aumentada quando coadministrado com inibidores potentes da CYP3A4 e é reduzida quando coadministrado com indutores potentes de CYP3A4.

RINVOQ® (upadacitinibe) – Registro: 1.9860.0017.
Apresentação: RINVOQ® 15 mg e 30 mg com 30 e 45 mg com 28 comprimidos revestidos de liberação prolongada (USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 12 ANOS). **Indicação:** Artrite Reumatóide (AR); tratamento de AR moderada a grave em pacientes adultos que não responderam adequadamente ou que foram intolerantes a uma ou mais DMARDs; em monoterapia ou combinado com outros cDMARDs. **Artrite Psoriásica (APs):** tratamento de pacientes adultos com APs ativa que não responderam adequadamente ou que foram intolerantes a uma ou mais DMARDs, em monoterapia ou em combinação com DMARDs não biológicos. **Espondilite Anquilosante (EA):** tratamento de pacientes adultos com EA ativa, que não responderam adequadamente à terapia convencional. **Espondiloartrite axial não radiográfica (EpA ax-nr):** tratamento de pacientes adultos com nr-axSpA ativa com sinais objetivos de inflamação. **Dermite Atópica (DA):** tratamento de pacientes adultos e pediátricos a partir de 12 anos com DA moderada a grave que são candidatos à terapia sistêmica. **Colite ou retocolite ulcerativa (RCU):** tratamento de pacientes adultos com RCU ativa moderada a grave que apresentaram resposta inadequada, perda de resposta ou intolerância à terapia convencional ou à terapia biológica. **Contraindicações:** RINVOQ® não deve ser utilizado em pacientes com insuficiência hepática grave, com tuberculose ativa ou infecções graves ativas, em pacientes grávidas ou com hipersensibilidade ao upadacitinibe ou aos excipientes da fórmula. **Advertência e Precauções:** **Infecções graves:** foram relatadas infecções graves e algumas vezes fatais em pacientes recebendo RINVOQ®, sendo as mais comumente relacionadas pneumonia e celulite. Infecções oportunistas foram relatadas, entre elas: tuberculose, herpes zoster em múltiplos dermatomas, candidíase orofaríngea e orolabial. **Tuberculose:** foram relatados casos de tuberculose com RINVOQ®. Pacientes deverão ser testados para rastrear a presença de tuberculose (TB) antes de iniciar o tratamento. RINVOQ® não deverá ser administrado em pacientes com TB ativa. A terapia anti-TB deve ser considerada antes do início do uso de RINVOQ® em pacientes com TB latente não tratada anteriormente. Os pacientes devem ser monitorados quanto ao desenvolvimento de sinais e sintomas da TB, incluindo pacientes com teste negativo para infecção latente por TB antes do início da terapia. **Reativação viral:** reativação viral, incluindo casos de reativação do vírus da herpes, foi relatada em estudos clínicos. Caso um paciente desenvolva herpes zoster, considerar a interrupção temporária de RINVOQ® até a resolução do episódio. A triagem para hepatite viral e o monitoramento quanto à reativação deverão ser realizadas antes do início e durante a terapia com RINVOQ®. **Vacinações:** o uso de vacinas vivas atenuadas durante o tratamento com RINVOQ® deve ser considerado. Caso um paciente desenvolva herpes zoster, considerar a interrupção temporária de RINVOQ® até a resolução do episódio. A triagem para hepatite viral e o monitoramento quanto à reativação deverão ser realizadas antes do início e durante a terapia com RINVOQ®. **Eventos cardiovasculares adversos maiores (MACE):** em um grande estudo randomizado com controle ativo com tofacitinibe (um outro inibidor de JAK), em pacientes com AR com 50 anos ou mais e, com pelo menos um fator de risco cardiovascular adicional, foi observado um aumento da incidência de MACE, incluindo infarto do miocárdio (IM), em comparação com bloqueadores de TNF. A taxa mais alta de MACE foi observada principalmente em pacientes com 65 anos de idade ou mais, pacientes com histórico de doença cardiovascular, aterosclerótica e pacientes com outros fatores de risco cardiovascular. **Parâmetros laboratoriais:** Neutropenia: o tratamento foi associado a uma maior incidência de neutropenia. Linfopenia: contagens de linfócitos <500 células/mm³ foram reportadas em estudos clínicos. Anemia: foram reportadas reduções nos níveis de hemoglobina para <8 g/dL em estudos clínicos. **Lípidios:** o

tratamento com RINVOQ® foi associado a aumentos nos parâmetros lipídicos, incluindo colesterol total, colesterol LDL e colesterol HDL. **Elevações de enzimas hepáticas:** o tratamento com RINVOQ® foi associado a um aumento da incidência de elevação das enzimas hepáticas, em comparação ao placebo. Caso sejam observados aumentos de ALT ou AST durante o tratamento de rotina do paciente e haja suspeita de lesão hepática induzida por droga, RINVOQ® deverá ser interrompido até que este diagnóstico seja descartado. **Tromboembolismo venoso:** foram relatados eventos de trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP) em pacientes que receberam inibidores de JAK, incluindo upadacitinibe. O upadacitinibe não deve ser usado com cautela em pacientes com alto risco de TVP/EP. Se ocorrerem características clínicas da TVP/EP, o tratamento com upadacitinibe deve ser temporariamente interrompido e o paciente deve ser avaliado imediatamente, seguido de tratamento apropriado. **Reações de hipersensibilidade:** reações graves de hipersensibilidade, como anafilaxia e angioedema, foram relatadas em pacientes que receberam RINVOQ® em estudos clínicos. Se ocorrer uma reação de hipersensibilidade clinicamente significativa, descontinuar RINVOQ® e instituir a terapia apropriada. **Toxicidade embrio-fetal:** podem ocorrer danos ao feto com base em estudos realizados em animais. **Perfurações gastrointestinais:** eventos de perfurações gastrointestinais foram relatados em estudos clínicos e em fontes pós-comercialização. RINVOQ® deve ser usado com cautela em pacientes que possam estar em risco de perfuração gastrointestinal. Pacientes que apresentem sinais e sintomas abdominais de início recente devem ser avaliados imediatamente para identificação precoce de perfuração gastrointestinal. **Medicamentos imunossupressores:** a combinação com outros potentes imunossupressores como azatioprina, ciclosporina, tacrolimo e DMARDs biológicos ou inibidores de JAK não foi avaliada em estudos clínicos e não é recomendada uma vez que o efeito de imunossupressão aditiva não pode ser excluído. **Interações Medicamentosas:** **Inibidores potentes de CYP3A4:** a exposição ao upadacitinibe é aumentada quando coadministrado com inibidores potentes de CYP3A4 (por exemplo, cetoconazol, claritromicina e torfanil). RINVOQ® 15 mg, uma vez ao dia, deverá ser utilizado com cautela em pacientes que recebem tratamento crônico com inibidores potentes da CYP3A4. Pacientes com RCU que usam inibidores potentes de CYP3A4, a dose de indução recomendada é de 30 mg uma vez ao dia por até 16 semanas) e a dose de manutenção recomendada é de 15 mg uma vez ao dia. **Indutores potentes de CYP3A4:** a exposição ao upadacitinibe é reduzida quando coadministrado com indutores potentes de CYP3A4 (por exemplo, rifampicina, o que poderá causar redução do efeito terapêutico de RINVOQ®). **Reações Adversas em estudos clínicos nas indicações aprovadas em bula:** as reações adversas reportadas em estudos clínicos são infecções do trato respiratório superior (TRS), acne, neutropenia, linfopenia, hipercolesterolemia, hipotensão, hiperlipidemia, herpes zoster, inflamação, aumento de creatina fosfoquinase no sangue (CPK), aumento de ALT, aumento de AST, aumento de peso, pneumonia, herpes zoster, herpes simples, candidíase oral, foliculite, influenza, anemia, dor abdominal, fadiga, urticária, dor de cabeça, exantema, câncer de pele não melanoma. O perfil de segurança de RINVOQ® 15 mg foi semelhante em crianças a partir de 12 anos (adolescentes) e adultos. **Experiência pós-marketing:** hipersensibilidade. **Posologia:** AR: 15 mg uma vez ao dia. RINVOQ® não deve ser utilizado como monoterapia ou em combinação com metotrexato ou outros DMARDs convencionais sintéticos. APs: 15 mg uma vez ao dia. RINVOQ® pode ser utilizado como monoterapia ou em combinação com DMARDs não biológicos. EA e EpA ax-nr: 15 mg uma vez ao dia. DA: ADULTOS: 15 mg ou 30 mg, uma vez ao dia. A escolha da dose deve ser realizada pelo médico, com base na condição do paciente: uma dose de 30 mg, uma vez ao dia pode ser apropriada para pacientes com alta carga de doença; uma dose de 30 mg, uma vez ao dia pode ser apropriada para pacientes com resposta inadequada à dose de 15 mg, uma vez ao dia; a menor dose eficaz para manter a resposta deve ser utilizada. Para pacientes ≥ 65 anos, a dose recomendada de RINVOQ® é de 15 mg uma vez ao dia. CRIANÇAS ENTRE 12 E 18 ANOS: 1 comprimido de 15 mg, uma vez ao dia. RINVOQ® não foi estudado em pacientes pediátricos com idade igual ou maior a 12 anos e com peso corporal menor que 40 kg. **Uso concomitante de terapias tópicas:** RINVOQ® pode ser usado com ou sem corticosteróides tópicos. Inibidores da calcineurina tópicos podem ser usados em áreas sensíveis como no rosto, pescoço e áreas intertriginosas e genitais. RCU: a indução é de 45 mg, uma vez ao dia por 8 semanas, podendo ser estendido por mais 8 semanas. A dose de manutenção é de 30 mg ou 15 mg uma vez ao dia, com base na condição clínica do paciente. Para pacientes ≥ 65 anos, a dose de manutenção recomendada é de 15 mg uma vez ao dia. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Importado por: AbbVie Farmacêutica Ltda - Av. Guido Calvi, 1935, 1º andar, Bloco C - São Paulo - SP - CNPJ: 15.800.545/0001-50. AbbVie Line: 0800 022 2843. BU19



TRATAMENTO DAS UVEÍTES NAS DOENÇAS REUMATOLÓGICAS: ABORDAGENS ATUAIS E NOVAS PERSPECTIVAS

INTRODUÇÃO

A uveíte é um termo abrangente para um grupo de mais de 30 doenças caracterizadas por inflamação intraocular, que, se não tratada, pode levar à perda de visão. Representa cerca de 10% dos casos de deficiência visual e é responsável por até um quarto dos casos de cegueira em países em desenvolvimento.^{1,2}

A doença está frequentemente associada a condições reumatológicas, com aproximadamente 30% dos casos relacionados a doenças autoimunes sistêmicas. O manejo eficaz da uveíte exige uma colaboração estreita entre reumatologistas e oftalmologistas, tanto para a detecção precoce em pacientes de risco quanto para a identificação da causa subjacente e a escolha do tratamento mais adequado.^{3,4}

CLASSIFICAÇÃO

A uveíte é classificada pelo sistema *Standardization of Uveitis Nomenclature* (SUN), que considera a localização anatômica, início, duração e curso clínico da doença. Em relação a localização anatômica, pode ser dividida em uveíte anterior (câmara anterior) – mais comum, uveíte intermediária (vítreo), uveíte posterior (retina ou coroide) e pan-uveíte, quando todas essas regiões são comprometidas. Seu início pode ser súbito ou insidioso, com duração limitada ou persistente, e seu curso clínico pode ser agudo, crônico ou recorrente.^{5,6}

A uveíte também pode ser classificada de acordo com a etiologia em origens infecciosas, não infecciosas e “mascaradas”. Essa classificação auxilia na identificação da causa subjacente e no direcionamento do tratamento.^{6,7}

ETIOLOGIA E PATOGÊNESE

As causas inflamatórias sistêmicas de uveíte variam conforme a idade. Em crianças, a artrite idiopática juvenil (AIJ) é a principal causa, representando 21–25% dos casos, sendo predominantemente uveíte anterior.^{8,9,10}

Em adultos, a uveíte associada à positividade para HLA-B27 representa até 50% dos casos de uveíte anterior, sendo mais frequente entre 20 e 40 anos. Outras causas incluem sarcoido-

se, doença de Behçet e até mesmo algumas medicações, como os anti-TNF (especialmente etanercept) e os bisfosfonatos, que estimulam a liberação de citocinas inflamatórias. Além disso, pacientes imunossuprimidos correm maior risco de uveíte infecciosa causada por patógenos como herpesvírus, Toxoplasma gondii e tuberculose.¹⁰⁻¹⁷

Conforme mostrado na **TABELA 1**, muitas doenças reumáticas sistêmicas podem envolver tanto as articulações quanto a úvea.¹⁸

TABELA 1 – MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DAS DOENÇAS REUMÁTICAS ASSOCIADAS À UVEÍTE

ETIOLOGIA REUMATOLÓGICA	MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS	MANIFESTAÇÕES OCULARES
Espondiloartrite axial	Dor lombar, artrite periférica, entesite e distúrbios gastrointestinais	Uveíte anterior aguda unilateral e recorrente
Doença de Behçet	Úlceras orais e genitais, artrite periférica, distúrbios gastrointestinais, vasculite, eritema nodoso e pseudofoliculite	Uveíte posterior bilateral e frequentemente grave, panuveíte associada à vasculite retiniana
Artrite associada à DII	Distúrbios gastrointestinais e artrite periférica	Uveíte anterior e/ou intermediária
Artrite idiopática juvenil (AIJ)	Artrite periférica	Uveíte anterior crônica unilateral ou bilateral
Doença de Kawasaki	Inchaço, vermelhidão e descamação das mãos e pés, conjuntivite, febre e linfadenopatia	Uveíte anterior bilateral com conjuntivite
Doença de Lyme	Manifestações variáveis conforme estágio: eritema migratório, mal-estar, artrite e linfadenopatia inicialmente, podendo evoluir para comprometimento neurológico e cardíaco, nefrite e artrite	Manifestações oculares variáveis – podendo incluir uveíte anterior, intermediária, posterior ou pan- uveíte
Síndromes auto inflamatórias monogênicas - Síndrome de Blau	Dermatite granulomatosa e artrite	Panuveíte bilateral com coriorretinite
Síndromes auto inflamatórias monogênicas - Síndrome periódica associada à criopirina	Erupção cutânea, febre, artralgia e perda auditiva	Conjuntivite, episclerite e/ou uveíte

