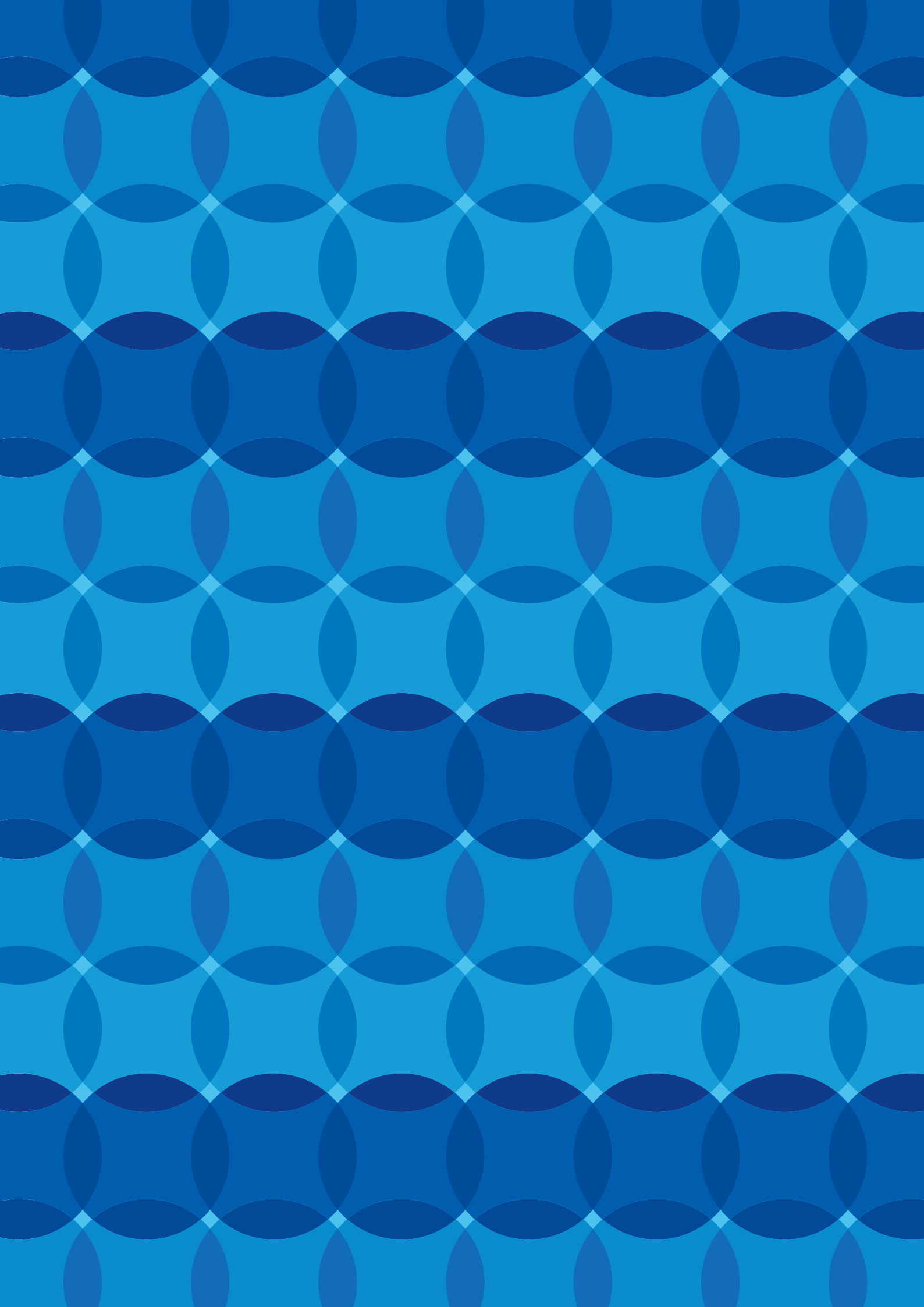


18 a 20 de maio de 2017 • Hotel Tivoli Mofarrej • São Paulo/SP

23<sup>o</sup> **E R A** 2017

Encontro de Reumatologia Avançada

Programa



23<sup>o</sup> ERA 2017

---

Promoção



**SOCIEDADE  
PAULISTA DE  
REUMATOLOGIA**

---

---

Diamante

abbvie

 **NOVARTIS**  
PHARMACEUTICALS



---

Ouro



 Inspired by **patients**.  
Driven by **science**.

---

Prata

 **Bristol-Myers Squibb**

 **gsk** fazer mais  
sentir-se melhor  
viver mais

**janssen**  
medicamentos e diagnósticos  
da Johnson & Johnson

*Lilly*

---

Secretaria Executiva

 **eventus**

Eventus Planejamento e Organização  
[www.eventus.com.br](http://www.eventus.com.br)  
[eventus@eventus.com.br](mailto:eventus@eventus.com.br)  
11 3361.3056 / fax 11 3361.3089

---

**DIRETORIA EXECUTIVA**

**Presidente**

Eduardo Ferreira Borba Neto

**Vice-Presidente**

Rubens Bonfiglioli

**Diretora Científica**

Danieli Castro Oliveira  
de Andrade

**1ª Secretária**

Sandra Hiroko Watanabe

**2ª Secretária**

Simone Appenzeller

**1ª Tesoureira**

Renata Ferreira Rosa

**2ª Tesoureira**

Renê D. Ribeiro de Oliveira

---

**COMISSÃO CIENTÍFICA**

Abel Pereira de Souza Jr.  
Alexandre Wagner Silva de Souza  
Andrea Barranlard Vannucci Lomonte  
Carla Gonçalves Schahin Saad  
Cristiano Barbosa Campanholo  
Karina Bonfiglioli  
Marcelo de Medeiros Pinheiro  
Nafice Costa Araújo  
Paulo Roberto Stocco Romanelli  
Rodrigo Luppino Assad  
Virgínia Fernandes Moça Trevisani  
Zoraída Sachetto

---

**SECRETARIA**

Márcia Gerardi

*“Algo só é impossível até que alguém duvide e resolva provar ao contrário.”*

**Albert Einstein**

Prezados senhores,

Sejam todos muito bem-vindos ao **23º Encontro de Reumatologia Avançada 2017**.

O ERA é um evento que proporciona uma atualização científica em temas básicos e clínicos da nossa especialidade aliada à expertise dos palestrantes.

Este ano teremos a participação de três convidados internacionais que somados a participação dos convidados nacionais estarão abrilhantando a programação científica que foi elaborada com muita dedicação pela Diretoria Executiva e Comissão Científica.

Outro ponto alto do evento é apresentar o que há de melhor na produção científica dos principais centros universitários. Este ano a Sociedade Paulista de Reumatologia está instituindo o “Prêmio Prof. Dr. Wiliam Habib Chahade” para a melhor apresentação oral, no intuito de estimular os pesquisadores do Estado de São Paulo e em homenagem ao nosso querido Professor.

Buscamos com esse trabalho uma ampla atualização científica, a troca de experiências com colegas de outras especialidades, sem esquecer a confraternização com os amigos.

Aproveitem o evento!!!

Abraços,

**Eduardo Borba**  
**Presidente da SPR**  
**Gestão 2016/2017**

---

## 07h50 - 08h00 ABERTURA

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia  
**Eduardo Ferreira Borba Neto**  
FMUSP – São Paulo/SP

Diretora Científica da Sociedade Paulista  
de Reumatologia  
**Danieli Castro Oliveira de Andrade**  
FMUSP – São Paulo/SP

Presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia  
**Georges Basile Christopoulos**  
Hospital da Santa Casa de Maceió – Maceió/AL

---

## 08h00 - 11h50

### PRÉ-CONGRESSO: O BEM ESTAR DO PACIENTE REUMÁTICO

---

## MÓDULO 1

08h00 - 09h40  
Presidente: **Rina Dalva Neubarth Giorgi**  
HSPE – São Paulo/SP  
Moderadora: **Sandra Hiroko Watanabe**  
UNIFESP – São Paulo/SP

---

08h00 - 08h30  
**Dieta**  
**Murilo Pereira**  
IESB – Brasília/DF

---

08h30 - 09h00  
**Sexualidade**  
**Carmita Abdo**  
FMUSP – São Paulo/SP

---

09h00 - 09h30  
**Novos procedimentos osteoarticulares:  
Existem benefícios no uso local de PRP  
e toxina botulínica?**  
**Rita Nely Vilar Furtado**  
UNIFESP – São Paulo/SP

---

09h30 - 09h40  
**Debate**

---

09h40 - 10h10 Intervalo

---

---

## MÓDULO 2

10h10 - 11h50  
Presidente: **José Roberto Provenza**  
PUCCAMP – Campinas/SP  
Moderador: **Jamil Natour**  
UNIFESP – São Paulo/SP