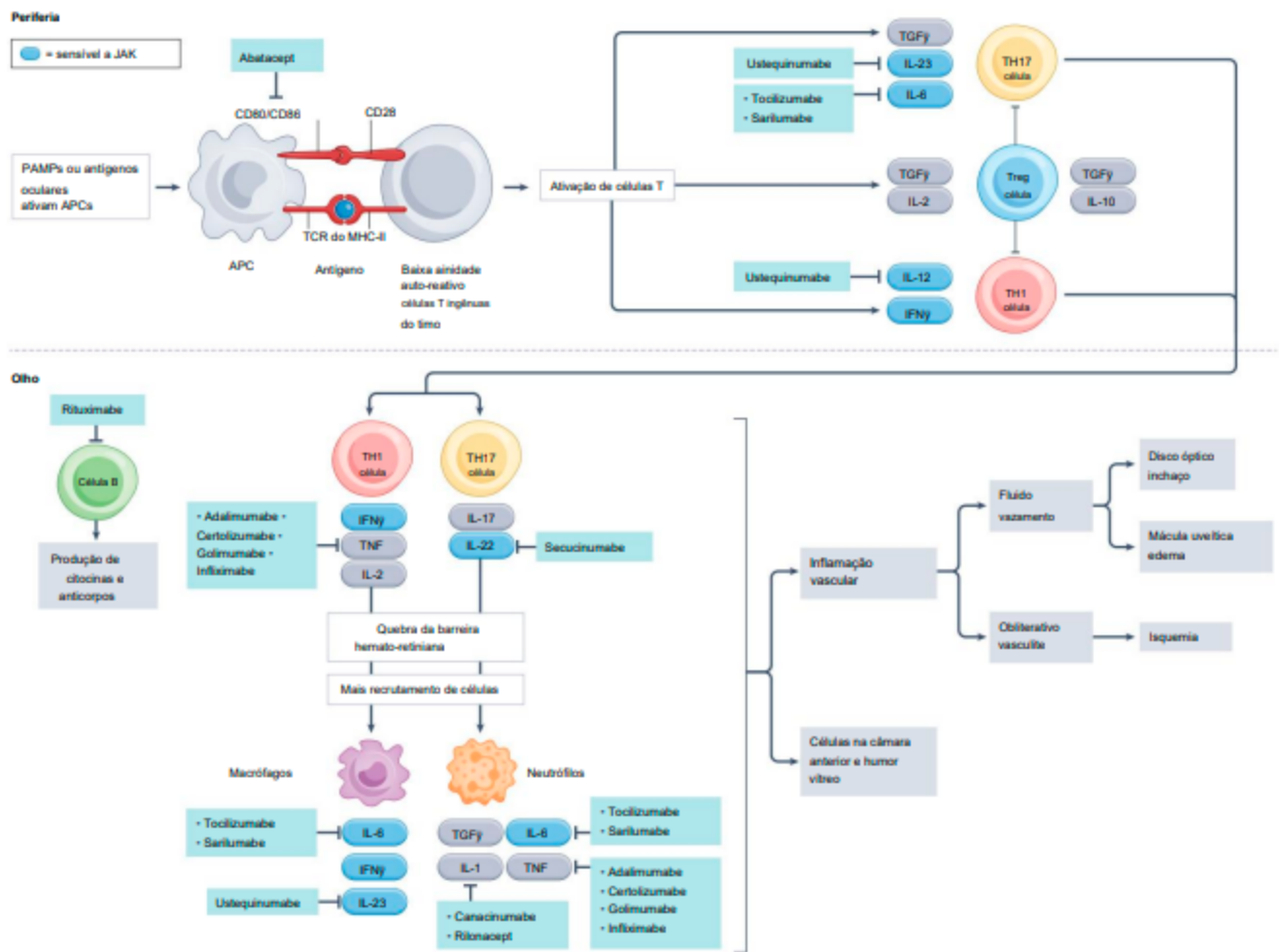
ETIOLOGIA REUMATOLÓGICA	MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS	MANIFESTAÇÕES OCULARES
Síndromes auto inflamatórias monogênicas - Síndrome periódica associada ao receptor de TNF	Febre, artrite, exantema e erupções cutâneas	Conjuntivite, edema periorbital e/ou coroidite multifocal
Artrite psoriásica	Psoríase, artrite periférica ou espondilite axial	Uveíte anterior ou intermediária crônica, potencialmente bilateral
Artrite reativa	Artrite oligoarticular aguda com entesites e/ou dactilite, tipicamente precedida por infecção gastrointestinal ou urogenital	Uveíte anterior unilateral aguda e/ou conjuntivite
Policondrite recidivante	Inflamação da cartilagem auricular, nasal e traqueal não erosiva, artrite, perda auditiva e problemas na fala	Uveíte anterior unilateral aguda, episclerite ou esclerite
Febre reumática	Artrite migratória (geralmente grandes articulações), eritema marginado, nódulos subcutâneos e cardite causada pelo estreptococo do grupo A	Uveíte anterior bilateral
Artrite reumatoide	Artrite periférica, febre e fadiga	Principalmente episclerite ou esclerite, com poucos episódios de uveíte anterior
Sarcoidose	Mal-estar, febre, perda de peso, sintomas pulmonares, eritema nodoso, artrite, linfadenopatia e alterações cutâneas	Uveíte anterior ou intermediária aguda ou crônica
Doença de Sjögren	Disfunção lacrimal e salivar, fadiga e poliartrite	Uveíte anterior e/ou intermediária
Lúpus eritematoso sistêmico (LES)	Fadiga, febre, mialgia, artrite, envolvimento cutâneo-mucoso (rash malar, fotossensibilidade e úlceras orais), vasculite, distúrbios hematológicos e manifestações neuropsiquiátricas	Raro, mas pode ocorrer uveíte

Fonte: Adaptado de ROSENBAUM, J. T.; DICK, A. D. The eyes have it: A rheumatologist's view of uveitis. *Arthritis Rheumatol.*, v. 70, n. 10, p. 1533-1543, out. 2018. DOI: 10.1002/art.40568.

A uveíte envolve uma resposta inflamatória anormal no olho, com ativação de células T, células B e do sistema imune inato, resultando em inflamação vascular e infiltração celular. A proposta de coleta de fluidos como humor aquoso e vítreo do olho para análise laborato-

rial, facilita o diagnóstico e monitoramento da doença. Apesar de ser um procedimento invasivo, essa abordagem pode revelar biomarcadores inflamatórios e novos alvos terapêuticos, contribuindo para avanços no tratamento da uveíte.^{19,20,21}

FIGURA 1 – PATOGÊNESE DA UVEÍTE E ALVOS TERAPÊUTICOS



Fonte: Adaptado de CLARKE, S. L. N.; MAGHSOUDLOU, P.; GULY, C. M. et al. The management of adult and paediatric uveitis for rheumatologists. Nat Rev Rheumatol, v. 20, p. 795–808, 2024.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico das doenças reumatológicas associadas à uveíte exige avaliação clínica detalhada combinada com exames laboratoriais, histológicos e de imagem. Levamos em conta os critérios internacionais para classificar doenças como a doença de Behçet, espondiloartrites, sarcoidose e artrite idiopática juvenil, nos quais a uveíte pode ser um dos critérios diagnósticos. Em algumas condições, como a espondiloartrite axial, a uveíte pode ser a primeira manifestação da doença.²²⁻²⁹

O exame com lâmpada de fenda e a imagem ocular são essenciais para o diagnóstico da uveíte. O grupo SUN desenvolveu critérios padronizados para classificar as uveítes, incluindo um estudo de 2021 que utilizou aprendizado de máquina para definir critérios específicos para 25 doenças. A alta concordância entre es-

ses critérios e diagnósticos clínicos reforça sua aplicabilidade.³⁰⁻³²

Apesar da relação próxima entre uveíte e doenças reumatológicas, algumas doenças sistêmicas não incluem a uveíte como critério diagnóstico, como as síndromes periódicas associadas à criopirina. Além disso, infecções e síndromes que se assemelham a uveítes autoimunes, como linfomas intraoculares, devem ser consideradas, especialmente em pacientes sob imunossupressão. O diagnóstico diferencial adequado é essencial para evitar atrasos no tratamento e complicações.³¹⁻³³

TRATAMENTO

O tratamento das uveítes é desafiador devido à natureza heterogênea da doença e dados limitados de ensaios clínicos randomizados. O tratamento é baseado na localização anatômi-

ca da inflamação e na sua cronicidade. Para uveíte anterior, a primeira escolha está nos glicocorticoides tópicos, exceto em pacientes com doença de alto risco e características de prognóstico ruim, como aqueles com AIJ, para os quais a imunossupressão sistêmica é recomendada. Para casos graves como por exemplo, paciente com visão profundamente limitada ou risco de perda significativa da visão, incluindo aqueles com edema macular, uveíte posterior bilateral, glaucoma e algumas doenças sistêmicas, incluindo a doença de Behçet, a primeira escolha, após excluir causas infecciosas, inclui glicocorticoides orais e imunossupressão sistêmica.^{34,35}

- **Corticoide tópico e injetáveis**

A uveíte anterior é a forma mais comum da doença, sendo tratada principalmente com colírios de glicocorticoides e midriáticos, a exemplo da prednisolona 1%. No entanto, o uso frequente de colírios de glicocorticoides aumenta o risco de catarata e glaucoma, especialmente em crianças, que podem desenvolver ambliopia secundária.³⁶

Corticoides injetados localmente no próprio olho podem ser muito eficazes, mas a terapia é limitada, em parte porque o medicamento frequentemente causa catarata e glaucoma.^{36,37}

- **Corticoides Sistêmicos**

O uso sistêmico de glicocorticoides é indicado para tratar uveíte posterior e uveíte anterior crônica ou recorrente, especialmente em casos graves com risco de perda de visão. O tratamento geralmente é iniciado com prednisona oral (1 mg/kg/dia, até 60 mg/dia), sendo gradualmente reduzido para menos de 7,5 mg ou 5 mg/dia para minimizar toxicidades.³⁸

Nos casos mais graves, como síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada ou doença de Behçet, pode-se utilizar metilprednisolona intravenosa em altas doses.³⁹

O uso prolongado de glicocorticoides pode causar osteoporose, úlceras, alterações de humor, síndrome de Cushing, alterações meta-

bólicas e ganho de peso. Embora oftalmologistas tradicionalmente utilizem corticosteroides em altas doses, há uma tendência crescente para o uso precoce de DMARDs sintéticos e DMARDs biológicos, alinhado com diretrizes recentes.^{39,40}

- **DMARDs sintéticos**

A imunossupressão sistêmica é indicada para uveítes ativas com fatores prognósticos desfavoráveis ou resposta inadequada ao tratamento tópico após 3 meses.

Os DMARDs sintéticos que eficazes para tratar a uveíte não infecciosa incluem azatioprina, metotrexato, micofenolato de mofetila, ciclosporina e tacrolimo. Estudos demonstraram que o micofenolato de mofetila reduz recidivas em 40%, e a azatioprina diminui episódios de uveíte na doença de Behçet. Estudos comparativos mostram taxas de sucesso semelhantes entre metotrexato e micofenolato de mofetila (66,7% vs. 57,1%) e entre tacrolimo e ciclosporina (68,4% vs. 66,7%).⁴¹⁻⁴³

A análise retrospectiva SITE revelou controle sustentado da inflamação em 62,2% dos pacientes com azatioprina, 66,0% com metotrexato, 73,1% com micofenolato de mofetila e 51,9% com ciclosporina após um ano. No entanto, a interrupção do prednisolona frequentemente resultou em falha terapêutica.⁴⁴⁻⁴⁶

Para pacientes com espondilite anquilosante, sulfassalazina e metotrexato são recomendados como primeira linha. Em crianças com AIJ, o metotrexato subcutâneo é preferido devido à maior eficácia.⁴⁷

- **DMARDs biológicos**

Os bDMARDs revolucionaram o tratamento da uveíte, especialmente os anti-TNF, como adalimumabe e infliximabe, que possuem forte evidência de eficácia. Estudos VISUAL demonstraram que adalimumabe reduz pela metade o risco de falha terapêutica em uveíte não infecciosa posterior. O Infliximabe também mostrou bons resultados na redução da inflamação e melhora da acuidade visual. Outros

anti- TNF, como golimumabe e certolizumabe pegol também foram favoráveis ao reduzir episódios de uveíte anterior. Porém, etanercepte não é recomendado devido ao aumento da incidência de uveíte.⁴⁸⁻⁵⁰

Além dos anti- TNF, outros DMARDs biológicos têm sido estudados. Inibidores da IL-6, como tocilizumabe e sarilumabe, demonstraram reduzir inflamação e a corticodependência. O Secuquinumabe (anti-IL-17A) não mostrou eficácia em estudos controlados para uveíte, enquanto bimequizumabe (anti-IL-17A/F) pode oferecer benefícios. Abatacepte (modulador de células T) e rituximabe (anti-CD20) são opções de terceira linha, com eficácia especialmente na uveíte de Behçet.⁵¹⁻⁵⁵

Os Inibidores de JAK, como filgotinibe, também têm mostrado potencial na redução de recidivas em uveítes não infecciosas. Em crianças com AIJ, adalimumabe é o DMARD biológico mais eficaz, prevenindo falha terapêutica e melhorando a inflamação ocular. Infliximabe em doses mais altas (6–10 mg/kg) se mostrou eficaz na falha do adalimumabe. Estudos estão em andamento para secuquinumabe e baricitinibe no tratamento da AIJ.⁵⁶⁻⁵⁸

As diretrizes recomendam aumentar a dose/frequência do anti-TNF antes de mudar de classe. Para pacientes que não respondem a metotrexato e a dois anti-TNF, abatacepte ou tocilizumabe são opções alternativas.³⁵

PROGNÓSTICO

O prognóstico visual na uveíte varia conforme a localização, duração e gravidade da inflamação. Uveítes do segmento posterior geralmente apresentam pior prognóstico do que as anteriores. Doenças sistêmicas como a doença de Behçet e a síndrome de Blau estão associadas a pior prognóstico visual a longo prazo. Por

outro lado, uveítes associadas ao HLA-B27 e à sarcoidose tendem a ter melhores desfechos visuais, apesar da alta taxa de complicações como catarata e edema macular.⁶⁷⁻⁶⁸

Estudos clínicos demonstraram que terapias biológicas, como adalimumabe e implantes intravítreos de fluocinolona, ajudam a manter ou melhorar a acuidade visual em 3 a 5 anos. O estudo VISUAL mostrou que adalimumabe melhora a visão em pacientes com doença ativa e estabiliza a visão naqueles com doença inativa. Em crianças com uveíte associada à artrite idiopática juvenil, o rastreamento precoce e o uso de terapias biológicas melhoraram os desfechos visuais na última década, reduzindo a necessidade de cirurgias oculares.^{49,67-69}

PROPOSTAS DE TERAPIA PARA O FUTURO

Pacientes intolerantes ou resistentes aos tratamentos atuais podem se beneficiar de novas terapias em investigação, como os inibidores TYK2-JAK1 (brepocitinib), IL-17A (izokibep), IL-12/23 (ustekinumab) e IL-6 (vamikibart). Além disso, estudos sobre entrega de medicamentos via nanotecnologia buscam melhorar a biodisponibilidade e reduzir efeitos adversos.⁷⁰⁻⁷⁷

CONCLUSÃO

A uveíte é uma condição comum em adultos e crianças com diagnósticos reumatológicos, podendo derivar de doenças imunomediadas, tratamentos ou infecções oculares em contextos de imunossupressão. Destaca-se a importância da colaboração entre reumatologistas e oftalmologistas para um diagnóstico preciso e um tratamento adequado. Embora o prognóstico esteja melhorando com novas terapias, ainda há uma grande necessidade de abordagens de medicina de precisão e tratamentos inovadores, especialmente para casos refratários.

DRA. ROBERTA ZAWADZKI BUENO
Reumatologista

Médica Reumatologista pelo Hospital de Clínicas da UFPR

CRM PR: 40.406 | RQE: 32398



REFERÊNCIAS

1. Jabs, D. A. & Busingye, J. Approach to the diagnosis of the uveitides. *Am. J. Ophthalmol.* 156, 228–236 (2013).
2. Jabs, D. A. Epidemiology of uveitis. *Ophthalmic Epidemiol.* 15, 283–284 (2008).
3. Miserocchi, E., Fogliato, G., Modorati, G. & Bandello, F. Review on the worldwide epidemiology of uveitis. *Eur. J. Ophthalmol.* 23, 705–717 (2013).
4. Bertrand PJ, Jamilloux Y, Ecochard R, Richard-Colmant G, Gerfaut-Valentin M, Guillaud M, et al. Uveitis: autoimmunity... and beyond. *Autoimmun Rev.* 2019;18(9):102351.
5. Harthan JS, Opitz DL, Fromstein SR, Morettin CE. Diagnosis and treatment of anterior uveitis: optometric management. *Clin Optom (Auckl).* 2016;8:23-35.
6. Deschenes J, Murray PI, Rao NA, Nussenblatt RB. International Uveitis Study Group (IUSG): clinical classification of uveitis. *Ocul Immunol Inflamm.* 2008;16(1):1-2.
7. van Laar JA, van Velthoven ME, Missotten T, Kuijpers R, van Hagen PM, Rothova A. [Diagnosis and treatment of uveitis; not restricted to the ophthalmologist]. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2013;157(38):A5703.
8. Bertrand, P. J. et al. Uveitis: autoimmunity... and beyond. *Autoimmun. Rev.* 18, 102351 (2019).
9. Smith, J. R. & Rosenbaum, J. T. Management of uveitis: a rheumatologic perspective. *Arthritis Rheum.* 46, 309–318 (2002).
10. Joltikov, K. A. & Lobo-Chan, A. M. Epidemiology and risk factors in non-infectious uveitis: a systematic review. *Front. Med.* 8, 695904 (2021).
11. Maghsoudlou, P. et al. Uveitis associated with monogenic autoinflammatory syndromes in children. *Ocul. Immunol. Inflamm.* 31, 1930–1943 (2023).
12. Lim, L. L., Fraunfelder, F. W. & Rosenbaum, J. T. Do tumor necrosis factor inhibitors cause uveitis? A registry-based study. *Arthritis Rheum.* 56, 3248–3252 (2007).
13. Chartrand, N. A. et al. Ocular side effects of bisphosphonates: a review of literature. *J. Ocul. Pharmacol. Ther.* 39, 3–16 (2023).
14. Coates, L. C., McGonagle, D. G., Bennett, A. N., Emery, P. & Marzo-Ortega, H. Uveitis and tumour necrosis factor blockade in ankylosing spondylitis. *Ann. Rheum. Dis.* 67, 729–730 (2008).
15. Nicoleta Susanna, F. & Pavesio, C. A review of ocular adverse events of biological anti-TNF drugs. *J. Ophthalmic Inflamm. Infect.* 10, 11 (2020).
16. Peris, P., Monegal, A. & Guanabens, N. Bisphosphonates in inflammatory rheumatic diseases. *Bone* 146, 115887 (2021).
17. Anquetil, C. et al. Evolving spectrum of drug-induced uveitis at the era of immune checkpoint inhibitors results from the WHO's pharmacovigilance database. *J. Autoimmun.* 111, 102454 (2020).
18. Rosenbaum JT, Dick AD. The Eyes Have it: A Rheumatologist's View of Uveitis. *Arthritis Rheumatol.* 2018 Oct;70(10):1533-1543. doi: 10.1002/art.40568. Epub 2018 Aug 23. PMID: 29790291; PMCID: PMC6160350. – tabela
19. Egwuagu, C. E., Alhakeem, S. A. & Mbanefo, E. C. Uveitis: molecular pathogenesis and emerging therapies. *Front. Immunol.* 12, 623725 (2021).
20. Read, R. W. Uveitis: advances in understanding of pathogenesis and treatment. *Curr. Rheumatol. Rep.* 8, 260–266 (2006).
21. Clarke, S.L.N., Maghsoudlou, P., Guly, C.M. et al. The management of adult and paediatric uveitis for rheumatologists. *Nat Rev Rheumatol* 20, 795–808 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41584-024-01181-x>
22. International Team for the Revision of the International Criteria for Behçet's Disease. The International Criteria for Behçet's Disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 28, 338–347 (2014).