---

10h10 - 10h40  
**Prescrição de exercícios**  
**Fernanda Rodrigues Lima**  
FMUSP – São Paulo/SP

---

10h40 - 11h10  
**Reabilitação: Prescrição de auxiliares de marcha**  
**Martin Fábio Jennings Simões**  
UNIFESP – São Paulo/SP

---


11h10 - 11h40  
**Órteses e adaptação para os membros superiores**  
**Mateus Saito**  
IOT-HCFMUSP / Instituto Vitá – São Paulo/SP

---

11h40 - 11h50  
**Debate**

---

## 12h00 - 13h00

**SIMPÓSIO PFIZER**  
**Remsima: O primeiro biossimilar mAb**  
Palestrante: **João Manuel Braz Gonçalves** 



---

**13h10 - 14h10****MESA REDONDA  
PEDIATRIA**

Presidente: **Claudio Arnaldo Len**  
UNIFESP – São Paulo/SP  
Moderador: **Paulo Roberto Stocco Romanelli**  
Hospital Sírio-Libanês / SMS-SP – São Paulo/SP

---

**13h10 - 13h35****Participação do Brasil no PRINTO  
Claudia Saad Magalhães**

UNESP – Botucatu/SP

---

**13h35 - 14h00****Poluição atmosférica e doenças  
reumáticas pediátricas**

**Sylvia Costa Lima Farhat**  
ICr/HCFMUSP – São Paulo/SP

---

**14h00 - 14h10****Debate**


---

**14h10 - 14h50****CONFERÊNCIA NACIONAL  
ARTRITE REUMATOIDE – DA GENÉTICA  
AOS BIOMARCADORES**

Palestrante: **Paulo Louzada Jr.**  
FMUSP-RP – Ribeirão Preto/SP  
Presidente: **Célio Roberto Gonçalves**  
FMUSP – São Paulo/SP  
Moderador: **Rubens Bonfiglioli**  
PUCCAMP – Campinas/SP

---

**14h50 - 15h40****CONFERÊNCIA INTERNACIONAL  
UPDATE ON MYOSITIS AUTOANTIBODIES**

Palestrante: **Rohit Aggarwal**   
Presidente: **Daniel Feldman Pollak**  
UNIFESP – São Paulo/SP  
Moderador: **Cristiano Barbosa Campanholo**  
Santa Casa – São Paulo/SP

---

**15h40 - 16h10 Intervalo**

---

---

**16h10 - 17h10****MESA REDONDA  
VASCULITES**

Presidente: **César Emile Baaklini**  
FAMEMA – Marília/SP  
Moderadora: **Zoraida Sachetto**  
UNICAMP – Campinas/SP

---

**16h10 - 16h35****A evolução das técnicas de detecção de  
anticorpos anticitoplasma de neutrófilos  
Alexandre Wagner Silva de Souza**

UNIFESP – São Paulo/SP

---

**16h35 - 17h00****Utilidade do PET-CT no diagnóstico e tratamento  
de vasculites de grandes vasos**

**Eduardo Nóbrega**  
A. C. Camargo Cancer Center – São Paulo/SP

---

**17h00 - 17h10****Debate**


---

**17h10 - 18h00****CONFERÊNCIA INTERNACIONAL  
A NEW MYOSITIS ENTITY: IMMUNE MEDIATED  
STATIN MYOPATHIES**

Palestrante: **Rohit Aggarwal**   
Presidente: **Simone Appenzeller**  
UNICAMP – Campinas/SP  
Moderador: **Samuel Katsuyuki Shinjo**  
FMUSP – São Paulo/SP

---

**18h00 - 19h00****SIMPOSIO PFIZER**

Abertura: **Cristiano Zerbini**  
**Tofacitinibe, mudando a perspectiva no  
tratamento da AR**  
Palestrante: **Sebastião Radominski**  
**CORRONA Dados de Registro –  
Tofacitinibeno mundo real**  
Palestrante: **Frank Wellborne**   
Texas, USA

---

**18h00 - 19h00****VISITA AOS PÔSTERES**

---

**19h00****COQUETEL DE CONFRATERNIZAÇÃO**

08h00 - 10h30

**Apresentação de TRABALHOS CIENTÍFICOS**Presidente: **Abel Pereira de Souza Jr.**

FMABC – Santo André/SP

Moderadora: **Virginia Fernandes Moça Trevisani**

UNISA / UNIFESP – São Paulo/SP

CO.01

**ANÁLISE DA EXPRESSÃO GÊNICA POR MICROARRAY EM MULHERES IDOSAS COM FRATURA VERTEBRAL POR OSTEOPOROSE**

Apresentador: Levi Jales Neto

Jales Neto LH<sup>1</sup>, Fernandes GH<sup>2</sup>, Silva MSMS<sup>3</sup>, Takayama L<sup>4</sup>, Lopes N<sup>5</sup>, Pereira AC<sup>3</sup>, Pereira RMR<sup>6</sup> - <sup>1</sup>FMUSP - Doutorando Reumatologia, <sup>2</sup>FMUSP - Doutoranda Reumatologia, <sup>3</sup>INCOR - Laboratório de genética, <sup>4</sup>FMUSP - LIM17 - Reumatologia, <sup>5</sup>INCOR - Cardiologia, <sup>6</sup>FMUSP - Professora titular da Reumatologia

CO.02

**RISK FACTORS FOR LOW MUSCLE MASS IN COMMUNITY-DWELLING OLDER WOMEN: A POPULATION-BASED PROSPECTIVE COHORT STUDY IN BRAZIL. THE SÃO PAULO AGEING & HEALTH (SPA) STUDY**

Apresentadora: Ketty Lysie Libardi Lira Machado

Machado KLLL<sup>1</sup>, Domiciano DS<sup>1</sup>, Machado LG<sup>1</sup>, Lopes JB<sup>1</sup>, Figueiredo CP<sup>1</sup>, Caparão VF<sup>1</sup>, Takayama L<sup>1</sup>, Menezes PR<sup>2</sup>, Rodrigues RMR<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Reumatologia - Laboratório de Metabolismo Ósseo, <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Departamento de Preventiva

CO.03

**EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DIETÉTICA EM PACIENTES COM ARTRITE PSORIÁSICA – The DIETA trial (Dietetic IntervEntion in psoriaTic Arthritis)**

Apresentadora: Thauana Luiza de Oliveira

Oliveira T<sup>1</sup>, Leita BF<sup>1</sup>, Morimoto M<sup>1</sup>, Damasceno N<sup>2</sup>, Genaro PS<sup>3</sup>, Pinheiro MM<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo - Reumatologia, <sup>2</sup>Universidade de São Paulo - Nutrição, <sup>3</sup>Universidade do Vale do Paraíba - Nutrição

CO.04

**INFLUÊNCIA DA MASSA, FORÇA E FUNÇÃO MUSCULARES NA MICROARQUITETURA E RESISTÊNCIA ÓSSEAS EM MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA**

Apresentador: Daniel Lobo

Lobo DM<sup>1</sup>, Gualano B<sup>2</sup>, Benatti FB<sup>2</sup>, Domiciano DS<sup>1</sup>, Alvarenga JC<sup>1</sup>, Pereira RMR<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Reumatologia, <sup>2</sup>Escola de Educação Física e Esporte da USP - Laboratório de Nutrição e Metabolismo

CO.05

**EFEITO CONDROPROTETOR DA SUPLEMENTAÇÃO DE COLÁGENO V BOVINO NA ARTRITE EXPERIMENTAL**

Apresentador: Ricardo Fuller

Rodrigues JECM<sup>1</sup>, Atayde SR<sup>1</sup>, Velosa APP<sup>1</sup>, Catanozi S<sup>1</sup>, Andrade PC<sup>1</sup>, Santos-Filho A<sup>1</sup>, Capelozzi VL<sup>1</sup>, Fuller R<sup>1</sup>, Teodoro WR<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Faculdade de Medicina da USP

CO.06

**USO INTRA-ARTICULAR DA TOXINA BOTULÍNICA TIPO A VERSUS CORTICOSTEROIDE EM OSTEOARTRITE DE JOELHO: UM ESTUDO PROSPECTIVO CONTROLADO RANDOMIZADO E DUPLO-CEGO**

Apresentadora: Jamille Godoy Mendes

Mendes JG<sup>1</sup>, Natour J, Toffolo SR, Tamashiro JCN, Furtado RNV - <sup>1</sup>EPM/UNIFESP - Disc. Reumatologia

CO.07

**LOW LEVEL LASER THERAPY FOR PRIMARY SJÖGREN'S SYNDROME XEROSTOMIA**

Apresentadora: Tânia Fidelix

Fidelix T<sup>1</sup>, Czapkowski A<sup>1</sup>, Andriolo A<sup>1</sup>, Trevisani VFM<sup>1</sup> - <sup>1</sup>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO

CO.08

**COMPROMETIMENTO DA MICROARQUITETURA ÓSSEA EM MULHERES COM ESCLEROSE SISTÊMICA DIFUSA: ASSOCIAÇÃO COM ACROSTEÓLISE, AMPLITUDE DE MOVIMENTO, DURAÇÃO DA DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA**

Apresentadora: Marília Mantovani Sampaio Barros

Sampaio-Barros MM<sup>1</sup>, Takayama L<sup>1</sup>, Alvarenga JC<sup>1</sup>, Lupino AP<sup>1</sup>, Sampaio-Barros PD<sup>1</sup>, Pereira RMR<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Universidade de São Paulo - Disciplina de Reumatologia HCFMUSP

## CO.09

**AVALIAÇÃO LONGITUDINAL DOS ÍNDICES DE DANO PERMANENTE SLICC E DIAPS EM PACIENTES COM SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE**

Apresentadora: Aline Kuhl Torricelli

Torricelli AK<sup>1</sup>, Lopes MRU<sup>1</sup>, Bonfá E<sup>1</sup>, Andrade D<sup>1</sup>  
- <sup>1</sup>Universidade de São Paulo - Departamento de Reumatologia

## CO.10

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NA SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE: MINIMIZANDO DANOS**

Apresentadora: Aline Kuhl Torricelli

Torricelli AK<sup>1</sup>, Lopes MRU<sup>1</sup>, Bonfá E<sup>1</sup>, Andrade D<sup>1</sup>  
- <sup>1</sup>Universidade de São Paulo - Departamento de Reumatologia

## CO.11

**VARIÁVEIS PREDITORAS DE DISFUNÇÃO COGNITIVA EM PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**

Apresentadora: Helena Alessi

Alessi H<sup>1</sup>, Dutra LA<sup>1</sup>, Maria LA<sup>1</sup>, Xavier P<sup>1</sup>, Coube PC<sup>1</sup>, Kayser C<sup>2</sup>, Barsottini OGP<sup>1</sup> - <sup>1</sup>UNIFESP/EPM - Departamento de Neurologia e Neurocirurgia, <sup>2</sup>UNIFESP/EPM - Disciplina de Reumatologia

## CO.12

**BIÓPSIA RENAL DETERMINA TERAPÊUTICA DA NEFRITE LÚPICA? A ANÁLISE DE 136 CASOS MOSTRA QUE NÃO**

Apresentadora: Renata V Lisboa

Quaresma TO<sup>1</sup>, Lisboa RV<sup>1</sup>, Oliveira FR<sup>1</sup>, Louzada-Júnior P<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP - Reumatologia

## CO.13

**REDUÇÃO PRECOCE DA PROTEINÚRIA É O MELHOR PREDITOR DE DESFECHO RENAL EM LONGO PRAZO EM PACIENTES COM NEFRITE LÚPICA COMPROVADA POR BIÓPSIA**

Apresentadora: Michelle Remiao Ugolini

Ugolini-Lopes MR<sup>1</sup>, Seguro LP<sup>1</sup>, Castro MX<sup>1</sup>, Daffre D, Lopes AC, Borba EF<sup>1</sup>, Bonfá E<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - Reumatologia

## CO.14

**ESTUDO LONGITUDINAL PARA AVALIAR A EVOLUÇÃO CLÍNICA E ARTERIOGRÁFICA DE PACIENTES COM ARTERITE DE TAKAYASU SUBMETIDOS AO PET-CT COM <sup>18</sup>F-FDG**

Apresentador: Alexandre Wagner Silva de Souza

Janes ALF<sup>1</sup>, Castro MF<sup>1</sup>, Savioli B<sup>1</sup>, Arraes AED<sup>1</sup>, Mariz HA<sup>2</sup>, Lima ENP<sup>3</sup>, Sato EI<sup>1</sup>, Souza AW<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Unifesp-EPM - Disciplina de Reumatologia, <sup>2</sup>UFPE - Disciplina de Reumatologia, <sup>3</sup>Hospital A.C. Camargo - Divisão de Radiologia

---

**10h30 - 11h00 Intervalo**

---

**11h00 - 11h50****CONFERÊNCIA INTERNACIONAL THE UNENDING STORY OF ANTINUCLEAR ANTIBODIES: A 2017 UPDATING**Palestrante: **Pier Luigi Meroni** Presidente: **Luís Eduardo Coelho Andrade** (UNIFESP - São Paulo/SP)Moderadora: **Danieli Castro Oliveira de Andrade** (FMUSP - São Paulo/SP)

---

**12h00 - 13h00****SIMPÓSIO ABBVIE****EXPERIÊNCIA CLÍNICA QUE GERA CONFIANÇA: 14 ANOS DE ADALIMUMABE NO BRASIL O IMPACTO NA TRAJETÓRIA DO PACIENTE COM ESPONDILOARTRITES E ARTRITE REUMATOIDE**  
Palestrantes: **Sebastião Radominski** e **Marcelo Pinheiro**

---

13h10 - 14h50

**MESA REDONDA  
INFECTOLOGIA**

Presidente: **Andrea B. V. Lomonte**  
CEPIC – São Paulo/SP

Moderadora: **Karina Rossi Bonfiglioli**  
FMUSP – São Paulo/SP

---

13h10 - 13h40

**Chikungunya – Diagnóstico e tratamento**  
**Claudia Diniz Lopes Marques**

UFPE – Recife/PE

---

13h40 - 14h10

**Interpretação da sorologia de hepatites virais  
nas doenças reumatológicas**

**Max Igor Lopes**

FMUSP – São Paulo/SP

---

14h10 - 14h40

**Desafios da vacinação no imunossuprimido**  
**Jessé Reis Alves**

Instituto de Infectologia Emílio Ribas -  
São Paulo/SP

---

14h40 - 14h50

**Debate**

---

14h50 - 16h30

**MESA REDONDA  
OSTEOPOROSE: NOVOS CONHECIMENTOS  
OSTEOMETABÓLICOS**

Presidente: **Cristiano Augusto de Freitas Zerbini**  
CEPIC – São Paulo/SP

Moderador: **Marcelo de Medeiros Pinheiro**  
UNIFESP – São Paulo/SP

---

14h50 - 15h20

**TBS (Trabecular Bone Strenght) e o risco  
de fratura: O que essa nova ferramenta  
pode agregar?**

**Diogo Souza Domiciano**

FMUSP – São Paulo/SP

---

---

15h20 - 15h50

**Marcadores da remodelação óssea:  
Qual sua utilidade na prática clínica?**

**Vera Lúcia Szejnfeld**

UNIFESP - São Paulo/SP

---

15h50 - 16h20

**Terapia biológica em pacientes com OP:  
Onde estamos e para onde vamos?**

**Rosa Maria Rodrigues Pereira**

FMUSP – São Paulo/SP

---

16h20 - 16h30

**Debate**

---

16h30 - 17h00 Intervalo

---

17h00 - 17h50

**CONFERÊNCIA INTERNACIONAL**

**HYDROXYCHLOROQUINE: AN OLD DRUG  
WITH NEW EFFECTS**

Palestrante: **Pier Luigi Meroni** 

Presidente: **Luiz Carlos Latorre**

Hospital Heliópolis – São Paulo/SP

Moderador: **Eduardo Ferreira Borba Neto**

FMUSP – São Paulo/SP

---

18h00 - 19h00

**SIMPÓSIO NOVARTIS**

---

18h00 - 18h20

**O papel da êntese e da IL-17 nas  
espondiloartrites (EpA) e a resposta clínica  
e radiográfica de secuquinumabe na EA**  
**Ivânio Alves Pereira**

---

18h20 - 18h35

**Atualização das diretrizes de tratamento  
GRAPPA e EULAR e os dados de secuquinumabe  
na artrite psoriásica**  
**Cristiano B. Campanholo**

---

18h35 - 18h50

**O uso de Cosentyx<sup>TM</sup> na prática diária -  
discussão baseada em caso clínico**  
**Ivânio Alves Pereira e Cristiano B. Campanholo**

---

18h50 - 19h00

**Perguntas e Respostas**

---

08h30 - 09h20

**CONFERÊNCIA INTERNACIONAL  
LESSONS LEARNED FROM LUPUS CLINICAL TRIALS**

Palestrante: **Richard A. Furie** 

Presidente: **Julio César Bertacini de Moraes**

FMUSP – São Paulo/SP

Moderadora: **Renata Ferreira Rosa**

HSPE – São Paulo/SP

---

09h20 - 10h00

**CONFERÊNCIA NACIONAL  
NEFRITE LÚPICA – METAS DE TRATAMENTO**

Palestrante: **Eloisa Silva Dutra de Oliveira Bonfá**

FMUSP – São Paulo/SP

Presidente: **Lilian Tereza Lavras Costallat**

UNICAMP – Campinas/SP

Moderadora: **Nafice Costa Araújo**

HSPE – São Paulo/SP

---

10h00 - 10h40

**CONFERÊNCIA NACIONAL  
PADRÕES DE IMAGEM DE SNC SECUNDÁRIO  
AO ACOMETIMENTO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA  
SISTÊMICA**