23. Rudwaleit, M. et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part I): classification of paper patients by expert opinion including uncertainty appraisal. *Ann. Rheum. Dis.* 68, 770–776 (2009).
24. Rudwaleit, M. et al. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann. Rheum. Dis.* 70, 25–31 (2011).
25. Judson, M. A. et al. The WASOG sarcoidosis organ assessment instrument: an update of a previous clinical tool. *Sarcoidosis Vasc. Difus. Lung Dis.* 31, 19–27 (2014).
26. Petty, R. E. et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J. Rheumatol.* 31, 390–392 (2004).
27. Fernández-Melón, J. et al. Uveitis as the initial clinical manifestation in patients with spondyloarthropathies. *J. Rheumatol.* 31, 524–527 (2004).
28. Standardization of Uveitis Nomenclature Working Group. Classification criteria for Behçet disease uveitis. *Am. J. Ophthalmol.* 228, 80–88 (2021).
29. Standardization of Uveitis Nomenclature Working Group. Classification criteria for juvenile idiopathic arthritis-associated chronic anterior uveitis. *Am. J. Ophthalmol.* 228, 192–197 (2021).
30. Standardization of Uveitis Nomenclature Working Group. Classification criteria for spondyloarthritis/HLA-B27-associated anterior uveitis. *Am. J. Ophthalmol.* 228, 117–125 (2021).
31. Standardization of Uveitis Nomenclature Working Group. Classification criteria for sarcoidosis-associated uveitis. *Am. J. Ophthalmol.* 228, 220–230 (2021).
32. Mudie, L. I. et al. Evaluation of the SUN classification criteria for uveitides in an academic uveitis practice. *Am. J. Ophthalmol.* 241, 57–63 (2022).
33. Kuemmerle-Deschner, J. B. et al. Diagnostic criteria for cryopyrin-associated periodic syndrome (CAPS). *Ann. Rheum. Dis.* 76, 942–947 (2017).
34. Dick, A. D. et al. Guidance on noncorticosteroid systemic immunomodulatory therapy in noninfectious uveitis: Fundamentals Of Care for Uveitis (FOCUS) Initiative. *Ophthalmology* 125, 757–773 (2018).
35. Angeles-Han, S. T. et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Screening, Monitoring, and Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis-Associated Uveitis. *Arthritis Rheumatol.* 71, 864–877 (2019).
36. Tsirouki, T. et al. A focus on the epidemiology of uveitis. *Ocul. Immunol. Inflamm.* 26, 2–16 (2018).
41. Kothari, S. et al. The risk of intraocular pressure elevation in pediatric noninfectious uveitis. *Ophthalmology* 122, 1987–2001 (2015).
37. Callanan, D. G., Jaffe, G. J., Martin, D. F., Pearson, P. A. & Comstock, T. L. Treatment of posterior uveitis with a fluocinolone acetonide implant: three-year clinical trial results. *Arch. Ophthalmol.* 126, 1191–1201 (2008).
49. Multicenter Uveitis Steroid Treatment (MUST) Trial Research Group. Benefits of systemic anti-inflammatory therapy versus fluocinolone acetonide intraocular implant for intermediate uveitis, posterior uveitis, and panuveitis: fifty-four-month results of the Multicenter Uveitis Steroid Treatment (MUST) trial and follow-up study. *Ophthalmology* 122, 1967–1975 (2015).
38. Jabs, D. A. Immunosuppression for the uveitides. *Ophthalmology* 125, 193–202 (2018).
39. Nguyen, Q. D. et al. A cross-sectional study of the current treatment patterns in noninfectious uveitis among specialists in the United States. *Ophthalmology* 118, 184–190 (2011).
40. Esteban-Ortega, M. et al. An observational study in the real clinical practice of the treatment of noninfectious uveitis. *J. Clin. Med.* 13, 1402 (2024).
41. Jabs, D. A. et al. Guidelines for the use of immunosuppressive drugs in patients with ocular inflammatory disorders: recommendations of an expert panel. *Am. J. Ophthalmol.* 130, 492–513 (2000).
42. Deuter, C. M. E. et al. Enteric-coated mycophenolate sodium in the treatment of non-infectious intermediate uveitis: results of a prospective, controlled, randomised, open-label, early terminated multicentre trial. *Br. J. Ophthalmol.* 102, 647–653 (2018).
43. Yazici, H. et al. A controlled trial of azathioprine in Behçet's syndrome. *N. Engl. J. Med.* 322, 281–285 (1990).
44. Rathinam, S. R. et al. Effect of corticosteroid-sparing treatment with mycophenolate mofetil vs methotrexate on inflammation in patients with uveitis: a randomized clinical trial. *JAMA* 322, 936–945, (2019).
45. Murphy, C. C. et al. Cyclosporine vs tacrolimus therapy for posterior and intermediate uveitis. *Arch. Ophthalmol.* 123, 634–641 (2005).
46. Kempen, J. H. et al. Methods for identifying long-term adverse effects of treatment in patients with eye diseases: the Systemic Immunosuppressive Therapy for Eye Diseases (SITE) cohort study. *Ophthalmic Epidemiol.* 15, 47–55 (2008).
47. Gangaputra, S. et al. Methotrexate for ocular inflammatory diseases. *Ophthalmology* 116, 2188–2198.e2181 (2009).
48. Jaffe, G. J. et al. Adalimumab in patients with active noninfectious uveitis. *N. Engl. J. Med.* 375, 932–943 (2016).
77. Nguyen, Q. D. et al. Adalimumab for prevention of uveitic flare in patients with inactive non-infectious uveitis controlled by corticosteroids (VISUAL II): a multicentre, double-masked, randomised, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet* 388, 1183–1192 (2016).
49. Suhler, E. B. et al. Safety and efficacy of adalimumab in patients with noninfectious uveitis in an ongoing open-label study: VISUAL III. *Ophthalmology* 125, 1075–1087 (2018).
50. Rudwaleit, M. et al. Adalimumab effectively reduces the rate of anterior uveitis flares in patients with active ankylosing spondylitis: results of a prospective open-label study. *Ann. Rheum. Dis.* 68, 696–701 (2009).

51. García-Beloso, N. et al. Switching between reference adalimumab and biosimilars in chronic immune-mediated inflammatory diseases: a systematic literature review. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 88, 1529–1550 (2022).
52. Song, S. H. & Woo, S. J. Efficacy and safety of switching from adalimumab originator to SB5, adalimumab biosimilar for noninfectious uveitis. *Ocul. Immunol. Inflamm.* 32, 1755–1759 (2024).
53. Suhler, E. B. et al. A prospective trial of infliximab therapy for refractory uveitis: preliminary safety and efficacy outcomes. *Arch. Ophthalmol.* 123, 903–912, (2005).
54. Kruh, J. N., Yang, P., Suelves, A. M. & Foster, C. S. Infliximab for the treatment of refractory noninfectious uveitis: a study of 88 patients with long-term follow-up. *Ophthalmology* 121, 358–364 (2014).
55. Takeuchi, M. et al. Ten-year follow-up of infliximab treatment for uveitis in Behçet disease patients: a multicenter retrospective study. *Front. Med.* 10, 1095423 (2023).
56. Srivastava, S. K. et al. Filgotinib in active noninfectious uveitis: the HUMBOLDT randomized clinical trial. *JAMA Ophthalmol.* 142, 789–797 (2024).
57. Calvo-Río, V. et al. Golimumab in refractory uveitis related to spondyloarthritis. Multicenter study of 15 patients. *Semin. Arthritis Rheum.* 46, 95–101 (2016).
58. Okada, K., Zhou, Y., Hashida, N., Takagi, T. & Tian, Y. S. The efficacy of golimumab against non-infectious uveitis: a PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Ocul. Immunol. Inflamm.* 31, 1013–1023 (2023).
59. Tungsattayathitthan, U. et al. Efficacy of golimumab in patients with refractory non-infectious panuveitis. *Sci. Rep.* 14, 2179 (2024).
60. Rudwaleit, M. et al. Observed incidence of uveitis following certolizumab pegol treatment in patients with axial spondyloarthritis. *Arthritis Care Res.* 68, 838–844 (2016).
61. van der Horst-Bruinsma, I. E. et al. Reduction of anterior uveitis flares in patients with axial spondyloarthritis on certolizumab pegol treatment: final 2-year results from the multicenter phase IV C-VIEW study. *Ther. Adv. Musculoskelet. Dis.* 13, 1759720x211003803 (2021).
62. Foster, C. S. et al. Efficacy of etanercept in preventing relapse of uveitis controlled by methotrexate. *Arch. Ophthalmol.* 121, 437–440 (2003).
92. Brito-Zerón, P., Perez-Alvarez, R. & Ramos-Casals, M. Etanercept and uveitis: friends or foes? *Curr. Med. Res. Opin.* 31, 251–252 (2015).
63. Levy-Clarke, G. et al. Expert panel recommendations for the use of anti-tumor necrosis factor biologic agents in patients with ocular inflammatory disorders. *Ophthalmology* 121, 785–796.e3 (2014).
64. McHarg, M. et al. Anti-drug antibodies to monoclonal TNF inhibitors in non-infectious uveitis. *Investig. Ophthalmol. Vis. Sci.* 63, 3194 – A0420–3194 – A0420 (2022).
95. Leinonen, S. T., Aalto, K., Kotaniemi, K. M. & Kivelä, T. T. Anti-adalimumab antibodies in juvenile idiopathic arthritis-related uveitis. *Clin. Exp. Rheumatol.* 35, 1043–1046 (2017).
65. Baert, F. et al. Influence of immunogenicity on the long-term efficacy of infliximab in Crohn's disease. *N. Engl. J. Med.* 348, 601–608 (2003).
66. Aeschlimann, F. A. et al. Prevalence of anti-infliximab antibodies and their associated co-factors in children with refractory arthritis and/or uveitis: a retrospective longitudinal cohort study. *J. Rheumatol.* 44, 334–341 (2017).
67. ET, E. C. & Zierhut, M. Vision loss in uveitis. *Ocul. Immunol. Inflamm.* 29, 1037–1039 (2021).
123. Tomkins-Netzer, O. et al. Long-term clinical outcome and causes of vision loss in patients with uveitis. *Ophthalmology* 121, 2387–2392 (2014).
68. Ostrovsky, M. et al. Ocular Behçet disease — clinical manifestations, treatments and outcomes according to age at disease onset. *Biomedicines* 11, 624 (2023).
125. Al-Ani, H. H., Sims, J. L. & Niederer, R. L. Long term complications and vision loss in HLA-B27 uveitis. *Eye* 37, 1673–1677 (2023).
69. Niederer, R. L., Sharief, L., Tomkins-Netzer, O. & Lightman, S. L. Uveitis in sarcoidosis - clinical features and comparison with other non-infectious uveitis. *Ocul. Immunol. Inflamm.* 31, 367–373 (2023).
70. Iapace, C. NEPTUNE: brepocitinib displays strong efficacy in non-infectious uveitis. HCPLive <https://www.hcplive.com/view/neptune-brepocitinib-displays-strong-eficacy-non-infectious-uveitis> (2 April 2024).
71. Klint, S. et al. Izokibep: preclinical development and first-in-human study of a novel IL-17A neutralizing Afibody molecule in patients with plaque psoriasis. *MAbs* 15, 2209920 (2023).
72. Bang, C. H. et al. Ustekinumab demonstrates lower uveitis risk in moderate to severe psoriasis patients compared with tumor necrosis factor- α inhibitors. *Acta Derm. Venereol.* 104, adv34206 (2024).
73. Roche. Vamikibart in participants with uveitic macular edema. ForPatients by Roche <https://forpatients.roche.com/en/trials/eye-disorder/uveitic-macular-edema/ro7200220-in-participants-with-uveitic-macular-edema-91001.html#formedicalprofessionals> (2024).
74. Gelfman, S. et al. A large meta-analysis identifies genes associated with anterior uveitis. *Nat. Commun.* 14, 7300 (2023).
75. Burgess, S. et al. Using genetic association data to guide drug discovery and development: review of methods and applications. *Am. J. Hum. Genet.* 110, 195–214 (2023).
76. Wu, K. Y., Tan, K., Akbar, D., Choulakian, M. Y. & Tran, S. D. A new era in ocular therapeutics: advanced drug delivery systems for uveitis and neuro-ophthalmologic conditions. *Pharmaceutics* 15, <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics15071952> (2023).
77. Rebibo, L. et al. Topical tacrolimus nanocapsules eye drops for therapeutic effect enhancement in both anterior and posterior ocular inflammation models. *J. Control. Rel.* 333, 283–297 (2021).

Cultura

Ana Luísa Berti Guimarães Sella é médica reumatologista, professora e leitora ávida há muitos anos. Mãe da Maria, parceira de vida do Guilherme e escritora amadora nas horas vagas (que são poucas).

Aceita críticas, bate-papos e conversas filosóficas no e-mail: ana.sella@pucpr.br



Ainda Estou Aqui

Olá, queridos associados!

Bem-vindos à 2025, ano que culturalmente já começa enriquecedor para o nosso país, sendo a primeira vez na história que um filme brasileiro é indicado para Melhor Filme.

Além dessa indicação, ainda concorreremos a Melhor Filme Estrangeiro e Melhor Atriz para a maravilhosa Fernanda Torres, repetindo a dobradinha de Central do Brasil e Fernanda Montenegro, em 1999.

Talvez ainda mais simbólico seja a indicação de mãe e filha com 25 anos de diferença, com filmes que mostram a força e a resiliência femininas.

"Ainda Estou Aqui" é um filme forte e brilhante, com atuações magistrais de Torres, Montenegro e Selton Mello, sem excluir as crianças que dão um pouco mais de leveza para um filme muito duro, e ainda sim, muito poético e que relembra um período do Brasil que jamais deverá ser esquecido.

Antes de assistir ao filme, mãe de uma menininha de 7 anos e com pouca rede de apoio que sou, perguntei a uma amiga que já havia assistido se ela achava que eu poderia levá-la ao cinema, com medo de cenas inadequadas de tortura ou de sexo.

Minha amiga me alertou: *"Assista primeiro. Não tem nada disso que você pensa, mas não sei se você achará adequado"*.

Ainda não sei se acho. Maria tem apenas 7 anos, o mundo é como é, foi como foi, e ela vai precisar saber disso. Só não sei se tão cedo.

"Ainda Estou Aqui" é uma adaptação do livro, de mesmo nome, de Marcelo Rubens Paiva. No filme, o público acompanha a transformação da mãe do escritor – uma dona de casa dos anos 1970, mãe de cinco filhos – em uma das maiores ativistas dos Direitos Humanos do país após o assassinato do marido, o ex-deputado Rubens Paiva (Selton Mello), pela ditadura militar, e embora eu queira que Maria saiba de tudo isso, não sei se ela precisa enfrentar a face feia da ditadura militar brasileira com apenas 7 anos.

Os filhos de Eunice tiveram que enfrentar um pai desaparecido, vigilância constante, violência, medo, uma mãe tentando ser forte o tempo todo, por eles, por ela, por seu pai.

Vera, Eliana, Marcelo, Ana Lúcia e Maria Beatriz foram crianças reais, vivendo um pesadelo não tão incomum nos duros anos de um governo ditatorial.

Marcelo, talvez o mais conhecido, é autor de livros conhecidos em nosso país, como **Feliz Ano Velho**, e o que deu nome ao filme: **Ainda estou aqui**.