Palestrante: **Antônio Rocha**

Santa Casa – São Paulo/SP

Presidente: **José Carlos Mansur Szajubok**

FMABC – Santo André/SP

Moderador: **Rodrigo Luppino Assad**

FMUSP-RP – Ribeirão Preto/SP

---

10h40 - 11h10 Intervalo

---

11h10 - 11h40

**CONFERÊNCIA NACIONAL  
EVENTOS ADVERSOS IMUNORRELACIONADOS  
DOS INIBIDORES DOS PONTOS DE VERIFICAÇÃO:  
“CHECKPOINT INHIBITORS”**

Palestrante: **Milton Barros**

A. C. Camargo Cancer Center – São Paulo/SP

Presidente: **Dawton Y. Torígoe**

Santa Casa – São Paulo/SP

Moderadora: **Carla Gonçalves Schahin Saad**

FMUSP – São Paulo/SP

---

11h40 - 12h30

**CONFERÊNCIA INTERNACIONAL  
NOVEL THERAPIES FOR SYSTEMIC LUPUS**

Palestrante: **Richard A. Furie** 

Presidente: **Eloisa Silva Dutra de Oliveira Bonfá**

FMUSP – São Paulo/SP

Moderador: **Edgard Torres dos Reis Neto**

UNIFESP – São Paulo/SP

---

12h30

Entrega de Prêmios / Encerramento

resumos

Comunicações Orais

## CO.01

**ANÁLISE DA EXPRESSÃO GÊNICA POR MICROARRAY EM MULHERES IDOSAS COM FRATURA VERTEBRAL POR OSTEOPOROSE**

Jales Neto LH<sup>1</sup>, Fernandes GH<sup>2</sup>, Silva MSMS<sup>3</sup>, Takayama L<sup>4</sup>, Lopes N<sup>5</sup>, Pereira AC<sup>3</sup>, Pereira RMR<sup>6</sup> - <sup>1</sup>FMUSP - Doutorando Reumatologia, <sup>2</sup>FMUSP - Doutoranda Reumatologia, <sup>3</sup>INCOR - Laboratório de genética, <sup>4</sup>FMUSP - LIM17 - Reumatologia, <sup>5</sup>INCOR - Cardiologia, <sup>6</sup>FMUSP - Professora titular da Reumatologia

**Introdução:** Fratura vertebral é a mais comum manifestação da osteoporose, está relacionada a uma elevada morbimortalidade, sendo um importante problema de saúde pública. A genética representa o principal fator determinante da osteoporose, contribuindo com 50-80% para o desenvolvimento dessa doença. Apesar do diagnóstico precoce e prevenção ter um forte impacto na qualidade de vida das pessoas, não existem trabalhos na literatura avaliando a expressão de genes por microarray que estejam envolvidos na fratura vertebral osteoporótica.

**Objetivos:** Identificar marcadores de expressão gênica em mulheres idosas com fratura vertebral osteoporótica.

**Métodos:** Nesse estudo, analisamos por microarray, o sangue periférico de mulheres idosas com fratura vertebral osteoporóticas e comparamos com mulheres osteoporóticas sem fratura vertebral (grupo controle). Os grupos foram pareados por idade, doenças crônicas, uso de medicações que interferem no metabolismo ósseo, tabagismo e densidade mineral óssea. A presença da fratura vertebral foi diagnosticada por DXA- Vertebral Fracture Assessment (VFA) utilizando-se a análise semiquantitativa de Genant. Usamos o kit Paxgene Blood RNA Qiagen para extração do RNA e a Affymetrix microarray – Human Transcriptome Array HTA 2.0 para análise da expressão de 67528 genes. O processamento dos dados e a análise dos genes diferencialmente expressos foram realizados em linguagem R com multi teste identificado pelo test t ( $p < 0,01$ ). Posteriormente, a lista de transcritos foi analisada pelo software Ingenuity Pathway Analysis (IPA) para identificar vias e funções biológicas significativas.

**Resultados:** Foram identificados 57 genes com expressão aumentada e 85 com expressão reduzida. Desses 142 genes diferencialmente expressos, o gene Gamma2-Syntrophin (SNTG2) apresentou maior expressão (aumento da expressão: 31,88 x,  $p = 0,004$ ). Após enriquecimento dos genes diferencialmente expressos encontramos a via mTOR significativamente mais expressa no grupo com fratura vertebral ( $p = 0,03$ ).

**Conclusão:** Encontramos nos pacientes com osteoporose fratura vertebral uma forte associação com o gene Gamma2-Syntrophin (SNTG2) que é um gene altamente expresso no sistema musculoesquelético, principalmente na junção neuromuscular e uma associação com a via mTOR, que tem participação na diferenciação e sobrevivência dos osteoclastos, sugerindo a importância da relação do sistema muscular e ósseo na gênese da fratura vertebral osteoporótica.

## CO.02

**RISK FACTORS FOR LOW MUSCLE MASS IN COMMUNITY-DWELLING OLDER WOMEN: A POPULATION-BASED PROSPECTIVE COHORT STUDY IN BRAZIL. THE SÃO PAULO AGEING & HEALTH (SPA) STUDY**

Machado KLLL<sup>1</sup>, Domiciano DS<sup>1</sup>, Machado LG<sup>1</sup>, Lopes JB<sup>1</sup>, Figueiredo CP<sup>1</sup>, Caparão VF<sup>1</sup>, Takayama L<sup>1</sup>, Menezes PR<sup>2</sup>, Rodrigues RMR<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Reumatologia - Laboratório de Metabolismo Ósseo, <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Departamento de Preventiva

**Introduction:** Sarcopenia is a syndrome characterized by progressive loss of skeletal muscle mass, which results in decreased muscle strength, impairment of functional capacity and increased risk of cardiovascular death. Despite the increasing frequency of this clinical condition, prospective data about risk factors for low muscle mass are scarce and few studies have performed a comprehensive evaluation of clinical data, laboratory bone parameters and bone mineral density (BMD) to determine more accurately the contribution of each of these variables to risk of low muscle mass in elderly persons. Moreover, the influence of the visceral fat assessed by DXA on low muscle mass is poorly studied.

**Objective:** This study aimed to identify the main risk factors (clinical, laboratory parameters, BMD, body composition by DXA including visceral fat) for low muscle mass, in a longitudinal, prospective, population-based cohort of Brazilian older women.

**Material and methods:** A total of 408 women aged 65 years and older from the São Paulo Ageing & Health study (SPA) was evaluated with clinical data, laboratory bone tests, BMD and body composition by DXA. All risk factors were performed at baseline (2005-2007). After a mean follow-up of 4.3±0.8 years, subjects were classified according to the appendicular muscle mass obtained by DXA. Along with the Foundation for the National Institutes of Health (FNIH) criteria, low muscle mass was defined when appendicular lean mass divided by body mass index (ALM/BMI) is less than 0.512 (value for female). Logistic regression models were used to identify independent risk factors for low muscle mass.

**Results:** 116 women (28.4%; 95% CI: 24.0-32.7) had low muscle mass at the end of follow-up. Age averages were 73.3±4.9 years and 72.5±4.5 years, in the low muscle mass group and in the normal muscle mass group, respectively ( $p = 0.11$ ). Mean BMI was 30.6±5.2 kg/m<sup>2</sup> in low muscle mass group and 28.1±4.7 kg/m<sup>2</sup> in normal group ( $p < 0.001$ ). In multivariate analyses, predictors of low muscle mass were: number of falls (OR = 1.14, 95% CI 1.02-1.27,  $p = 0.016$ ), TSH levels (OR = 1.08, 95% CI 1.01-1.15,  $p = 0.018$ , per each 1 µU/L-increase), serum creatinine (OR = 11.11, 95% CI 2.78-33.33,  $p < 0.001$ , per each 1 mg/dL-decrease) and visceral adipose tissue (VAT) mass (OR = 1.17, 95% CI 1.07-1.27,  $p < 0.001$ , per each 100g-increase).

**Conclusions:** Falls, higher TSH, lower creatinine and higher VAT were risk factors for low muscle mass in community-dwelling older women. These results reinforced that visceral fat, which is associated with metabolic syndrome and chronic inflammation, is related to muscle mass consumption and fragility in elderly. Taken together, these findings support the notion that more attention should be paid to these factors in clinical practice, since they are potentially reversible with adequate therapeutic intervention.

## CO.03

**EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DIETÉTICA EM PACIENTES COM ARTRITE PSORIÁSICA – The DIETA trial (Dietetic IntervEntion in psoriaTic Arthritis)**

Oliveira T<sup>1</sup>, Leita BF<sup>1</sup>, Morimoto M<sup>1</sup>, Damasceno N<sup>2</sup>, Genaro PS<sup>3</sup>, Pinheiro MM<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo - Reumatologia, <sup>2</sup>Universidade de São Paulo - Nutrição, <sup>3</sup>Universidade do Vale do Paraíba - Nutrição

**Introdução:** A presença de síndrome metabólica (SMet) e o ganho de peso estão associados com maior atividade da doença e pior resposta ao tratamento em pacientes com artrite psoriásica (APs). No entanto, pouco é conhecido sobre o papel da restrição calórica, inadequação alimentar e suplementação de antioxidantes na melhora da atividade da doença e diminuição do estresse oxidativo (EOx). **Objetivo:** Avaliar a efetividade de um programa de intervenção dietética e suplementação de antioxidantes sobre a atividade de doença, perfil metabólico e EOx em pacientes com APs.

**Materiais e Métodos:** Um total de 97 pacientes com APs, de acordo os critérios CASPAR (2006), foram incluídos nesse ensaio clínico, randomizado, duplo-cego, placebo-controlado. Os pacientes foram distribuídos em três grupos: Dieta (D): hipocalórica; Dieta + Suplementação (D+S): hipocalórica acrescida de 3g de óleo de peixe, com 60% EPA:DHA; Controle (C): placebo. Todos os pacientes realizaram composição corporal (DXA), bem como avaliação detalhada do consumo alimentar, atividade da doença, além de parâmetros bioquímicos relacionados ao EOx, antes e após 12 semanas. A análise estatística foi feita por intenção de tratar e incluiu teste t-student, Kruskal-Wallis, ANOVA, Wilcoxon, Mann-Whitney e regressão múltipla e logística. O nível de significância foi  $p < 0,05$ .

**Resultados:** A maioria dos pacientes tinha SMet (54,6%), com aumento dos marcadores metabólicos inflamatórios (LDL-oxidada, TBARs e RAGE) e redução dos anti-inflamatórios (adiponectina). Após três meses de intervenção, observou-se melhora da atividade articular, mas não da cutânea, no grupo D e D+S ( $p = 0,004$ ). No entanto, somente o grupo D+S teve redução da gordura corporal total ( $p = 0,006$ ), índice de massa gorda ( $p = 0,002$ ), índice de massa corporal ( $p = 0,01$ ), circunferência de cintura ( $p < 0,001$ ) e peso ( $p = 0,004$ ). O DIETA trial promoveu incremento plasmático da adiponectina. Em contrapartida, o grupo controle teve elevação das concentrações séricas dos TBARs ( $p = 0,007$ ). Além disso, os pacientes com pior qualidade da dieta ou maior ingestão calórica tiveram menor probabilidade de atingir a mínima atividade de doença (OR=0,96; 95%IC 0,92-1,0;  $p = 0,035$ ) e permaneceram com pior atividade articular após 12 semanas (OR=0,34; 95%IC 0,002-0,67;  $p = 0,039$ ).

**Conclusão:** O programa de intervenção dietética, baseado em adequação nutricional supervisionada e individualizada, perda de peso e suplementação de altas concentrações ômega 3 promoveu melhora da atividade articular, redução do excesso de adiposidade corporal e melhora dos parâmetros metabólicos inflamatórios. Esse é o primeiro ensaio clínico dietético randomizado e que demonstrou a efetividade de medidas simples, não farmacológicas, de baixo custo e em curto prazo em pacientes com APs.

## CO.04

**INFLUÊNCIA DA MASSA, FORÇA E FUNÇÃO MUSCULARES NA MICROARQUITETURA E RESISTÊNCIA ÓSSEAS EM MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA**

Lobo DM<sup>1</sup>, Gualano B<sup>2</sup>, Benatti FB<sup>2</sup>, Domiciano DS<sup>1</sup>, Alvarenga JC<sup>1</sup>, Pereira RMR<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Reumatologia, <sup>2</sup>Escola de Educação Física e Esporte da USP - Laboratório de Nutrição e Metabolismo

A maioria dos estudos de sarcopenia e osteoporose avaliam populações idosas. Entretanto, uma vez que o hipoestrogenismo decorrente da menopausa é capaz de modular negativamente osso e músculo, é fundamental compreender a interdependência entre músculo e osso nos primeiros anos após a menopausa. Além disso, a maioria dos estudos avaliam o efeito muscular sobre a densidade mineral óssea, que não é capaz de explicar globalmente o risco de fratura.

**Objetivos.** Avaliar a correlação da massa, força e função muscular com parâmetros de microarquitetura e resistência óssea avaliados por tomografia computadorizada periférica de alta resolução (HR-pQCT) em mulheres na pós-menopausa.

**Métodos.** 248 mulheres saudáveis na menopausa foram avaliadas por questionário clínico, laboratório e composição corporal (DXA, HOLOGIC, QDR-4500). A qualidade óssea, (densidade, microarquitetura, porosidade cortical e resistência óssea) foi analisada por tomografia computadorizada periférica de alta resolução (rádio distal e tíbia, Xtreme CT; Scanco Medical AG). Mobilidade Funcional e avaliação muscular foram avaliadas pela força de preensão palmar (dinamômetro modelo JAMAR), teste de levantar e sentar em 30 segundos e teste de levantar e caminhar cronometrado ("timed Up & Go"). A avaliação de equilíbrio foi feita pela Escala de Equilíbrio de Berg. A correlação entre os parâmetros ósseos (HR-pQCT) e desempenho muscular foi analisada pelo teste de Pearson ( $P < 0,05$ ). **Resultados.** A média de idade foi 58,0±6,0 anos. 80,5% das mulheres eram da raça branca. Os resultados, em média, dos testes musculares foram: força de Preensão Palmar do Braço Não Dominante: 24,8±5,4 Kg; teste de Levantar e Sentar em 30 segundos: 12,2±3,3 segundos; Teste de Levantar e Caminhar Cronometrado: 8,9±2,2 segundos; escala de Equilíbrio de Berg: 55±3 pontos. Em relação ao rádio, houve correlação positiva entre força de preensão palmar e microarquitetura do osso trabecular: densidade volumétrica (Tb.vBMD,  $r = 0,17$ ,  $p = 0,03$ ), espessura trabecular (Tb.Th,  $r = 0,16$ ,  $p = 0,04$ ) e separação trabecular (Tb.Sp), bem como entre força muscular e resistência óssea (rigidez do tecido - S:  $r = 0,36$ ,  $p < 0,001$ ; estimativa da carga máxima suportada - F.ult:  $r = -0,36$ ,  $p < 0,001$ ). Os resultados na tíbia demonstraram que a massa muscular da perna esquerda foi positivamente correlacionada com número de trabéculas (Tb.N,  $r = 0,16$ ,  $p < 0,001$ ), espessura cortical (Ct.Th,  $r = 0,21$ ,  $p = 0,01$ ) e resistência óssea (S:  $r = 0,37$ ,  $p < 0,001$  e F.ult:  $r = -0,39$ ,  $p < 0,001$ ). Não houve correlação significativa entre parâmetros de HR-pQCT e testes funcionais de membros inferiores, exceto entre a escala de equilíbrio e densidade volumétrica trabecular de tíbia (Tb.vBMD:  $r = 0,13$ ,  $p = 0,04$ ). Houve correlação negativa entre gordura corporal total e função muscular (teste de Levantar e Sentar:  $r = -0,21$ ,  $p < 0,001$ ; escala de equilíbrio:  $r = -0,21$ ,  $p < 0,001$ ). **Conclusões.** Em mulheres jovens na pós-menopausa, a qualidade óssea correlacionou-se com parâmetros musculares. A força muscular parece ter papel mais importante em membro superior (rádio), enquanto na tíbia a massa muscular parece influenciar de forma mais significativa na microarquitetura e resistência óssea, sugerindo o papel da carga de impacto no membro inferior. Além disso, a gordura corporal pode ser um fator de risco para quedas e fraturas, uma vez que foi correlacionada com pior equilíbrio.



## CO.05

**EFEITO CONDROPROTETOR DA SUPLEMENTAÇÃO DE COLÁGENO V BOVINO NA ARTRITE EXPERIMENTAL**

Rodrigues JECM<sup>1</sup>, Atayde SR<sup>1</sup>, Velosa APP<sup>1</sup>, Catanozi S<sup>1</sup>, Andrade PC<sup>1</sup>, Santos-Filho A<sup>1</sup>, Capelozzi VL<sup>1</sup>, Fuller R<sup>1</sup>, Teodoro WR<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Faculdade de Medicina da USP

**Introdução:** Sabe-se que quando exposto, o colágeno V (col V) pode gerar autoimunidade. Ao contrário, a indução de tolerância com a suplementação de col V é capaz de proteger tecidos afetados em doenças autoimunes. Num estudo anterior verificamos que a suplementação oral do col V reduziu a inflamação sinovial na artrite experimental. Por outro lado, não se conhece a ação da suplementação de col V sobre a cartilagem. Essa dúvida é particularmente relevante uma vez que o col V presente na cartilagem embrionária, é similar ao colágeno do tipo XI da cartilagem adulta.