Vera é psicóloga pela USP e atuou na Comissão Especial sobre Mortos e Desaparecidos Políticos (CEMDP), tendo um papel importante no lembrete institucional e político do que já passamos nesse país.

As outras três irmãs optaram por vidas um tanto mais discretas, mas podemos somente imaginar o peso que carregam desde então. Eunice Paiva, tão lindamente interpretada pelas Fernandas, foi uma aguerrida mãe e esposa que terminou sua vida vencida pela demência, mas que deixou um legado de força, de determinação e de beleza para todos nós.

Pouco importa se não ganhamos em todas as indicações, o **Oscar de Melhor Filme Estrangeiro no dia 03 de março** foi sim, um lindo e merecido reconhecimento.

Mas importa que pudemos ver essa história ser contada.

Já somos vitoriosos.



...s pellentesque vel ex eu gravida. Donec sit amet egestas
...us. Cras gravida metus risus, id
...consectetur. Donec
...hendrerit nisi.

Nam nec tellus dui. Sod in leo justo. Morbi ut hendrerit diam. Nullam
suscipit maximus tempus. Nunc molestie maximus arcu sed congue.
Aliquam ullamcorper sollicitudin aliquet. Phasellus vulputate imperdiet
vulputate. Maecenas accumsan maximus massa a vulputate. Quisque
quis sagittis dui. Aliquam commodo sed purus at interdum.

Pellentesque ipsum nibh, dictum sed arcu nec, dictum dictum quam.
Class aptent taciti sociosqu ad litora torquent per conubia nostra, per
euismod nec nunc. Sed scelerisque bibendum nisi et porttitor. Mauris
rutrum tempor lacus, quis mollis est tincidunt ut. Sed sapien insum
porta nec magna vitae, tincidunt auctor leo. E
sagittis mattis, justo neque bib
ipsum. Nunc
...elit. Maecenas lacinia imperdiet lora

FABIO HENRIQUE CARNEIRO
Reumatologista | CRM PR: 36633

Graduado em medicina pela UEPG (2016; Residência médica em Clínica Médica pelo HURCC (RQE 27094); Residência médica em Reumatologia pelo CHC-UFPR (RQE 32370); Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa, Centro Hospitalar São Camilo



IMUNOGLOBULINA ENDOVENOSA NO TRATAMENTO DE MIOPATIA INFLAMATÓRIA ASSOCIADA À ESCLEROSE SISTÊMICA

INTRODUÇÃO

A esclerose sistêmica (ES) é considerada uma rara e complexa doença do tecido conjuntivo, caracterizada clinicamente por envolvimento multiorgânico, com predomínio de alterações fibróticas e microvasculares em múltiplos órgãos e sistemas.¹ Os achados patológicos compreendem espectros de dano endotelial, infiltrado inflamatório linfocitário ao redor dos vasos e, posteriormente, densa deposição de matriz extracelular e de feixes de colágeno.²

O acometimento muscular na esclerose sistêmica pode ter etiologia multifatorial. Padrões de miopatia inflamatória e fibrótica foram descritos do ponto de vista histológico, com respostas variáveis ao tratamento imunossupressor.^{3, 4, 5} A ocorrência de miopatia inflamatória associada à esclerose sistêmica tem sido pontuada de diversas formas na literatura, sendo descrita como uma síndrome de sobreposição (overlap) e, em outros momentos, denominada como “escleromiosite”.⁴ O tratamento de miopatia inflamatória requer imunossupressão, sendo frequentemente uti-

lizados glicocorticoides em altas doses e outros imunossupressores, tais como metotrexato, azatioprina ou micofenolato. A imunoglobulina endovenosa tem sido apontada como uma importante alternativa terapêutica em casos graves de miopatia inflamatória, tendo um bom perfil de eficácia e segurança e muitas vezes apresentando início de ação mais rápido, sendo postulado seu uso já em primeira linha de tratamento.^{7, 8, 9}

Reportamos um caso clínico de uma jovem paciente com achados de esclerose sistêmica e exuberante fraqueza muscular e disfagia, que recebeu imunoglobulina endovenosa associada aos glicocorticoides, apresentando uma satisfatória evolução clínica após seis meses de tratamento.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, de 31 anos, buscou atendimento em consultório privado de reumatologia devido a queda do estado geral, fraqueza muscular progressiva, dificuldade de deambulação, mialgias e artralhas. Nos

últimos meses também cursou com náuseas, vômitos, disfagia para sólidos, cursando com perda ponderal de cerca de 10 kg. Nas últimas duas semanas apresentou episódios de febre.

No histórico pregresso referiu que há 8 anos iniciou quadro de dores e rigidez articular especialmente em joelhos, cotovelos e punhos. Também apresentava fenômeno de Raynaud na época do inverno. Foi avaliada em âmbito de atenção primária à saúde, tendo recebido o diagnóstico de artrite reumatoide. Foi tratada com glicocorticoides (prednisona 20 mg/dia) e metotrexato, porém, apresentou importante toxicidade gastrointestinal, e manteve o uso por apenas poucas semanas. Relatou que sua mãe havia sido diagnosticada com esclerose sistêmica e faleceu de complicações cardiopulmonares associadas.

Nesta primeira consulta, a paciente em regular estado geral, emagrecida, e com importante dificuldade para deambulação (estava em cadeira de rodas). Durante exame neurológico observou-se fraqueza muscular de cinturas, com ênfase em fraqueza para flexão e abdução de ambas as coxas (força muscular grau II em quadríceps femoral pela escala MRC). Apresentava múltiplas telangiectasias em face e nas mãos. Não foram observadas cicatrizes estelares, úlceras digitais ou esclerodactilia, porém notou-se um discreto aspecto de *puffy fingers*.

A paciente foi prontamente encaminhada para internamento hospitalar no setor de Clínica Médica do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais. A investigação complementar demonstrou valores elevados de enzimas musculares e transaminases; alteração intersticial de padrão PINE (pneumonia intersticial não-específica) na tomografia de alta resolução do tórax; esofagite grau A de Los Angeles e pangastrite enantematosa discreta na endoscopia digestiva alta; índices ecocardiográficos dentro da normalidade e alteração de sinal muscular, compatível com edema, em musculatura proximal de membros inferiores pela

ressonância nuclear magnética da pelve. Um resumo dos resultados laboratoriais pode ser observado na **Tabela 1**. O aspecto tomográfico da anormalidade intersticial pode ser conferido na **Figura 1**, enquanto a alteração de sinal na musculatura pélvica pode ser vista na **Figura 2**. Eletroneuromiografia, biópsia muscular e painel ampliado de autoanticorpos específicos para investigação de miopatias não estavam disponíveis durante o internamento.

Com base nos achados clínicos, laboratoriais e radiológicos, estabelecemos o diagnóstico de síndrome de sobreposição esclerose sistêmica forma cutâneo-limitada/miopia inflamatória. O tratamento instituído compreendeu pulso-terapia com metilprednisolona endovenosa 1 g por 3 dias consecutivos, seguida de prednisona, por via oral, na dose de 1 mg/kg/dia. Durante este internamento a paciente também recebeu imunoglobulina endovenosa humana na dose de 2 gramas/kg de peso (infusão dividida em 2 dias). Tratamento fisioterápico foi instituído desde o princípio do internamento. Durante avaliação fonoaudiológica detectou-se disfagia de transferência, sendo a alimentação restrita às consistências líquida e pastosa.

Após alta hospitalar, o tratamento com IgIV foi mantido mensalmente até completar seis meses. Concomitantemente, foi realizado o desmame de glicocorticoides até a dose de 5 mg/dia. Por volta do terceiro mês de tratamento, foi adicionada ao esquema terapêutico a azatioprina na dose de 2 mg/kg/dia (como forma de poupar corticoides e terapia de manutenção). Reabilitação fisioterápica e acompanhamento fonoaudiológico foram continuados.

Ao longo dos seis meses de tratamento houve gradual melhora clínica, com recuperação da força muscular, melhora da capacidade de deambulação e subida de degraus, melhora da disfagia, normalização das enzimas musculares e transaminases. Após o sexto ciclo de imunoglobulina endovenosa, a paciente já deambulava sem restrições. Desta forma, foi

decidido pela suspensão da IgIV e manutenção apenas da azatioprina.

Ao término dos seis meses de tratamento inicial, foi realizada uma capilaroscopia periungueal com achados de densidade capilar normal e rara ectasia capilar, porém, com alta frequência de capilares ramificados (arbustos)

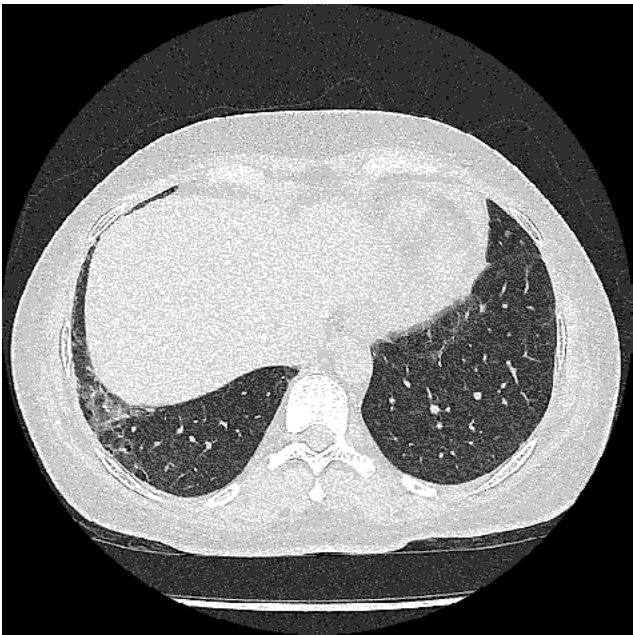
e presença de microhemorragias (anormalidades inespecíficas).

Atualmente, cerca de um ano após o início da terapêutica, permanece em estabilidade clínica, mantendo evolução satisfatória. Algumas imagens do leito capilar periungueal estudado podem ser observadas na **Figura 3**.

TABELA 1. EXAMES LABORATORIAIS NA ADMISSÃO HOSPITALAR (VALORES DE REFERÊNCIA ENTRE PARÊNTESES)

CPK 427 (26-140)	FAN nuclear pontilhado grosso 1/640	Anti-Jo1 não reagente
LDH 483 (135-214)	Fator reumatoide não reagente	C3 126 (90-180)
TGO 124 (5-40)	Anti-Ro não-reagente	C4 18 (19-52)
TGP 196 (7-56)	Anti-La não-reagente	TSH 1,44 (0,45-4,5)
PCR 31 (VR<6)	Anti-nucleossomo moderado positivo	VHS 64 (<20)

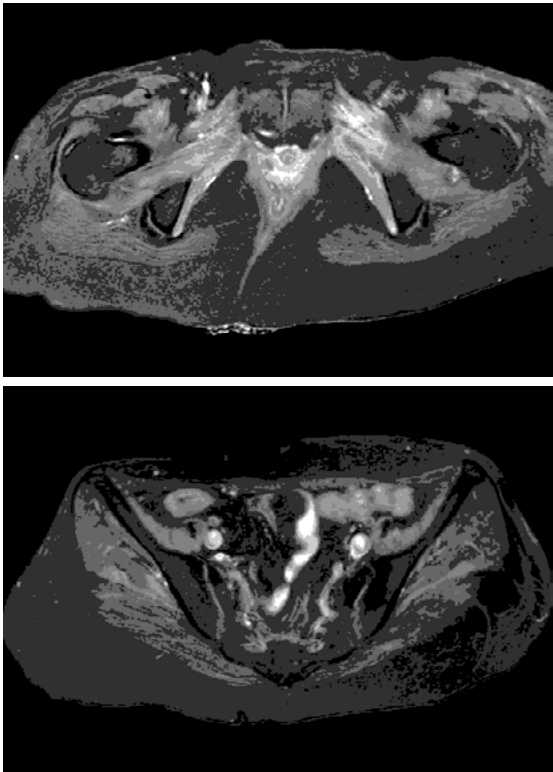
Ocorrência de bronquiolectasias e algumas áreas de vidro fosco especialmente nos segmentos basal e lateral do lobo inferior direito. Achados compatíveis com padrão intersticial PINE (pneumonia intersticial não-específica), acometendo menos de 20% da área total de parênquima pulmonar.



Fonte: cedido pelo serviço de radiologia do HURCG.

FIGURA 2 – RESSONÂNCIA MUSCULAR DA BACIA (CORTE AXIAL, SEQUÊNCIA T1 SPIR COM GADOLÍNIO)

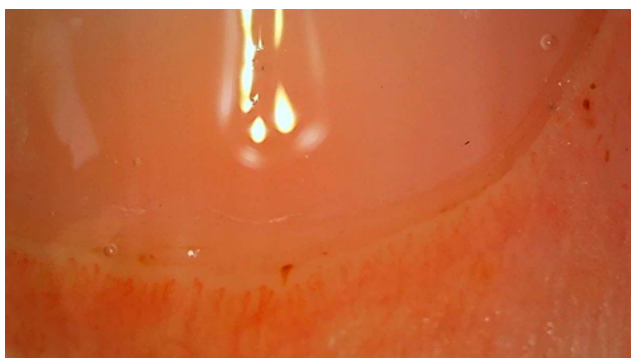
Observa-se alteração de sinal do tipo edema com acentuação do realce pelo contraste nos músculos obturadores (painel A) e edema muscular nos ventres dos glúteos médio e mínimo, especialmente à direita (painel B).



Fonte: cedido pelo serviço de radiologia do HURCG.

FIGURA 2 – CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL

Observadas microhemorragias no painel A. Capilares ramificados (arbustos) são observados no painel B.



Fonte: autor.

DISCUSSÃO

O acometimento muscular na esclerose sistêmica requer cuidadosa atenção do reumatologista, tendo em vista as drásticas consequências que a inflamação muscular pode desencadear. A esclerose sistêmica (ES) e as miopatias autoimunes sistêmicas (MAS) isoladamente já apresentam importante impacto na qualidade de vida dos pacientes, com desfechos de morbidade (sequelas e limitações funcionais) e mortalidade, quando sem tratamento³

O envolvimento muscular na esclerose sistêmica pode estar associado a diversos mecanismos etiológicos.⁵ A perda de massa muscular pode ser comum em pacientes com envolvimento gastrointestinal grave (esofagopatia, supercrescimento bacteriano, má absorção intestinal), evoluindo com má-nutrição. A atrofia muscular também pode ocorrer devido ao desuso em situações de espessamento cutâneo crítico e contraturas em flexão devido ao processo fibrótico relacionado ao espessamento cutâneo. Recentemente um padrão histológico de miopatia fibrosante tem sido observado em pacientes com esclerose sistêmica, que costumam não apresentar importante elevação de creatinofosfoquinase, porém tem tido maior associação com risco de acometimento cardíaco. Esse dado reforça a importância da investigação de fraqueza muscular em pacien-

tes com ES, mesmo quando as enzimas musculares não estiverem elevadas.⁵

As síndromes de superposição (overlap) são definidas pela ocorrência de duas doenças do tecido conjuntivo ocorrendo concomitantemente. A esclerose sistêmica tem sido apontada como uma das principais doenças que se sobrepõem com as miopatias (cerca de 40% dos casos).^{3, 4, 5}

A avaliação dos sintomas musculares costuma contemplar achados clínicos, laboratoriais, de imagem, eletromiográficos e histológicos.³ No caso clínico que relatamos, aplicamos os Critérios Classificatórios ACR EULAR de 2013, sendo possível classificá-la com esclerose sistêmica pontuando os achados clínicos de fenômeno de Raynaud, telangiectasias e presença de puffy fingers, em conjunto com os achados radiológicos de doença pulmonar intersticial e com as alterações capilaroscópicas. A paciente ainda apresentava dois dos critérios classificatórios de Bohan e Peter (fraqueza muscular proximal, com disfagia e alterações das enzimas musculares), sendo possível considerar a possibilidade de polimiosite.

Embora não dispuséssemos de estudo histológico por biópsia muscular e nosso painel de autoanticorpos miosite-específicos e miosite-relacionados fosse limitado, os achados exube-

rantes de fraqueza muscular proximal, disfagia e alterações cutâneas da esclerose sistêmica nos remeteram ao diagnóstico de escleromiosite. Os resultados da ressonância magnética muscular e as avaliações fonoaudiológicas de disfagia foram importantes aliados na instituição diagnóstica e também nos encorajaram a realizar um tratamento mais agressivo.