**Objetivo:** Verificar a ação da suplementação oral de col V na degradação da cartilagem articular em modelo experimental de artrite.

**Método:** Para o isolamento do col V utilizou-se placentas bovinas com mais de 24 semanas, coletadas no momento do abate e lavadas com salina gelada. Cerca de 30g de tecido fresco foi lavado com EDTA 50mM e PMSF 5mM, homogeneizado e centrifugado a 15.000 rpm por 30 minutos. O tecido foi digerido por 16h com pepsina na proporção de 1:10 em ácido acético, pH=2,5 e submetido a gradiente sequencial salino com NaCl. O col V isolado foi diluído em ácido acético 0,01N, dialisado contra água destilada e liofilizado a -50°C. Foi induzida artrite em 20 ratos Lewis, machos, por infiltração intra-articular de 500 µg de albumina de soro bovino metilada (mBSA) emulsificada em adjuvante de Freund completo (10 µl), seguido por reforços intra-articulares de mBSA (500 µg) em solução salina (50 µl), após 7 e 14 dias. Após a primeira infiltração, procedeu-se à suplementação oral de col V (500µg/300µl/dia/30dias) em 10 animais com artrite induzida (AI) (grupo AI-col V). Dez animais com AI não receberam suplementação de col V (grupo AI). Também foram incluídos 5 ratos que receberam solução salina intra-articular (50 µl) (grupo controle salina – CTs) e 5 que receberam apenas suplementação de col V (CT col V). As análises morfológica e histomorfométrica da cartilagem foram realizadas após coloração pela Safranina-O e fast green com o software Image-Pro Plus 6.0. No soro dos animais foram dosados IL-1β, TNFα, IL-17, IL-10 e anticorpos anticolágeno V.

**Resultados:** O grupo AI-col V demonstrou ausência de fissuras, manutenção da organização condrocitária e preservação da linha de crescimento em relação ao grupo AI. A histomorfometria evidenciou que no grupo AI-col V não houve redução do número de condrócitos (39,86±1,79 vs 25,35±4,62; p<0,009), espessura da cartilagem (78,73±7,27 vs 52,52±5,74; p<0,03) e quantidade de proteoglicanos (76,82±9,31 vs 25,45±1,23%; p<0,0036) em relação ao grupo AI. Além disso, no grupo AI-col V houve menor expressão sérica de IL-1β (4,28±4,75 vs 21,96 ±12,29; p<0,0001), TNFα (1,76 ±0,39 vs 1,76 ±0,39; p<0,0001), IL-17 (2,19 ±0,50 vs 27,24±10,65; p<0,0001) e IL-10 (0,13±0,03 vs 27,95 ±17,11; p<0,0001) em relação ao grupo AI. Ainda, a quantificação sérica de anticorpos anticolágeno V no soro foi menor no grupo AI-col V em relação ao grupo AI (17,0±0,8 vs 28,0±1,6; p<0,01). Os resultados do grupo AI-col V foram similares aos dos grupos CTs e CT-col V para todos os parâmetros analisados.

**Conclusões:** A suplementação oral de colágeno V propiciou um efeito protetor sobre a degradação da cartilagem num modelo de artrite experimental, podendo representar uma nova opção terapêutica para essa condição.

## CO.06

**USO INTRA-ARTICULAR DA TOXINA BOTULÍNICA TIPO A VERSUS CORTICOSTEROIDE EM OSTEOARTRITE DE JOELHO: UM ESTUDO PROSPECTIVO CONTROLADO RANDOMIZADO E DUPLO-CEGO.**

Mendes JG, Natour J, Toffolo SR, Tamashiro JCN, Furtado RNV

**Introdução:** A osteoartrite (OA) de joelho é uma doença articular muito prevalente e causa comum de dor, perda funcional e incapacidade em adultos. No entanto, são poucas as opções terapêuticas disponíveis para o manejo dessa enfermidade. As injeções intra-articulares (IIA) com corticosteroide (CE) são sabidamente efetivas em curto prazo para o alívio sintomático dessa enfermidade. A toxina botulínica tipo A (TBA) tem efeito analgésico local, já tendo sido utilizada esporadicamente pela via intra-articular (IA) com essa finalidade.

**Objetivo:** Comparar a efetividade da injeção intra-articular (IIA) da TBA versus a IIA de hexacetonide de triancinolona (HT) na melhora da dor e goniometria articulares, função, qualidade de vida e medida ultrassonográfica de hipertrofia sinovial em curto (4 semanas) e médio (12 semanas) prazo em pacientes com OA primária sintomática de joelho.

**Métodos:** Estudo controlado randomizado prospectivo duplo-cego com intenção de tratar em 105 pacientes com OA primária sintomática de joelho. Foram incluídos pacientes com diagnóstico de OA de joelho segundo critérios do American College of Rheumatology - ACR, de ambos os gêneros, com escala visual analógica (EVA 0-10 cm) de dor no joelho entre 3 e 8 centímetros (cm). Os pacientes foram randomizados em três grupos de IIA, cada um com 35 pacientes: grupo TBA, grupo HT e grupo solução salina (SS- solução salina isotônica a 0,9%) (grupo controle). Todos os grupos receberam uma IIA no joelho mais sintomático em um único momento. As avaliações foram realizadas por avaliadores, clínico e ultrassonografista, “cegos”, através dos seguintes instrumentos de avaliação: EVA de dor ao repouso (EVA<sub>r</sub>) e ao movimento (EVA<sub>m</sub>), questionário funcional WOMAC e seus domínios, testes de caminhada de 6 minutos (TC 6') e teste Timed Up and Go (TUG), questionário genérico de qualidade de vida SF-36 e seus domínios, auto percepção de melhora (porcentagem %) e medida ultrassonográfica quantitativa (em milímetros) longitudinal e transversal de hipertrofia sinovial no maior bolsão sinovial supra-patelar do joelho. Utilizaram-se quatro tempos de avaliação: no início do estudo (To) e T4, T8 e T12 semanas após a IIA.

**Resultados:** Foram estudados 105 pacientes, 96 (91,4%) mulheres e 9 homens (8,6%), com média de idade de 64,2 (6,9) anos e de tempo de doença de 6,3 (7,0) anos. Na avaliação inicial, os grupos foram homogêneos para todos os parâmetros. A análise entre os grupos ao T12, usando o teste ANOVA para medidas repetidas, mostrou diferença entre os grupos apenas para a EVA<sub>m</sub> (p=0,024) a favor do grupo HT, apesar de uma forte tendência estatística de superioridade também para o grupo HT para o WOMAC-dor (p=0,056), WOMAC-rigidez (p=0,058), WOMAC função (p=0,059) e WOMAC-total (p=0,052). Em subanálise intergrupo de curto prazo (To-T4), no entanto, observou-se melhora de EVA<sub>m</sub> (p=0,002), WOMAC-dor (p=0,003), WOMAC-rigidez (0,036), WOMAC-função (p=0,015), WOMAC-total (p=0,007), e medida ultrassonográfica quantitativa transversal de hipertrofia sinovial (p=0,049) a favor do grupo HT.

**Conclusão:** A IIA com HT foi mais efetiva que a IIA de TBA em curto prazo (4 semanas) na melhora da dor articular, questionário funcional WOMAC e medida ultrassonográfica de hipertrofia sinovial em pacientes com OA de joelhos. Em médio prazo (12 semanas), a superioridade da IIA com HT em relação à IIA de TBA e à IIA de SS só se manteve para a dor articular ao movimento.

## CO.07

## LOW LEVEL LASER THERAPY FOR PRIMARY SJÖGREN'S SYNDROME XEROSTOMIA

Fidelix T<sup>1</sup>, Czapkowski A<sup>1</sup>, Andriolo A<sup>1</sup>, Trevisani VFM<sup>1</sup> - <sup>1</sup>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO

## ABSTRACT

**Purpose:** The aim of this study was to evaluate the effectiveness of low level laser therapy in the treatment of xerostomia of primary Sjögren's syndrome in a randomized clinical trial.

**Methods:** A randomized clinical trial was performed. Sixty six patients were randomized into laser group (n=33) and sham group (n=33). The laser group was treated with low level laser therapy two sessions per week during six weeks (twelve sessions). The laser parameters used were wavelength 808nm, 100 mW, 4.0 J/cm<sup>2</sup>. In the sham group the procedure was done with pen point covered. The outcomes measured were: xerostomia inventory, salivary flux, beta-2 microglobulin level, salivary chlorine and sodium.

**Results:** Patients in both groups did not show improvement on xerostomia. The xerostomia inventory and salivary flux did not showed relevant improvement in the comparison between groups (P=0,301 and P= 0,643, respectively). The salivary beta 2 microglobulin, sodium and chlorine before and after intervention also showed no difference between groups.

**Conclusion:** The LLLT protocol used in this study did not show difference in xerostomia and salivary flux in patients with primary SS. Our study did not confirm the hypothesis that LLLT could stimulate gland function in patients with primary SS.

## CO.08

## COMPROMETIMENTO DA MICROARQUITETURA ÓSSEA EM MULHERES COM ESCLEROSE SISTÊMICA DIFUSA: ASSOCIAÇÃO COM ACROSTEÓLISE, AMPLITUDE DE MOVIMENTO, DURAÇÃO DA DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA.

Sampaio-Barros MM<sup>1</sup>, Takayama L<sup>1</sup>, Alvarenga JC<sup>1</sup>, Lupino AP<sup>1</sup>, Sampaio-Barros PD<sup>1</sup>, Pereira RMR<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Universidade de São Paulo - Disciplina de Reumatologia HCFMUSP

**Introdução.** Esclerose sistêmica, doença caracterizada por espessamento cutâneo, contraturas em flexão nas mãos e acrosteólise (reabsorção de falanges distais), pode causar incapacidade funcional, comprometer qualidade de vida e microarquitetura óssea.

**Objetivo.** Avaliar a microarquitetura óssea do rádio, através da tomografia computadorizada quantitativa periférica de alta resolução (HR-pQCT), em mulheres com esclerose sistêmica difusa (ESd) comparadas com mulheres saudáveis (CO), e associar com parâmetros clínicos e laboratoriais.

**Metodologia.** Trinta e oito mulheres com ESd foram selecionadas no Ambulatório de Reumatologia (maio/2012-maio/2013) e comparadas com 76 CO. Foram avaliados: envolvimento visceral, auto-anticorpos, escore cutâneo modificado de Rodnan (mRSS), índices: de gravidade Medsger (MDSI) e de massa corporal (IMC), densidade mineral óssea (DMO), capilaroscopia periungueal (CPU); amplitude de movimento (ADM) das mãos e questionário qualidade de vida

Health Assessment Questionnaire (HAQ). A microarquitetura do rádio foi avaliada por HR-pQCT, incluindo **parâmetros de densidades volumétricas** trabecular Tb.vBMD e cortical Ct.vBMD; **microarquitetura:** número Tb.N, espessura Tb.Th e separação trabecular Tb.Sp, espessura Ct.Th e porosidade cortical Ct.Po e **de resistência óssea**, elemento finito, rigidez S. **Resultados.** As médias de idade (40,2 ± 7,3 vs 38,9 ± 8,9 anos) e de IMC (25,5 ± 5,0 vs 26,1 ± 3,6 kg/m<sup>2</sup>) foram semelhantes em pacientes e CO. O tempo de doença variou de 8,3 ± 5,0 anos. Observaram-se menores valores de **densidades volumétricas** trabecular e cortical; **microarquitetura** (Tb.N, Tb.Th, Ct.Th) e **de resistência óssea** (S), com aumento da separação trabecular (Tb.Sp) (p<0,0001). Na regressão linear múltipla, a diminuição da Tb.vBMD foi associada com acrosteólise (R<sup>2</sup>=0,561; p=0,002) e o aumento da Tb.Sp foi associado com a duração da doença e aumento do escore HAQ-força de preensão da mão (R<sup>2</sup>=0,489; p=0,013). Outras variáveis avaliadas doença pulmonar intersticial, retardo de motilidade esofágica, anti-Scl 70, CPU e PTH não obtiveram significância. Ct.vBMD foi associada com CPU e ADM (R<sup>2</sup>=0,294; p=0,002). **Conclusão.** Houve comprometimento do osso trabecular e cortical do rádio distal, detectado por HR-pQCT em mulheres com ESd. Acrosteólise, duração da doença, HAQ-força de preensão da mão e ADM foram associadas com parâmetros ósseos, sugerindo considerável associação de perda óssea, com diferentes acometimentos da ESd.

	Tb.vBMD Coeficiente (β)	p	Tb.Sp Coeficiente (β)	p	Ct.vBMD Coeficiente (β)	p
DPI	-23,10	0,147	0,016	0,885	–	–
RME	-13,93	0,332	0,070	0,488	–	–
<b>Acrosteólise</b>	-34,62	<b>0,019</b>	0,135	0,176	–	–
Anti-Scl70	7,84	0,562	-0,067	0,484	–	–
CPU	-0,53	0,968	-0,034	0,721	-47,05	0,115
<b>ADM</b>	-0,02	0,872	0,000	0,978	0,79	<b>0,006</b>
<b>Duração da Doença</b>	-2,02	0,165	0,020	<b>0,049</b>	–	–
PTH	-0,44	0,199	0,003	0,190	–	–
<b>HAQ-Força de</b>	-16,54	0,080	0,159	<b>0,019</b>	–	–
<b>Preensão Mão</b>						
<b>Valor do modelo-R<sup>2</sup></b>	<b>0,561</b>	<b>0,002</b>	<b>0,489</b>	<b>0,013</b>	<b>0,294</b>	<b>0,002</b>

Tb.vBMD: densidade volumétrica trabecular; Tb.Sp: separação trabecular; Ct.vBMD: densidade volumétrica cortical; DPI: doença pulmonar intersticial; RME: retardo de motilidade esofágica; CPU: capilaroscopia periungueal; ADM: amplitude de movimento; PTH: hormônio da paratireóide; HAQ: health assessment questionnaire.

## CO.09

**AVALIAÇÃO LONGITUDINAL DOS ÍNDICES DE DANO PERMANENTE SLICC E DIAPS EM PACIENTES COM SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE**

Torricelli AK<sup>1</sup>, Lopes MRU<sup>1</sup>, Bonfá E<sup>1</sup>, Andrade D<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Universidade de São Paulo - Departamento de Reumatologia

**Introdução:** O SLICC Damage Index (SDI) é uma ferramenta reconhecida para avaliação de danos permanentes em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES). Apesar do amplo uso do SDI em LES, esse índice não foi validado para uma população com Síndrome Antifosfolípide (SAF) que, com muita frequência, se sobrepõe a população com LES. Recentemente, foi proposto e validado um índice de dano (derivado do SDI) específico para a Síndrome Antifosfolípide (o Damage Index Score for APS- DIAPS) para documentar de modo mais específico o dano cumulativo em pacientes com SAF. O objetivo foi avaliar e comparar o desempenho dos índices de dano SDI e DIAPS em uma população de pacientes com Síndrome Antifosfolípide primária (SAFP), SAF secundária e LES. E secundariamente avaliar se o DIAPS, por ser mais específico para SAF que o SDI, apresenta maiores variações (delta dano) que o SDI para esses pacientes.

**Métodos:** Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo unicêntrico feito com pacientes do departamento de reumatologia de um hospital terciário. 50 pacientes portadores de SAFP, 50 com LES e 50 com LES e síndrome antifosfolípide secundária foram incluídos aleatoriamente. Todos os pacientes com SAFP e secundária preenchem os critérios de Sydney, e todos os pacientes com LES preenchem os critérios do Colégio Americano de Reumatologia. Foram utilizados como índices o SLICC-Systemic Lupus International Collaborative Clinics Damage Index (SDI) e Damage Index for APS (DIAPS)-recentemente validado para síndrome antifosfolípide –para obter dano permanente em ambos os grupos. Os dados demográficos, clínicos e laboratoriais foram obtidos através de revisão do prontuário eletrônico do serviço em questão. Os índices de dano foram calculados no momento do diagnóstico e em dezembro de 2016. Os testes T-student, qui-quadrado, Kruskal wallis, Fisher e Mann Whitney foram usados para comparações e o teste de Spearman para correlações.

**Resultados:** O SDI e DIAPS mostraram médias comparáveis e alta correlação de Spearman nos 3 grupos ao final do acompanhamento (SAFP  $r=0,9$   $p<0,0001$ , SAF secundário  $r=0,7$   $p<0,0001$ , LES  $r=0,8$   $p<0,0001$ ) sendo a correlação no grupo SAFP a mais forte, chegando a um  $r=0,92$  ( $p<0,0001$ ). Também houve correlação positiva entre a variação de dano (delta dano) e tempo de acompanhamento (SDI:  $r=0,27$   $p=0,0001$  e DIAPS:  $r=0,23$   $p=0,0003$ ). Quando avaliamos o dano total final e o acúmulo de dano ao longo do tempo (delta dano), o DIAPS foi comparável ao SDI nas populações com SAF (SAFP e SAF secundário). Nos pacientes apenas com LES o SDI teve maiores escores que o DIAPS tanto no valor absoluto final ( $p=0,03$ ) como no delta dano ( $p=0,02$ ).