A ressonância muscular tem desempenhado um importante papel no auxílio ao diagnóstico das miopatias inflamatórias, especialmente nos cenários em que a biópsia muscular não está disponível.⁶ A presença de edema muscular, lipossustituição, atrofia, fascíte e alterações do subcutâneo, embora inespecíficas, podem ser úteis para guiar o local da biópsia e também auxiliam na caracterização de inflamação muscular. O edema muscular costuma ser simétrico e os isquiotibiais e glúteos/abdutores são frequentemente afetados no início da doença.⁶

A capilaroscopia periungueal em pacientes com miopatias inflamatórias pode ser útil para o diagnóstico e acompanhamento, tendo em vista que uma porção significativa dos pacientes com MAS apresenta anormalidades capilares. Achados de padrão SD, padrão SD-like ou anormalidades inespecíficas têm sido descritos. Um estudo publicado em 2010 encontrou maior frequência de capilares ramificados/arborizados em pacientes com miopatias quando comparados aos controles (resultado com significância estatística).^{10, 11}

O tratamento das síndromes de superposição que envolvem MAS e ES compreende diversas intervenções farmacológicas e não-farmacológicas como evitar exposição ao frio (para prevenção de quadros isquêmicos graves associados ao fenômeno de Raynaud), reabilitação fisioterápica para melhora da força muscular e da amplitude de movimento e acompanhamento fonoaudiológico para auxílio no manejo da disfagia. Em relação ao tratamento medi-

camentoso, o uso da imunoglobulina endovenosa merece destaque tendo em vista sua utilização especialmente nos casos graves de fraqueza muscular e disfagia.^{7, 8, 9}

A imunoglobulina endovenosa (IgIV) consiste em um produto obtido pelo fracionamento do plasma de milhares de doadores e composto especialmente da classe IgG. Seu mecanismo de ação ainda não foi totalmente elucidado, porém postulam-se possíveis atuações na inibição da ativação de células-T dependente de citocinas e das vias do complemento, no bloqueio do fragmento Fc de imunoglobulinas nativas e na neutralização de autoanticorpos circulantes. Um mecanismo antifibrótico, potencialmente útil no tratamento da esclerose sistêmica, também tem sido proposto.^{7, 8, 9}

Em um estudo retrospectivo multicêntrico observacional em 18 hospitais da Espanha, setenta e oito pacientes com esclerose sistêmica que fizeram uso de imunoglobulina endovenosa, foram acompanhados entre dezembro de 2019 e maio de 2021. Neste grupo de pacientes, a indicação mais comum para uso da IgIV foi a presença de achados de miosite. Para os pacientes que fizeram uso de IgIV para esta indicação, houve importante melhora na força muscular, redução dos níveis de creatinofosfoquinase e melhora em índices funcionais.⁷

Neste caso clínico apresentado, optamos pelo uso de azatioprina como droga imunossupressora adjuvante tendo em vista a maior facilidade de obtenção desta via CEAF (usando o CID-10 M33.2 - polimiosite). Além disso, observamos a intolerância gastrointestinal com o uso de metotrexato no passado. Em conclusão, ressaltamos a importância da investigação de acometimento muscular na esclerose sistêmica, o uso de ferramentas de imagem muscular para auxílio no diagnóstico das miopatias inflamatórias e a alternativa terapêutica da imunoglobulina diante de casos graves, como este aqui apresentado.

REFERÊNCIAS

1. Volkman ER, Andréasson K, Smith V. Systemic sclerosis. Lancet. 2023 Jan 28;401(10373):304-318.
2. Rosendahl AH, Schönborn K, Krieg T. Pathophysiology of systemic sclerosis (scleroderma). Kaohsiung J Med Sci. 2022 Mar;38(3):187-195.
3. Connolly CM, Paik JJ. Myopathy in systemic sclerosis. Curr Opin Rheumatol. 2023 Nov 1;35(6):341-348.
4. Giannini M, Ellezam B, Leclair V, Lefebvre F, Troyanov Y, Hudson M, Senécal JL, Geny B, Landon-Cardinal O, Meyer A. Scleromyositis: A distinct novel entity within the systemic sclerosis and autoimmune myositis spectrum. Implications for care and pathogenesis. Front Immunol. 2023 Jan 26;13:974078.
5. Júnior JG, Mugii N, Inaoka PT, Sampaio-Barros PD, Shinjo SK. Inflammatory myopathies overlapping with systemic sclerosis: a systematic review. Clin Rheumatol. 2022 Jul;41(7):1951-1963.
6. Smitaman E, Flores DV, Mejía Gómez C, Pathria MN. MR Imaging of Atraumatic Muscle Disorders. Radiographics. 2018 Mar-Apr;38(2):500-522.
7. Tandaipan J, Guillén-Del-Castillo A, Simeón-Aznar CP, Carreira PE, De la Puente C, Narváez J, Lluch J, Rubio-Rivas M, Alegre-Sancho JJ, Bonilla G, Moriano C, Casafont-Sole I, García-Vicuña R, Ortiz-Santamaría V, Riera E, Atienza-Mateo B, Blanco R, Galisteo C, Gonzalez-Martin JJ, Pego-Reigosa JM, Pros A, Heredia S, Castellví I. Immunoglobulins in systemic sclerosis management. A large multicenter experience. Autoimmun Rev. 2023 Nov;22(11):103441.
8. Aggarwal R, Charles-Schoeman C, Schessl J, Bata-Csörgő Z, Dimachkie MM, Griger Z, Moiseev S, Oddis C, Schiopu E, Vencovský J, Beckmann I, Clodi E, Bugrova O, Dankó K, Ernste F, Goyal NA, Heuer M, Hudson M, Hussain YM, Karam C, Magnolo N, Nelson R, Pozur N, Prystupa L, Sárdy M, Valenzuela G, van der Kooi AJ, Vu T, Worm M, Levine T; Pro-DERM Trial Group. Trial of Intravenous Immune Globulin in Dermatomyositis. N Engl J Med. 2022 Oct 6;387(14):1264-1278.
9. Johan Lim, Filip Eftimov, Camiel Verhamme, Esther Brusse, Jessica E Hoogendijk, Christiaan G J Saris, Joost Raaphorst, Rob J De Haan, Ivo N van Schaik, Eleonora Aronica, Marianne de Visser, Anneke J van der Kooi, Intravenous immunoglobulins as first-line treatment in idiopathic inflammatory myopathies: a pilot study, Rheumatology, Volume 60, Issue 4, April 2021, Pages 1784–1792.
10. Mercer LK, Moore TL, Chinoy H, Murray AK, Vail A, Cooper RG, Herrick AL. Quantitative nailfold video capillaroscopy in patients with idiopathic inflammatory myopathy. Rheumatology (Oxford). 2010 Sep;49(9):1699-705.
11. Torres-Ruiz J, Pinal-Fernandez I, Selva-O'Callaghan A, Campbell B, Muñoz-Bracerás S, Mejía-Domínguez NR, Núñez-Álvarez C, Milisenda J, Casal-Domínguez M, Pak K, Guillén-Del-Castillo A, Trallero-Araguas E, Gil-Vila A, Mammen AL. Nailfold capillaroscopy findings of a multicentric multi-ethnic cohort of patients with idiopathic inflammatory myopathies. Clin Exp Rheumatol. 2024 Feb;42(2):367-376.

XELJANZ
citrato de tofacitinibe

Artrite Reumatoide



CONTROLE EFICAZ DA DOENÇA:

A remissão da AR* foi alcançada em comparação ao placebo em ensaios clínicos e foi demonstrada em cenários do mundo real.^{1,2}



PERFIL DE SEGURANÇA BEM ESTUDADO E DESCRITO:

Dados de segurança de longo prazo estão disponíveis, pois estudos foram conduzidos em pacientes com AR que usaram XELJANZ® por um período de até 9,5 anos.³



EFICÁCIA EM MONOTERAPIA:

XELJANZ® demonstrou eficácia em monoterapia no tratamento da AR.⁴



DISPONÍVEL NO SUS:

Para tratamento da artrite reumatoide e da artrite psoriásica.^{5,6}

Referências: 1. Smolen JS, et al. Remission Rates With Tofacitinib Treatment in Rheumatoid Arthritis: A Comparison of Various Remission Criteria. ARTHRITIS & RHEUMATOLOGY Vol. 69, No. 4, April 2017, pp 728–734. 2. D'Alessandro F, et al. ToRaRI (Tofacitinib in Rheumatoid Arthritis a Real-Life experience in Italy): Effectiveness, safety profile of tofacitinib and concordance between patient-reported outcomes and physician's global assessment of disease activity in a retrospective study in Central-Italy. Clinical Rheumatology (2024) 43:657–665. 3. Cohen SB, et al. Long-term safety of tofacitinib up to 9.5 years: a comprehensive integrated analysis of the rheumatoid arthritis clinical development programme. RMD Open 2020;6:e001395. doi:10.1136/rmdopen-2020-001395. 4. Fleischmann R, et al. Placebo-Controlled Trial of Tofacitinib Monotherapy in Rheumatoid Arthritis. N Engl J Med 2012;367:495-507. 5. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide e da Artrite Idiopática Juvenil. Acessado em 04/03/2025. Disponível em - https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/protocolos/2021112_portaria_conjunta_16_pcdt_ar.pdf 6. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Psoriásica. Acesso em 04/03/2025. Disponível em https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/protocolos/2021123_portaria_conjunta_pcdt_artrite_psoriatica.pdf

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.



Escaneie o QR para
acessar a bula de
XELJANZ®

Material de distribuição exclusiva para profissionais habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos.
Proibida a reprodução ou compartilhamento com terceiros. PP-XEL-BRA-0961 - Abril/2025
Pfizer Brasil Ltda.
Rua Alexandre Dumas, 1860 - São Paulo - SP - CEP 04717-904 - CNPJ 61.072.393/0001-33
© Copyright Pfizer Brasil Ltda. 2025 - Todos os direitos reservados. www.pfizer.com.br

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



DESTINOS ENCANTADORES PARA APROVEITAR O

outono no Brasil



Cores quentes, brisas suaves e fotografias que pedem por descanso e paz: esse é o clima do outono. E nesta edição a Reumato em Revista traz destinos encantadores, desenhados para a contemplação e a beleza. A estação que marca a passagem do verão e antecede o rigor do inverno, nos convida para viagens que combinam com um clima agradável, gastronomia acolhedora e paisagens naturais. Se você busca refúgios que ofereçam experiências ímpares nesta época do ano, confira uma seleção de seis destinos pelo país.

Está pronto para inspirar-se e marcar o próximo roteiro de turismo?

BENTO GONÇALVES, VINHAS E COLINAS DOURADAS

No coração da Serra Gaúcha, **Bento Gonçalves (RS)** ganha um ar ainda mais charmoso no outono – o que faz deste roteiro um lugar perfeito para experiências enoturísticas que incluem harmonizações com queijos, chocolates e pratos típicos da colonização italiana no **Vale dos Vinhedos**, além do passeio de trem e percursos históricos entre casas centenárias, ateliês e restaurantes coloniais que preservam a cultura e os sabores da região.



URUBICI: RESPIRE O AR DAS MONTANHAS

Localizada em Santa Catarina, Urubici é destino para quem deseja respirar ar puro e encantar-se com paisagens do sul. No outono, os dias claros e frios tornam o clima perfeito para trilhas e à noite - a cidade se transforma em um convite ao aconchego: pousadas com lareira, fondue e vinho serrano garantem o clima acolhedor para casais e também famílias.

Seja para contemplar as folhas secas em calçadas douradas, brindar com um bom vinho à beira da lareira ou caminhar por trilhas que revelam paisagens de tirar o fôlego, o outono brasileiro oferece opções para desacelerar, respirar novos ares e permitir-se viver experiências únicas.

GONÇALVES DAS CASAS CHARMOSAS E O CAFEZINHO MINEIRO

Ao sul de Minas Gerais, pequena Gonçalves é ideal para quem procura por manhãs de neblina e o sol suave da estação. Boa pedida para aventureiros contemplativos que curtem trilhas ecológicas, cafeterias artesanais, produtores locais de queijo, doces e geleia, além de pousadas intimistas. Cenário perfeito para quem busca paz e autenticidade.



SÃO FRANCISCO DE PAULA: ACONCHEGO EM MEIO ÀS ARAUCÁRIAS

Menos conhecida que sua vizinha Gramado, **São Francisco de Paula (RS)** surpreende no outono com seus **bosques de araucárias**, lagos tranquilos e o charme da vida serrana.

A cidade abriga parques ideais para ecoturismo e o clima friozinho convida à gastronomia local: **cafés coloniais, fondues e pratos à base de pinhão** fazem parte da experiência sensorial da estação.

CAMPOS DO JORDÃO E O CHARME DA SERRA PAULISTA

Destino clássico do outono ao alto inverno, **Campos do Jordão (SP)** é a “**Suíça Brasileira**” e combina temperaturas mais baixas da Serra da Mantiqueira com passeios, diversos hotéis no Capivari, além da gastronomia regional, parques, trilhas, cachoeiras, bares e cervejarias.

A arquitetura alpina, as charmosas lojas, os vinhos, a Maria Fumaça e o Horto Florestal também são atrações da cidade. Nessa época do ano já iniciam os festivais gastronômicos e culturais que reúnem os sabores da serra para toda a família.

VISCONDE DE MAUÁ E O SOSSEGO DA NATUREZA

Vilas pitorescas e cachoeiras de águas cristalinas fazem de **Visconde de Mauá (RJ)** o local ideal para quem busca tranquilidade e conexão com a natureza. No outono, o frio começa a se intensificar - o que valoriza ainda mais o clima romântico das pousadas. Trilhas, lojas de produtos artesanais, cafés com vista para o rio, lã e cerâmica são atrações da região.

Uma boa pedida quando se tratar de gastronomia é visitar o renomado Gosto com Gosto, da Chef Mônica Rangel – que há mais de 30 anos oferece o melhor da região em uma cozinha repleta de afeto e história, além de oficinas gastronômicas durante a temporada.



Confira alguns
pontos turísticos para
apreciar na cidade:



Saiba mais em:



J&J

A Janssen é agora a Johnson & Johnson Nova identidade. Mesmo propósito.

Ainda mais focada em qualidade e bem-estar.



Material destinado à classe médica. Novembro de 2024. CP-488534.

SIMPONI® CONTRAINDICAÇÃO: contraindicado em caso de Hipersensibilidade ao golimumabe ou qualquer dos excipientes. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** A combinação de SIMPONI® /Bio-Manguinhos Golimumabe com outros medicamentos biológicos usados para tratar as mesmas condições de SIMPONI®/Bio-Manguinhos Golimumabe, incluindo anacina e abatacepte, não é recomendada. **REMICADE® CONTRAINDICAÇÃO:** Não use Remicade®/Bio-Manguinhos Infliximabe caso tenha uma infecção grave, incluindo tuberculose. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** A combinação de infliximabe e anacina não é recomendada. **TREMFYA® CONTRAINDICAÇÃO:** Hipersensibilidade ao princípio ativo ou qualquer excipiente da fórmula. Pacientes com infecções ativas clinicamente importantes. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Interações medicamentosas entre guselcumabe e substratos de várias enzimas CYP (CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6 e CYP1A2) são improváveis. Não há necessidade de ajuste de dose ao coadministrar guselcumabe e substratos da CYP450. A eficácia e segurança de TREMFYA® em combinação com imunossupressores nos estudos de psoríase, incluindo biológicos ou fototerapia não foram avaliadas. Nos estudos de artrite psoriásica, uso concomitante de metotrexato não pareceu influenciar a segurança nem a eficácia de TREMFYA®.



Accesse a bula
do produto

SIMPONI®



REMICADE®



TREMFYA®



Johnson&Johnson

Innovative Medicine
InfoCenter

InfocenterBR@its.jnj.com
0800 701 1851

TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA O QUE PRODUZIMOS NA REUMATOLOGIA DO PARANÁ

Nesta seção, gostaríamos de trazer um resumo, com a opinião da editora, dos trabalhos realizados pelos residentes em reumatologia no estado do Paraná entre os anos de 2023 a 2025. Esses trabalhos mostram a grande qualidade do que está sendo produzido em termos de ciência no estado.

O IMPACTO DO TABAGISMO NOS DADOS DE FUNÇÃO PULMONAR DOS PACIENTES COM ESCLEROSE SISTÊMICA EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DO CHC-UFPR

Autor: Augusto Luís Kienen | **Orientador:** Carolina de Souza Müller

A Esclerose Sistêmica (ES) é uma colagenose que pode causar alterações pulmonares em até 80% dos pacientes, com Pneumopatia Intersticial Não Específica (PINE) e Hipertensão de Artéria Pulmonar (HAP) sendo as mais comuns. O papel do tabagismo na piora da função pulmonar é incerto, e estudos apresentam vieses ao comparar tabagistas e ex-tabagistas com pacientes não fumantes, trazendo conclusões mistas sobre a progressão da função pulmonar nessas populações. O Objetivo desse estudo foi comparar a progressão das provas de função pulmonar entre pacientes do ambulatório de ES do CHC-UFPR com e sem história de tabagismo. Realizou-se um estudo observacional, transversal, em que foram analisados os dados demográficos, clínicos, de tabagismo e de função pulmonar de pacientes com ES acima de 18 anos que preenchiam critérios classificatórios de ES segundo ACR/EULAR 2013, pacientes não tabagistas e pacientes com carga tabágica conhecida e quantificável. Os dados foram colhidos por ocasião da consulta ambulatorial dos pacientes no CHC-UFPR, através de aplicação de questionário pré-estabelecido. Dos 79 pacientes com esclerose sistêmica (ES), 16 apresentavam esclerose sistê-

mica cutânea difusa (ESCD), 53 apresentavam esclerose sistêmica cutânea limitada (ESCL) e 10 apresentavam a forma sine scleroderma. A relação volume expiratório forçado no primeiro segundo/capacidade vital forçada (VEF1/CVF) foi menor nos tabagistas em comparação com os não tabagistas, tanto em valores absolutos ($76,68 \pm 6,00$ vs $80,10 \pm 7,95$, $p=0,0124$) quanto em percentuais ($94,19 \pm 8,56$ vs $99,44 \pm 9,20$, $p=0,0040$). A capacidade pulmonar total (CPT) em valores percentuais e a CVF em valores absolutos apresentaram valores mais elevados nos tabagistas comparativamente aos não tabagistas ($102,66 \pm 11,22$ vs $94,27 \pm 14,47$, $p=0,0269$ e $3,14 \pm 0,69$ vs $2,65 \pm 0,7$, $p=0,0062$, respectivamente). Foi observado um declínio nos valores de VEF1 ao longo de quatro avaliações espirométricas em ambos os grupos, além de redução significativa da CPT e CVF no grupo não tabagista (CPT: 2espirometrias 1 vs 4, $p=0,0104$ e espirometrias 3 vs 4, $p=0,0417$; CVF: espirometria 3 vs espirometria 4, $p=<0,0001$). A resposta ao broncodilatador foi limitada. Esse estudo demonstrou uma porcentagem acima de 30% de pacientes com histórico de tabagismo. Nas espirometrias sequenciais realizadas, observou-se apenas no grupo de pacientes

sem histórico de tabagismo redução significativa dos valores de CPT e CVF. Dados interessantes sobre a função pulmonar em pacientes com ES podem ser considerados, como o declínio lento da função pulmonar, concordante com a literatura encontrada pelos autores. A comparação com outros estudos mostra que a relação entre tabagismo e função pulmonar

em pacientes com ES é complexa e multifatorial, com diversos vieses de confundimento que dificultam a interpretação dos resultados. Novos questionamentos podem ser levantados para que estudos futuros considerem novas variáveis de análise como subtipos de ES, uso de medicamentos, e o tabagismo de maneira mais detalhada.

.....

PREVALÊNCIA E FATORES PREDITORES DE ARTRITE REUMATOIDE DE DIFÍCIL TRATAMENTO: UM ESTUDO OBSERVACIONAL E RETROSPECTIVO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE CURITIBA

Autor: Fabiula Heinzen Felisberto | **Orientador:** Bárbara Stadler Kahlow

O avanço das opções terapêuticas para a artrite reumatoide (AR) melhorou o desfecho da doença de forma significativa nas últimas décadas. No entanto, ainda há um subgrupo de pacientes que permanece sintomático após diferentes tratamentos. Para esse subgrupo, é utilizado o termo artrite reumatoide “*difficult-to-treat*” (AR D2T). Os objetivos desse estudo foram identificar a prevalência e os fatores preditores da AR D2T na população de pacientes do serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie (HUEM). Realizou-se um estudo longitudinal retrospectivo onde foram analisados os dados dos prontuários de pacientes com AR acompanhados no ambulatório de reumatologia do HUEM. Foram coletados dos prontuários dados epidemiológicos (sexo, idade, altura, peso, idade ao diag-

nóstico, tempo de doença, histórico familiar de AR, histórico de tabagismo/etilismo e comorbidades), relacionados à doença (manifestações extra articulares, FR, anti-CCP, uso anterior e atual de DMARDs e corticoide incluindo motivos de falha, dados de atividade de doença e HAQ) e exames complementares (laboratoriais e radiografias). Dos 227 pacientes incluídos do estudo, 11,4% foram classificados como AR D2T. Os fatores associados à AR D2T foram idade mais jovem ao diagnóstico e consequentemente tempo de doença, presença de fibromialgia concomitante, doença erosiva, uso crônico de corticoide e medidas de atividade de doença mais elevadas. Destacamos, desse artigo, a tabela número 2, que apresenta, dentre os pacientes classificados como AR D2T, o motivo da suspensão de cada droga utilizada.

Tabela 2. Análise dos motivos de suspensão dos medicamentos no grupo da AR D2T

BIOLÓGICOS			
Número de biológicos usados	N	% de pacientes D2T N = 26	% de usuários de biológicos no grupo D2T N = 26
Sem biológicos	0	0	-
Um biológico	0	0	0
Dois biológicos	18	69,2%	69,2%
Três biológicos	3	11,5%	11,5%
Quatro biológicos	5	19,2%	19,2%

MOTIVOS DE SUSPENSÃO DO METOTREXATO (MTX)			
	N	% de pacientes D2T N = 26	% de usuários de MTX no grupo D2T N = 26
Não usou	0	0	-
Falha	9	34,6%	34,6%
Evento adverso	15	57,65%	57,65%
Má adesão	2	7,6%	7,6%
MOTIVOS DE SUSPENSÃO DE LEFLUNOMIDA (LFN)			
	N	% de pacientes D2T N = 26	% de usuários de LFN no grupo D2T N = 26
Não usou	2	7,6%	-
Falha	11	42,3%	45,8%
Evento adverso	12	46,1%	50%
Má adesão	1	3,8%	4,1%
MOTIVOS DE SUSPENSÃO DOS INIBIDORES DA JAK (iJAK)			
	N	% de pacientes D2T N = 26	% de usuários de iJAK no grupo D2T N = 26
Não usou	20	76,9%	-
Falha	6	23,0%	100%
Evento adverso	0	0	0
Má adesão	0	0	0
MOTIVOS DE SUSPENSÃO DOS ANTI-TNF			
	N	% de pacientes D2T N = 26	% de usuários de anti-TNF no grupo D2T N = 26
Não usou	0	0	-
Falha	22	84,6%	84,6%
Evento adverso	4	18,1%	18,1%
Má adesão	0	0	0
MOTIVOS DE SUSPENSÃO DO ABATACEPTO (ABA)			
	N	% de pacientes D2T N = 26	% de usuários de ABA no grupo D2T N = 8 (desabastecimento não contabilizado)
Não usou	13	50%	-
Falha	6	23,0%	75%
Evento adverso	2	7,6%	35%
Desabastecimento	5	19,2%	-
Má adesão	0	0	-

MOTIVOS DE SUSPENSÃO DO TOCILIZUMABE (TCZ)			
	N	% de pacientes D2T N = 26	% de usuários de TCZ no grupo D2T N = 3
Não usou	23	88,4%	-
Falha	3	11,5%	100%
Evento adverso	0	-	-
Má adesão	0	-	-

MOTIVOS DE SUSPENSÃO DO RITUXIMABE (RTX)			
	N	% de pacientes D2T N = 26	% de usuários de RTX no grupo D2T N = 1
Não usou	25	96,1%	-
Falha	0	0	0
Evento adverso	1	3,8%	100%
Má adesão	0	0	0

.....

AVALIAÇÃO DE ENTESITE POR ULTRASSONOGRAFIA E SUAS CORRELAÇÕES CLÍNICAS EM ESPONDILOARTRITE AXIAL E ARTRITE PSORIÁSICA

Autor: Felipe Carluccio Falavigna | **Orientador:** Chayanne Rossetto

A entesite é uma característica central na espondiloartrite axial (axSpA) e na artrite psoriásica (PsA), associada a dor, inflamação e limitação funcional. A ultrassonografia (US) tem emergido como ferramenta sensível e acessível para identificar alterações inflamatórias e estruturais nas enteses, incluindo espessamento, hipoecogenicidade, calcificações e sinal de Doppler (PD), auxiliando na avaliação clínica e no manejo dessas condições. O objetivo desse estudo foi comparar as características clínicas e ultrassonográficas das enteses do calcâneo em pacientes com axSpA e PsA e identificar correlações com variáveis clínicas, laboratoriais e terapêuticas. Foi realizado um estudo observacional, transversal, com 60 pacientes do ambulatório de espondiloartrites do CHC-UFPR. Os participantes foram pareados por patologia, idade, sexo e uso de terapia medicamentosa. A avaliação ultrassonográfica incluiu medidas de espessamento, presença de hipoecogenicidade, calcificações, entesófitos, erosões e sinal de PD. Dados clínicos como tempo de doença, presença de dactilite, uveíte, HLA-B27 e

índices de atividade (ASDAS-PCR, BASDAI e DAPSA) foram correlacionados aos achados por análise estatística, utilizando regressão logística para avaliar associações com dano e inflamação. Dos pacientes, 53,3% tinham axSpA e 46,7% PsA, com idade média superior no grupo PsA (55 anos, $p=0,025$). A positividade para HLA-B27 foi maior no grupo axSpA (63,3%, $p<0,001$). A análise ultrassonográfica mostrou dano estrutural em 64,3% dos pacientes com PsA e 53,1% com axSpA ($p=0,439$), enquanto a inflamação foi identificada em 53,6% e 53,1%, respectivamente ($p=1$). O espessamento foi a alteração inflamatória mais prevalente, especialmente no polo superior do calcâneo. Dactilite foi associada a maior frequência de dano (71,4%) e inflamação (71,4%), embora sem significância estatística. Conclui-se que o US permite detectar alterações inflamatórias e estruturais em enteses, complementando o exame clínico em axSpA e PsA. Estudos com maior tamanho amostral são necessários para confirmar os achados e explorar potenciais fatores de risco para dano articular.

FATORES DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM ESPONDILOARTRITE AXIAL EM UM SERVIÇO TERCIÁRIO BRASILEIRO

Autor: Laura Giacomini Sari | **Orientador:** Natalia Pereira Machado

OBJETIVO: Analisar as variáveis demográficas e clínicas associadas a diminuição da qualidade de vida em uma coorte brasileira de pacientes com espondiloartrite axial (EpAax). Foram registradas as variáveis clínicas, antropométricas e demográficas de pacientes maiores de 18 anos portadores de EpAax que preencheram critérios ASAS de 2009. A qualidade de vida foi analisada por meio do questionário Ankylosing Spondylitis Quality of Life (ASQoL). A pontuação média do ASQoL foi de 8,69 t 4,73. Houve impacto do BASDAI ($p < 0,001$), BASFI ($p < 0,001$),

presença de depressão ($p = 0,054$), fibromialgia ($p = 0,009$) e uso atual de terapia imunobiológica ou inibidores de JAK ($p = 0,02$) no ASQoL.

Não houve diferença com relação a sexo, forma radiográfica ou não radiográfica e outros parâmetros como escolaridade, estado civil e renda mensal. Concluiu-se que nesta série de pacientes com EpAax, ter diagnóstico de fibromialgia, depressão e piores atividade e funcionalidade estiveram associados a uma qualidade de vida reduzida.

.....

AValiação DA PREVALÊNCIA DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE INDUZIDA POR GLICOCORTICOIDES NO ACOMPANHAMENTO INICIAL DE PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE EM SERVIÇO TERCIÁRIO BRASILEIRO DE REUMATOLOGIA

Autor: Luiza Piva | **Orientador:** Andreas Funke

INTRODUÇÃO: A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica frequentemente tratada com glicocorticoides (GC), e tanto a doença propriamente dita quanto o uso de GC resultam em perda óssea e aumento no risco de fraturas. Estas complicações podem ser minimizadas através do controle adequado da AR, abordagem de fatores de risco, minimização do uso de GC e medidas de prevenção e tratamento da osteoporose induzida por GC (OPIG). O objetivo desse estudo foi avaliar a implementação de medidas de prevenção e tratamento da OPIG em pacientes com AR em uso crônico de GC, incluindo identificação e abordagem de fatores de risco, classificação do risco de fratura pelo FRAX, solicitação de densitometria óssea, dosagem sérica de vitamina D, otimização da ingestão de cálcio e vitamina D e prescrição de medicação antiosteoporótica.

O estudo foi transversal, observacional, de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, com artrite reumatoide de acordo com os critérios de classificação revisados de 1987 da ARA (American Rheumatism Association) ou de 2010 do ACR/EULAR (American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism) e tratados forma crônica com GC. Coleta de dados em questionário estruturado referentes aos primeiros 12 meses de acompanhamento pela AR em uso de GC, complementada se necessário por entrevista dos pacientes. Realizada a análise estatística através da sumarização descritiva dos achados através de média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartil, frequência ou proporção, de forma apropriada a cada tipo de variável. Foram incluídos 50 pacientes com idade mediana de 56 anos, predominantemente do

sexo feminino e etnia branca, com tempo mediano de seguimento de 48 meses. Atividade moderada ou alta da AR estava presente em 29 pacientes (58%). Nos primeiros 12 meses de seguimento, o cálculo do FRAX foi documentado em apenas 4,3% dos pacientes com idade ≥ 40 anos, a densitometria óssea realizada em 16 pacientes (32%) e os níveis séricos de 25(OH)vitamina D foram avaliados em 36 pacientes (72%), dos quais 19 (52,8%) apresentavam deficiência ou insuficiência de vitamina D. O histórico de fraturas e o histórico de quedas foi questionado nos primeiros 12 meses em 14 (28%) e 9 (18%) pacientes, respectivamente. A suplementação de vitamina D ocorreu em 31 pacientes (62%), e uma ou mais medidas não farmacológicas de prevenção de perda óssea e fraturas foram utilizadas por todos os pacientes (100%). O uso de medicações antiosteoporóticas foi feito por 14 pacientes (28%). O diagnóstico de OPIG foi feito em 12 pacientes (24%), e fraturas ocorreram em 6 pacientes (12%), sendo subclínicas em 4 pacientes (8%) e clínicas em 2 pacientes (4%). A prevalência do cálculo do FRAX, realização de densitometria óssea e uso de medicações antiosteoporóticas foi mais baixa do que as frequências relatadas

na literatura em populações de pacientes com AR, usuários ou não de GC. Embora o presente estudo indique uma aderência satisfatória às medidas não farmacológicas de prevenção de perda óssea e fraturas, verificou-se uma prevalência muito baixa do cálculo do risco de fraturas pelo FRAX, e uma prevalência menor do que a reportada na literatura da realização de densitometria óssea e da farmacoterapia para prevenção ou tratamento de OPIG. O estudo revela a necessidade de ampliação do uso de medidas de avaliação de risco de fraturas e de melhor adesão às diretrizes internacionais de prevenção e tratamento da OPIG, incluindo o uso sistemático de medidas relativamente simples e acessíveis tais como o cálculo do FRAX, densitometria óssea, otimização da ingestão de cálcio, suplementação de cálcio e vitamina D, exposição solar e prática de exercícios. Outro achado potencialmente relevante é que quase 60% dos pacientes apresentavam AR não controlada (em atividade moderada ou alta), indicando haver necessidades não atendidas no que se refere ao tratamento da AR, possivelmente contribuindo para a perpetuação do uso de GC por parte destes pacientes.



ACHADOS ULTRASSONOGRAFICOS EM PACIENTES COM LÚPUS E QUEIXAS ARTICULARES

Autor: Mateus Latrônico Baena | **Orientador:** Dr. Thiago Alberto F. G. Dos Santos

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune caracterizada por ampla heterogeneidade clínica, incluindo comprometimento frequente articular (até 95% ao longo da evolução da doença, 50%-80% como 1ª manifestação), muitas vezes subestimado na avaliação clínica convencional. A utilização crescente da ultrassonografia na prática reumatológica tem evidenciado alterações erosivas e inflamatórias subclínicas, desafiando a percepção tradicional da doença articular.

O objetivo desse trabalho foi investigar a prevalência e as características das alterações articulares detectadas por ultrassonografia em pacientes com LES com queixas articulares, além de avaliar o impacto funcional dessas alterações. Adicionalmente, objetivou-se identificar potenciais associações entre os achados ultrassonográficos e características clínicas e imunológicas específicas.

O estudo foi transversal e observacional, realizado no ambulatório especializado em lúpus

do serviço de reumatologia do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, entre dezembro de 2023 e novembro de 2024. Foram incluídos pacientes com idade superior a 18 anos que preenchiam os critérios classificatórios do ACR/EULAR 2019 para LES e apresentavam manifestações clínicas articulares. As pacientes foram submetidas à avaliação radiográfica, como também ultrassonográfica das mãos e punhos para detecção de sinovite e erosões ósseas, além da caracterização de fenótipos de acometimento clínico, sorológico e da funcionalidade por meio do Health Assessment Questionnaire (HAQ). Participaram do estudo 13 pacientes do sexo feminino, com média etária de 35,3 anos. A presença de sinovite foi constatada em 69,2% dos casos, sinais de power doppler positivo em 23%, sendo que nenhuma erosão óssea foi identificada ao ultrassom ou radiografia. Houve tendência de pior funcionalidade (HAQ) associada à presença de sinovite,

assim como o número de articulações afetadas, porém sem significância estatística. Não foram observadas associações significativas entre sinovite e características clínicas ou perfis sorológicos específicos, embora tenha sido observada uma tendência de associação com a presença dos anticorpos anti-Sm e anti-RNP. Conclui-se que a doença articular causa um impacto negativo na funcionalidade, visto que tanto a simples presença de sinovite, quanto o número de articulações afetada tem relação positiva com a pontuação no score de funcionalidade (HAQ). Perfis clínicos e de autoanticorpos não se mostraram bons preditores de alterações ultrassonográficas ao US, com exceção aos anticorpos anti-SM e anti-RNP. A literatura sobre o tema é crescente, porém ainda controversa, aflorando a necessidade de novos estudos com metodologias padronizadas para melhor entendimento do assunto.



DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM ARTRITE PSORIÁSICA NO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ

Autor: Guilherme Henrique Silva Fogaça | **Orientador:** Felipe Merchan Ferraz Grizzo

O Objetivo desse estudo foi caracterizar o perfil dos pacientes com artrite psoriásica (AP) atendidos no ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM), e identificar pontos deficitários dentro dessa nova abordagem da AP, a fim de criar um protocolo de atendimento e condutas de pacientes com AP.

Foi um estudo transversal e retrospectivo que analisou prontuários eletrônicos de pacientes com AP atendidos no ambulatório de reumatologia do Hospital Universitário de Maringá. A coleta de dados seguiu critérios baseados em estudos prévios e utilizou códigos CID-10 específicos para a doença. Foram incluídos 31

pacientes com idade ≥ 18 anos, excluindo-se aqueles com perda de seguimento ou óbito. A pesquisa foi documental, dispensando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo sigilo e confidencialidade das informações. A amostra foi composta por 71% de mulheres, majoritariamente brancas (83,8%), com idade predominante entre 30 e 50 anos. As manifestações cutâneas precederam a artrite em 22,5% dos casos, com um intervalo médio de 11,2 anos entre os sintomas. A poliartrite simétrica foi a forma mais comum (70,9%), seguida pelo acometimento axial (45,1%). Outros domínios incluíram entesite (16,1%), dactilite (6,4%) e uveíte (3,2%). O teste HLA-B27 foi

realizado em 12,9% dos pacientes, todos negativos. A maioria (93,5%) apresentou artrite periférica, e 51,6% tinham comprometimento do couro cabeludo. O tabagismo esteve presente em 16,1% da amostra, um fator associado à maior gravidade da doença. Comorbidades como hipertensão (67,7%), dislipidemia (61,2%)

e diabetes tipo 2 (38,7%) foram comuns, destacando a alta prevalência da síndrome metabólica na AP. O estudo reforça a necessidade de estratégias diagnósticas precoces e protocolos assistenciais específicos para otimizar o manejo da doença.



ANÁLISE DA PREVALÊNCIA RADIOGRÁFICA DE CONDROCALCINOSE EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE: UMA AMOSTRA SUL BRASILEIRA

Autor: Isabela Miotto Neves | **Orientador:** Bárbara Stadler Kahlow

A condrocalcinose comumente manifesta-se como artrite, recebendo o nome de doença por depósito de pirofosfato de cálcio. Quando cursa com quadro de poliartrite crônica assemelha-se à artrite reumatoide. E os pacientes com artrite reumatoide, devido à inflamação articular crônica, apresentam danos à cartilagem que estimulam a formação dos cristais de pirofosfato de cálcio levando à coexistência das duas doenças. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de condrocalcinose em pacientes com artrite reumatoide e analisar o perfil clínicos dos mesmos. Este estudo foi lon-

gitudinal, observacional e retrospectivo, com análise de dados epidemiológicos, clínicos, laboratoriais e radiográficos de 110 pacientes com artrite reumatoide. A prevalência de condrocalcinose nos pacientes com artrite reumatoide foi de 5,45%. Os fatores associados à condrocalcinose foram idade e diabetes mellitus. A condrocalcinose pode coexistir com a AR devido ao dano cartilaginoso crônico causado pela doença, mas deve-se atentar para a possibilidade de erros diagnósticos. Atenção especial deve ser dada para os pacientes com mais de 60 anos de idade.

UM OLHAR QUE ETERNIZA MEMÓRIAS: A PAIXÃO PELA FOTOGRAFIA DE ANTONIO CARLOS MONTEIRO RIBAS

Sensibilidade, história e empatia num hobby que reflete sua maneira única de viver a vida, assim a paixão de Antonio Carlos Monteiro Ribas pela fotografia atravessa décadas. Embora não saiba exatamente em que momento a foto se tornou parte do dia a dia, recorda que desde muito jovem - ainda nos anos 1970 - já gostava de registrar momentos importantes com pessoas queridas, a família e paisagens. Um marco desse caminho guiado pelo amor às lentes foi a famosa nevasca de julho de 1975, em Curitiba. A cidade parou: às 11h da manhã já não se encontrava mais rolos de filme nas lojas, tamanha a corrida das pessoas para eternizar aquele fenômeno histórico. Ali, percebeu de forma clara a importância de registrar o efêmero, a história e os momentos que nunca mais se repetiriam.



Esse episódio consolidou ainda mais seu interesse, que ao longo dos anos foi amadurecendo. Hoje, Ribas é um verdadeiro guardião de memórias: acumula cerca de 40 mil fotografias impressas catalogadas com rigor - em ordem cronológica de ano, mês e ocasião - além das mais de 200 mil imagens digitais que guarda em seu computador. Todos os anos, revela aproximadamente 2 mil novas fotos para seu acervo particular, preservando a tradição de tocar, visitar e relembrar as imagens que registram suas histórias e vivências.

ACERVO QUE PRESERVA A HISTÓRIA

Foi na década de 1990 que seu olhar atento encontrou novos temas: casas seculares, carros antigos e museus passaram a ser clicados com frequência. A motivação? **Preservar, por meio da fotografia - aquilo que considera parte essencial da nossa memória coletiva.** Muitas das casas de madeira ou de arquitetura única que Ribas fotografou já não existem mais - foram substituídas por sobrados ou edifícios modernos que, embora contem outra história, apagaram parte da Curitiba centenária.

Quando fotografa casas muito bem cuidadas, sente-se tocado pela estética acolhedora que ainda resiste na paisagem urbana.

Para ele, registrar essas construções é mais do que um hobby: é um ato de respeito e valorização da memória e do passado. ***“Muitas vezes, nem saio do carro para fazer as fotos”***, comenta, ressaltando a espontaneidade e a autenticidade de seus registros.

Além das casas e de carros antigos, ele também ama fotografar paisagens, parques com lagoas, grandes cidades, arquiteturas imponentes, portas e janelas de épocas passadas.

Cada detalhe clicado é um convite à reflexão:

“Qual foi o pensamento do arquiteto ou engenheiro de tantas décadas atrás?”



FOTOGRAFIA, SENSIBILIDADE E A MEDICINA: O ELO INVISÍVEL

“A empatia e a capacidade de sentir com o outro fazem parte da minha essência na medicina e na vida”, comenta. E essa sensibilidade aguçada transborda da fotografia para sua prática médica. Em mais de 45 anos de carreira, sempre cultivou a empatia e o respeito pelo próximo como valores inegociáveis. Hoje, observa que muitos jovens profissionais, por diversas razões, acabam perdendo essa conexão genuína com os pacientes.

Esse valor foi reforçado também em sua atuação como docente de cuidados paliativos na Universidade Mackenzie, onde lecionou por 12 anos. Durante as aulas, abordava temas difíceis como a morte e o morrer, preparando os alunos para conduzirem situações de finitude com delicadeza, respeito e humanidade – já que a empatia é uma habilidade que se aprende e deve ser cultivada diariamente, tanto na medicina, quanto na vida.

O AMIGO QUE REGISTRA OS MOMENTOS

Ribas também empresta seu olhar apurado aos eventos da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR), registrando momentos de confraternização e aprendizado. Suas fotografias são sempre compartilhadas com os colegas, servindo como lembrança dos encontros. Do mesmo modo, no clube de carros antigos do qual faz parte por ser colecionador – une suas duas paixões: emoldura seus veículos e o dos amigos em cenários cuidadosamente escolhidos.

Durante as viagens para cidades de arquitetura histórica, seu olhar apurado busca detalhes especiais que contam histórias silenciosas de um Brasil de outras épocas. E já que fotografar é eternizar – captando a beleza que muitas vezes passa despercebida aos olhos apressados - cada click é um convite à contemplação, à reflexão e à preservação da memória. A trajetória de Ribas enquanto médico e fotógrafo é, acima de tudo, a história de quem decidiu ver e registrar - o lado mais sensível e bonito da vida. A arte, em suas diferentes expressões, da pintura à escultura, da música ao silêncio... Da criatividade presente nos pequenos detalhes do cotidiano num legado de beleza, memória e humanidade.

olumiant.[®]
(baricitinibe) comprimidos

Uma evolução no tratamento da artrite reumatoide.

30% Taxas de remissão mais elevadas vs. anti-TNF.^{1,2}



Melhora da resistência óssea.⁴



Possibilidade de uso em monoterapia.^{2,5}

50% Maior persistência vs. anti-TNF.³



Comodidade posológica: uma vez ao dia.⁶

Perfil de segurança a longo prazo, com avaliação de 9,3 anos.⁶

OLUMIANT[®] (baricitinibe) - Indicações: OOLUMIANT em monoterapia ou em combinação com metotrexato (MTX) é indicado para o tratamento de pacientes adultos com artrite reumatoide ativa moderada a grave com resposta inadequada ou intolerância a um ou mais medicamentos antirreumáticos modificadores da doença (DMARDs não biológicos e biológicos). OOLUMIANT é indicado para o tratamento de pacientes adultos com dermatite atópica moderada a grave, que são candidatos à terapia sistêmica. OOLUMIANT é indicado para o tratamento da COVID-19 em pacientes adultos hospitalizados que necessitam de oxigênio por máscara ou cateter nasal, ou que necessitam de alto fluxo de oxigênio ou ventilação não invasiva. OOLUMIANT é indicado para o tratamento de pacientes adultos com alopecia areata grave. Advertências e Precauções: o tratamento com OOLUMIANT é associado com um aumento da taxa de infecções, como infecções do trato respiratório superior. OOLUMIANT deve ser usado com cautela em pacientes com infecção ativa, recorrente ou crônica clinicamente importante. OOLUMIANT não deve ser administrado a pacientes com tuberculose ativa. Evitar o início ou interromper o tratamento com OOLUMIANT em pacientes com CAN < 1.000 células/mm³ ou CAL < 500 células/mm³. Caso o paciente desenvolva herpes zoster, o tratamento com OOLUMIANT deve ser interrompido até que o episódio se resolva. Antes de iniciar o tratamento com OOLUMIANT, os pacientes devem ser examinados para detectar hepatite viral. O uso de OOLUMIANT com vacinas vivas atenuadas não é recomendado. Evitar o uso de OOLUMIANT em pacientes com hemoglobina < 8 g/dL. Aumentos nos parâmetros de lipídeos foram reportados em pacientes tratados com OOLUMIANT. Avaliar os parâmetros lipídicos aproximadamente 12 semanas após o início da terapia com OOLUMIANT. Se o aumento na ALT ou AST for observado, e houver suspeita de lesão hepática induzida pelo medicamento, OOLUMIANT deve ser interrompido até que o diagnóstico seja excluído. OOLUMIANT deve ser utilizado com cautela em pacientes com fatores de risco para eventos cardiovasculares adversos maiores (MACE). Foram reportados eventos de trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP) em pacientes que receberam OOLUMIANT. OOLUMIANT deve ser usado com cautela em pacientes com fatores de risco para TVP/EP. Em pacientes com COVID-19 a profilaxia para tromboembolismo venoso é recomendada a menos que contraindicada. Há informações limitadas sobre o uso de OOLUMIANT em pacientes com COVID-19 e quaisquer dos seguintes achados clínicos: infecções graves ativas concomitantes; CAN < 1.000 células/mm³; CAL < 200 células/mm³; Hemoglobina < 8 g/dL. OOLUMIANT deve ser usado com cautela em pacientes que possam ter o risco aumentado para perfuração gastrointestinal. Linfoma e outras malignidades foram reportadas em pacientes tratados com OOLUMIANT. Devem ser considerados os benefícios e os riscos para cada paciente antes de iniciar ou continuar a terapia com OOLUMIANT. Em caso de suspeita de dengue, ou quando associado a outros medicamentos que aumentem o efeito hemorrágico a prescrição deste medicamento ou a manutenção do tratamento com ele deve ser reavaliada, devido ao seu potencial hemorrágico. OOLUMIANT contém os corantes dióxido de titânio e óxido de ferro vermelho que podem, eventualmente, causar reações alérgicas. Com base no mecanismo de ação e nos achados em animais, OOLUMIANT pode causar dano fetal. Mulheres em idade fértil devem tomar as precauções apropriadas para evitar engravidar durante o tratamento com OOLUMIANT e por, no mínimo, uma semana depois do final do tratamento. É desconhecido se baricitinibe está presente no leite humano. Amamentação não é recomendada durante o tratamento com OOLUMIANT. Uso criterioso no aleitamento ou na doação de leite. A segurança e a eficácia de OOLUMIANT em pacientes pediátricos não foram estabelecidas. Não foram observadas diferenças globais de segurança ou eficácia entre indivíduos com 65 anos de idade ou mais e indivíduos mais jovens. Outra experiência clínica relatada não identificou diferenças nas respostas entre idosos e pacientes mais jovens, porém uma maior sensibilidade em alguns indivíduos mais velhos não pode ser descartada. Não é necessário ajuste de dose em pacientes com comprometimento hepático leve ou moderado. OOLUMIANT não é recomendado em pacientes com comprometimento hepático grave. Foi determinado que a função renal afeta significativamente a exposição ao baricitinibe. Interações medicamentosas: baricitinibe, in vitro, não inibiu nem induziu significativamente a atividade das enzimas do citocromo P450, não inibiu as glicoproteínas-P transportadoras ou polipeptídeos de transporte aniónico orgânico 1B1, o transportador aniónico orgânico 1, OAT2, OAT3, transportador catiónico orgânico 1, OCT2, OATP1B3, proteína de resistência ao câncer de mama e proteína de extrusão tóxica e multidroga 1 e MATE2-K. Mas alterações clinicamente significativas para as drogas que são substratos para estes transportadores são improváveis. A coadministração de baricitinibe com fluconazol ou rifampicina não resultou em efeitos clinicamente significativos na farmacocinética de baricitinibe. A coadministração de baricitinibe com ciclosporina ou MTX não resultou em efeitos clinicamente significativos na exposição ao baricitinibe. Nenhum estudo foi conduzido para investigar possível interação entre OOLUMIANT e plantas medicinais, álcool, nicotina e a realização de exames laboratoriais e não laboratoriais. Na artrite reumatoide, a associação com DMARDs biológicos ou outros inibidores da JAK não foi estudada e não é recomendada. A utilização de OOLUMIANT com medicamentos imunossupressores potentes, como azatioprina, tacrolimus ou ciclosporina foi limitada nos estudos clínicos de baricitinibe, não sendo possível excluir o risco de um efeito aditivo de imunossupressão. Na dermatite atópica e na alopecia areata, a associação com imunomoduladores biológicos, outros inibidores da JAK, ciclosporina ou outros imunossupressores potentes não foi estudada e não é recomendada. Posologia: Artrite reumatoide: a dose recomendada de OOLUMIANT é de 4 mg uma vez ao dia. Para alguns pacientes, a dose de 2 mg uma vez ao dia pode ser apropriada. OOLUMIANT pode ser usado como monoterapia ou em combinação com corticosteróides tópicos. Inibidores tópicos de calcineurina também podem ser usados. COVID-19: a dose recomendada de OOLUMIANT é de 4 mg uma vez ao dia durante 14 dias ou até a alta hospitalar, o que ocorrer primeiro. OOLUMIANT pode ser usado com ou sem remdesivir. A profilaxia para tromboembolismo venoso é recomendada a menos que contraindicada. Alopecia areata: a dose recomendada de OOLUMIANT é de 4 mg uma vez ao dia. Para alguns pacientes, a dose de 2 mg uma vez ao dia pode ser apropriada. Ajuste de dose: a dose recomendada de OOLUMIANT em pacientes com taxa de filtração glomerular estimada (eGFR) entre 30 e 60 mL/min/1,73 m² é de 2 mg uma vez ao dia. Não é necessário ajuste da dose de OOLUMIANT em pacientes com insuficiência hepática leve a moderada. O uso não é recomendado em pacientes com eGFR < 30 mL/min/1,73 m² e com insuficiência hepática grave. A dose recomendada de OOLUMIANT para pacientes que tomam inibidores de transportador de ânion orgânico 3 com forte potencial de inibição é de 2 mg uma vez ao dia. A dose inicial recomendada para pacientes ≥ 75 anos para as indicações artrite reumatoide e dermatite atópica é de 2 mg, enquanto para a indicação COVID-19 não é necessário ajuste de dose. OOLUMIANT não foi estudado em pacientes com idade ≥ 75 anos para a indicação de alopecia areata. Nessas populações a dose inicial de 2 mg pode ser apropriada. Reações adversas: Artrite reumatoide, dermatite atópica e alopecia areata: muito comum (> 10%); infecções do trato respiratório superior, colesterol LDL ≥ 130 mg/dL (≥ 3,36 mmol/L); comum (≥ 1% e < 10%); náusea, dor abdominal, gastroenterite, infecções do trato urinário, herpes simples, herpes zoster, dor de cabeça, acne, creatina fosfoquinase > 5 x LSN, ALT ≥ 3 x LSN e trombose > 600.000 células/mm³. Dados esporádicos: comum (≥ 1% e < 10%); erupção cutânea (rash). COVID-19: muito comum (> 10%); ALT ≥ 3 x LSN, AST ≥ 3 x LSN; comum (≥ 1% e < 10%); infecções do trato urinário, embolia pulmonar, trombose venosa profunda, creatina fosfoquinase > 5 x LSN, neutropenia < 1.000 células/mm³ e trombose > 600.000 células/mm³. Venda sob prescrição ou uso sob prescrição e venda proibida ao comércio. Registro: 1.1260.0198. Documentação científica e/ou informações adicionais à classe médica sobre o produto mediante solicitação. Para mais informações, consulte a bula completa do produto ou o Serviço de Atendimento ao Cliente Lilly SAC 0800 701 0444, e-mail: sac_brasil@lilly.com. 16/10/2023.

CONTRAINDICAÇÕES: OOLUMIANT É CONTRAINDICADO EM PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE CONHECIDA AO PRODUTO OU A QUALQUER UM DE SEUS COMPONENTES DA FÓRMULA E EM MULHERES GRAVIDAS. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** BARICITINIBE, IN VITRO, NÃO INIBIU NEM INDUZIU SIGNIFICATIVAMENTE A ATIVIDADE DAS ENZIMAS DO CITOCROMO P450, NÃO INIBIU AS GLICOPROTEÍNAS-P TRANSPORTADORAS OU POLIPEPTÍDIOS DE TRANSPORTE ANIÔNICO ORGÂNICO 1B1, O TRANSPORTADOR ANIÔNICO ORGÂNICO 1, OAT2, OAT3, TRANSPORTADOR ANIÔNICO ORGÂNICO 1, OCT2, OATP1B3, PROTEÍNA DE RESISTÊNCIA AO CÂNCER DE MAMA E PROTEÍNA DE EXTRUSÃO TÓXICA E MULTIDROGA 1 E MATE2-K.

Referências: 1. Taylor PC, Keystone EC, van der Heijde D, Weinblatt ME, Del Carmen Morales L, Reyes Gonzalez J, Yakushin S, Ishii T, Emoto K, Beattie S, Arora V, Gaich C, Rooney T, Schlichting D, Macias WL, de Bono S, Tanaka Y. Baricitinibe versus Placebo or Adalimumab in Rheumatoid Arthritis. N Engl J Med. 2017 Feb 16;376(7):652-662. doi: 10.1056/NEJMoa1603345. PMID: 28199614. 2. Caporali R, Taylor PC, Aletaha D, Sammaritano R, Takeuchi T, Mo D, Halajko E, Bello N, Zaremba-Pedermann L, Fang Y, Dougados M. Efficacy Of Baricitinibe in Patients With Moderate-To-Severe Rheumatoid Arthritis Up to 6.5 Years Of Treatment: Results Of A Long-Term Study. Rheumatology (Oxford). 2024 Jan 22;eae012. doi: 10.1093/rheumatology/ekad012. Epub ahead of print. PMID: 38258434. 3. Taylor PC, Takeuchi T, Burnester GR, Durez P, Smolen JS, Debbert W, Issa M, Torres JR, Bello N, Winthrop KL. Safety of baricitinibe for the treatment of rheumatoid arthritis over a median of 4.6 and up to 9.3 years of treatment: final results from long-term extension study and integrated database. Ann Rheum Dis. 2022 Mar;81(3):335-343. doi: 10.1136/annrheumdis-2021-221726. Epub 2021 Oct 27. PMID: 34706874; PMCID: PMC8862028. 4. Simon D, Minopoulou I, Kemeris S, Bayat S, Tassilar K, Multu MY, Valero-Méndez L, Kivrić K, Huber AJ, Schett G, Kleyer A. Baricitinibe Improves Bone Properties and Biomechanics in Patients With Rheumatoid Arthritis: Results of the Prospective Interventional BARE BONE Trial. Arthritis Rheumatol. 2023 Nov;75(11):1923-1934. doi: 10.1002/art.42617. Epub 2023 Sep 21. PMID: 37229650. 5. Allen R, Burnester GR, Maluco-Cerinic M, Salmon JH, Lopez-Romero P, Fakhrul W, de la Torre I, Zaremba-Pedermann L, Holzäppler T, Fautrel B. The RA-BE-REAL Multinational, Prospective, Observational Study in Patients with Rheumatoid Arthritis Receiving Baricitinibe, Targeted Synthetic, or Biologic Disease-Modifying Therapies: a 6-Month Interim Analysis. Rheumatol Ther. 2023 Feb;10(1):73-93. doi: 10.1007/s40744-022-00500-6. Epub 2022 Oct 13. PMID: 36227530; PMCID: PMC9557042. 6. Bula do produto Oolumiant[®] (baricitinibe). Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulao/q?nomeProduto=Oolumiant>. Acesso em 13 dez. 2024.

Material destinado exclusivamente a profissionais prescritores ou dispensadores de medicamentos. PP-BA-BR-1102 | Julho de 2024.

Lilly

REUMATO

enogastronomia

Dr. Valderilio Feijó Azevedo

Reumatologista, proprietário do Restaurante SAAZ gastronomia.

TAMBAQUI, O REI AMAZÔNICO

Nessa matéria vamos falar do tambaqui, um peixe muito apreciado na culinária brasileira. Sugerimos uma forma de preparo simples, mas muito funcional, dentre as diversas possibilidades à disposição dos nossos chefs e cozinheiros reumatologistas.

O **tambaqui** é um peixe onívoro que come de frutas e sementes a insetos e algas, vivendo em águas tropicais da bacia amazônica. É tão adaptável que sua dieta varia dependendo da disponibilidade de alimentos no habitat em que vive. Seu corpo é marcante: romboidal, alto, achatado e serrilhado no peito. Geralmente sua coloração é parda na metade superior e preta na metade inferior do corpo, mas pode ser mais clara ou escura dependendo da cor da água. Talvez por isso, embora o nome seja derivado da língua tupi, ele também seja conhecido pelos nomes pacu preto, cachama e gamitana. O tambaqui tem uma boca pequena, desproporcional para seu corpo, porém os dentes são fortes e pode alcançar até cerca de 110 cm de comprimento total. Recentemente, um raro ataque de tambaquis a turistas, fez com que um dos balneários de Bonito (MS) fosse interditado pelo Instituto do Meio Ambiente do Estado (IMASUL).

Curiosamente, quando Portugal foi invadido por Napoleão (em 1811), a França se apossou de exemplares de tambaquis que estavam no Museu de Lisboa. O zoólogo Auguste Saint-Hilaire havia levado alguns espécimes do Brasil para o *Jardin des Plantes*, em Paris, e alguns desses exemplares foram parar no museu de História Natural de Paris, sendo nomeados cientificamente pelo naturalista Georges Cuvier, no ano de 1816, como *Colossoma comomacropomum*.

Por causa do grande consumo no Brasil, o tambaqui se tornou o peixe nativo mais criado em cativeiro no nosso país, sendo ultrapassado em criação somente pela tilápia que não é nativa. Esse imenso potencial econômico gerado pela criação de tambaquis, além de gerar receitas econômicas, tem também gerado receitas de diferentes pratos para servir à nossa mesa.

Digno de nota é que há dois anos, um prato feito com costela de tambaqui venceu um concurso mundial nos Estados Unidos. Uma empresa brasileira sediada em Recife apresentou esse prato através de sua subsidiária naquele país, fazendo parte do concurso chamado "*Seafood Expo North America/Seafood Processing North America*".

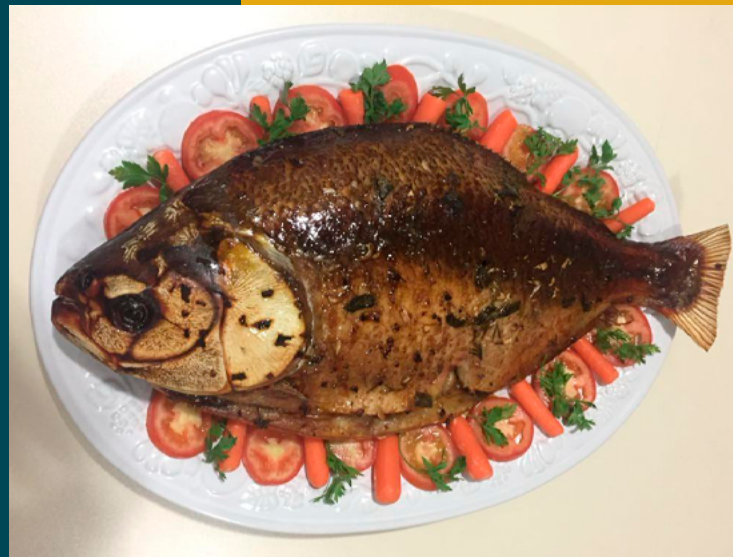


TAMBAQUI ASSADO

Sugestão de preparo

Use suco de limão, sal, alecrim, alho espremido, cebola e misture os ingredientes. O tambaqui deve ser limpo, retirando as escamas e barbatanas, dividido ao meio. Você deve reservar o peixe com esses ingredientes pelo menos entre 2 e 3 horas. Costumo reservar de um dia para o outro, refrigerado.

Após isso, pode rechear o peixe a seu gosto - com tomate, pimentão, cebola, cheiro verde ou outros ingredientes. O peixe pincelado com um pouco de azeite de oliva pode ser coberto com papel alumínio e levado para assar em forno a 220° ou na sua churrasqueira, se você tiver disponibilidade e habilidade de churrasqueiro. Lembre somente de manter a brasa forte e a grelha alta (pelo menos 40cm de altura). Assar ambos os lados de forma similar.



Pode servir com arroz de açafrão, risoto neutro e salada à vontade.

Minha sugestão de harmonização com vinho é degustar com um bom *Chardonnay*, *Sauvignon Blanc* ou um legítimo *Pinot Grigio*. Ah, vai muito bem também com um bom rosé.

Divirtam-se!

cimzia®

(certolizumabe pegol)

O anti-TNF como
nenhum outro¹

Artrite
Reumatoide



Artrite
Psoriásica



Espondiloartrite
axial



Doença
de Crohn



Psoríase



RESULTADOS PREVISÍVEIS² PARA VOCÊ E QUE PODEM IMPACTAR A VIDA DE SEUS PACIENTES EM MÚLTIPLAS INDICAÇÕES.³

CIMZIA® APRESENTA ESTRUTURA MOLECULAR ÚNICA, não apresentando a porção Fc, sendo monovalente e trazendo ainda mais benefícios aos pacientes através da peguilação.¹

Ainda apresenta dados de rapidez de ação e eficácia sustentada no longo prazo.⁴⁻¹³

FC, fragmento cristalizável.

Leia o QR Code para acessar referências bibliográficas e informação para prescrição.



CONTRAINDICAÇÕES: HIPERSENSIBILIDADE AO CERTOLIZUMABE PEGOL OU A QUALQUER OUTRO COMPONENTE DA FORMULAÇÃO. TUBERCULOSE ATIVA OU OUTRAS INFECÇÕES GRAVES COMO SÉPSE, ABSCESSOS E INFECÇÕES OPORTUNISTAS. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** O TRATAMENTO CONCOMITANTE COM METOTREXATO, CORTICOSTEROIDES, ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDIS, ANALGÉSICOS, ANALÓGOS DO ÁCIDO 5-AMINOSALICÍLICO OU ANTI-INFECIOSOS, NÃO EXERCEU EFEITO NA FARMACOCINÉTICA DE CIMZIA®.

BR-CZ-2400080- Março/2025 - Material de uso exclusivo da classe médica.
Av. Pres. Juscelino Kubitschek, 1.327, 5º andar. Itaim Bibi. CEP 04543-011. São Paulo, SP - Brasil
SAC: 0800 0166613



Inspired by patients.
Driven by science.



EVENTOS DA REUMATOLOGIA
QUE FAZEM PARTE DA GRADE
CIENTÍFICA DO SETOR



Nos dias 25 e 26 de julho, o Hotel Pestana, em Curitiba, será palco da **XVI Jornada Paranaense de Reumatologia - ReumAtiva**, um dos eventos mais aguardados da especialidade no estado. Com uma grade científica focada na atualização dos profissionais, a jornada se destaca como fonte dos mais recentes estudos e avanços da reumatologia. Entre os destaques da programação: discussões aprofundadas sobre lúpus eritematoso sistêmico, interferonopatias, osteoporose e síndrome antifosfolípide, além de debates sobre temas essenciais da prática médica moderna como defesa do médico, publicidade médica e o impacto da inteligência artificial na área da saúde.

Já estão confirmadas as participações de grandes nomes do cenário nacional: Dr. Odirlei André Monticelo, Dra. Vera Lucia Szejnfeld e Dra. Danieli Andrade, garantindo o alto nível científico e a excelência das discussões. A **XVI Jornada** promete ser uma oportunidade imperdível para quem busca atualização de ponta e *networking* de qualidade na reumatologia.

AGENDA SPR

Confira as **datas das atividades** da Sociedade Paranaense de Reumatologia em 2025:

24/05, 28/06, 30/08 e 27/09:

Reunião SPR – Auditório da Sede

25 e 26/07:

XVI Jornada Paranaense de Reumatologia
Reumativa – Hotel Pestana Curitiba

21 e 22/08:

II Curso de Infiltração da SPR

17 e 18/10:

XII Simpósio do Interior do Paraná
Auditório do Hospital São Lucas
de Cascavel

07/11:

SIROP - Simpósio Reumato-Oftalmologia
do Paraná – Auditório da Sede

29/11:

Assembleia SPR – Auditório da Sede

29/11:

Jantar de Encerramento



Rua Padre Anchieta, nº 1846, sala 104 – Bigorrião
Curitiba-Paraná | Telefone: (41) 3324-6562
E-mail: reumatopr@gmail.com

 reumatologiapr.com.br

 @reumatopr

**REUMATO EM REVISTA
SOCIEDADE PARANAENSE DE
REUMATOLOGIA**

DIRETORIA 2025/2026

Tesoureiro Geral

Carlos Frederico Rodrigues Parchen

Presidente

Carolina de Souza Müller

1º Tesoureiro

Fernando Augusto Chiuchetta

Vice-presidente

Débora Karine Marinello

Presidente da Comissão de Mídias

Luiz Augusto Fanhani Cracco

Diretora científica

Sinara da Silva Freitas

Editora Científica Reumato em Revista

Chayanne Natielle Rossetto

Secretária geral

Deborah Negrão Gonçalo Dias

Imagens

Banco de Imagens

1º Secretária

Ana Luísa Berti Guimarães Sella

Editoração

Allez Comunicação

Telefones: (44) 3041-6404 | (44) 99933-1555

Anunciantes:

 AstraZeneca

 Inspired by patients.
Driven by science.

 Lilly
A MEDICINE COMPANY

 Johnson & Johnson

 Pfizer

 UNICRED

 abbvie