**Conclusão:** Os dois índices SDI e DIAPS apresentaram alta correlação nos 3 grupos e parecem ser comparáveis com relação a quantificação do dano nos pacientes com SAF. O DIAPS, nesse curto período de tempo avaliado, não pareceu refletir melhor o dano no SAF que o SDI. Acreditamos que isso se deva em parte à falta de quantificação dos eventos trombóticos em sítios repetidos, o que acaba por subestimar os valores do DIAPS.

## CO.10

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOZE NA SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE: MINIMIZANDO DANOS**

Torricelli AK<sup>1</sup>, Lopes MRU<sup>1</sup>, Bonfá E<sup>1</sup>, Andrade D<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Universidade de São Paulo - Departamento de Reumatologia

**Introdução:** Não existem dados na literatura a respeito de índices de dano específicos para pacientes com Síndrome Antifosfolípide (SAF) no momento do diagnóstico e no decorrer da doença. O objetivo desse estudo foi descrever o dano em pacientes com SAF primária (SAFP), SAF secundária (LES+SAF) e Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) no momento do diagnóstico e após um período mínimo de seguimento de 5 anos. Como objetivo secundário, avaliamos, após esse período de seguimento, os motivos de acúmulo de dano.

**Métodos:** Estudo longitudinal, retrospectivo unicêntrico, feito em um hospital terciário. 50 pacientes com SAFP, 50 com SAF secundária a LES e 50 com LES foram incluídos aleatoriamente. Todos os pacientes com SAFP e secundária preenchem os critérios de Sydney, e todos os pacientes com LES preenchem os critérios do Colégio Americano de Reumatologia. Foram utilizados como índices o SLICC-Systemic Lupus International Collaborative Clinics Damage Index (SDI) e Damage Index for APS (DIAPS) recentemente validado para síndrome antifosfolípide. Dados demográficos, clínicos e laboratoriais foram obtidos através de prontuário eletrônico. Os índices de dano foram calculados no momento do diagnóstico e em dezembro de 2016. Os testes T-student, qui-quadrado, Kruskal wallis, Fisher e Mann Whitney foram usados para comparações.

**Resultados:** Os grupos SAFP, LES+SAF e LES tiveram idade média (46,6 vs. 43,3 vs. 44,9 anos respectivamente e  $p=0,3$ ) e sexo comparáveis (feminino:  $n=41$ , 83% vs.  $n=44$ , 89% vs.  $n=43$ , 87%  $p=1,0$ ). Comparando o tempo de atraso diagnóstico (intervalo entre os sintomas iniciais e o diagnóstico) nos 3 grupos, os grupos SAFP e LES+SAF tiveram maior média de tempo de atraso diagnóstico que o grupo LES ( $4,0\pm 4,2$  vs.  $2,9\pm 3,8$  vs.  $0,7\pm 1,6$  anos respectivamente  $p<0,05$ ). Houve correlação entre escores mais altos e tempo de atraso no diagnóstico, ou seja, quanto maior o atraso diagnóstico, maior o escore de dano (correlação de Spearman apresentou um coeficiente de 0,41 SDI e 0,62 DIAPS,  $p<0,001$ ). Tanto SDI como DIAPS no diagnóstico foram estatisticamente diferentes entre os grupos: o grupo SAFP e LES+SAF apresentaram escores mais altos tanto no SDI quanto no DIAPS em relação ao LES (média do SDI de  $1,5\pm 1,2$  vs.  $0,5\pm 1,0$  vs.  $0,1\pm 0,38$ ,  $p<0,001$  e média do DIAPS de  $1,6\pm 1,1$  vs.  $0,8\pm 1,0$  vs.  $0,1\pm 0,38$   $p<0,001$ ). A diferença estatística entre os grupos com e sem SAF foi devido a uma maior ocorrência de trombose venosa profunda ( $p<0,001$ ), insuficiência venosa ( $p=0,04$ ), acidente vascular ( $p=0,006$ ), tromboembolismo pulmonar ( $p=0,01$ ) e distúrbio cognitivo ( $p=0,02$ ) nos grupos com SAF. Os escores ao final do acompanhamento mostram valores mais altos nos grupos com SAF, sendo o grupo LES+SAF o de maior dano ( $p<0,05$ ).

**Conclusão:** Pacientes com SAF (primária ou secundária) apresentaram maiores índices de dano permanente, tanto no diagnóstico quanto ao final do acompanhamento, quando comparados com portadores de LES. O tempo de atraso diagnóstico, que foi maior nos grupos SAF, esteve correlacionado com um maior dano. Um diagnóstico precoce pode minimizar dano e, portanto, pacientes jovens com eventos trombóticos principalmente atípicos, devem ser prontamente investigados para a síndrome.

## CO.11

**VARIÁVEIS PREDITORAS DE DISFUNÇÃO COGNITIVA EM PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**

Alessi H<sup>1</sup>, Dutra LA<sup>1</sup>, Maria LA<sup>1</sup>, Xavier P<sup>1</sup>, Coube PC<sup>1</sup>, Kayser C<sup>2</sup>, Barsottini OGP<sup>2</sup> - <sup>1</sup>UNIFESP/EPM - Departamento de Neurologia e Neurocirurgia, <sup>2</sup>UNIFESP/EPM - Disciplina de Reumatologia

**Introdução:** Disfunção cognitiva (DC) é uma manifestação neuropsiquiátrica prevalente em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Comorbidades cardiovasculares são fatores de risco conhecidos para demência, e frequentemente presentes em pacientes com LES.

**Objetivo:** Determinar as variáveis preditoras de DC em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico.

**Materiais/Métodos:** 96 pacientes e controles saudáveis com idade entre 18 e 59 anos foram distribuídos em três grupos de acordo com as manifestações clínicas: GC, GLES e GLES-NP. Foram excluídos pacientes com acidente vascular cerebral, nível educacional <4 anos e depressão não tratada. Todos os participantes foram submetidos a uma bateria neuropsicológica baseada nas diretrizes do Colégio Americano de Reumatologia (ACR). DC foi estabelecida como comprometimento de 2DP abaixo da média em pelo menos dois domínios. Comorbidades cardiovasculares e informações epidemiológicas foram compiladas a partir de prontuários. Os níveis de atividade física, ansiedade e depressão foram avaliados por inventários. As variáveis foram comparadas utilizando ANOVA, Kruskal-Wallis e Qui-quadrado. A regressão logística avaliou as variáveis associadas a DC.

**Resultados:** Não houve diferenças entre os grupos quanto à idade (GC 39,5 ± 11,91, GLES 39,5 ± 10,29, GLES-NP 39,37 ± 11,30, p = 0,927), escolaridade (GC 11,06 ± 2,81, GLES 10,18 ± 2,48, GLES-NP 9,93 ± 2,91, p = 0,232) e gênero (GC 81,3%; GLES 93,8%; GLES-NP 96,9%; p = 0,076). Também não houve diferença na frequência de diabetes, infarto do miocárdio, tabagismo, depressão e ansiedade. O grupo com GLES apresentou maior prevalência de hipertensão (GC 10%, GLES 59,3%, GLES-NP 43,7%, p < 0,0001), dislipidemia (GC 0,0%, GLES 37,5%, GLES-NP 34,4%, p = 0,001) e menor número de indivíduos com emprego formal (GC 87,5%, GLES 26,6%, GLES-NP 32,3%, p < 0,001). Pacientes do GLES-NP eram mais sedentários (GC 30%, GLES 37,1%, GLES-NP 65,5%, p = 0,0) que os demais. Duração da doença (OR 1,013; IC 95% 1,004-1,023; p = 0,005) e baixo nível educacional (OR 0,804; IC 95% 0,663-0,974; p = 0,026) foram independentemente associados a DC.

**Conclusões:** Duração da doença e baixo nível educacional são preditores de DC em pacientes com LES. Depressão e ansiedade não influenciaram o desempenho cognitivo. Embora comorbidades cardiovasculares sejam os principais fatores de risco para demência na população geral, essas variáveis podem desempenhar um papel menos significativo em pacientes com LES.

## CO.12

**BIÓPSIA RENAL DETERMINA TERAPÊUTICA DA NEFRITE LÚPICA? A ANÁLISE DE 136 CASOS MOSTRA QUE NÃO**

Quaresma TO<sup>1</sup>, Lisboa RV<sup>1</sup>, Oliveira FR<sup>1</sup>, Louzada-Júnior P<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP - Reumatologia

**Introdução:** A nefrite lúpica (NL) aumenta significativamente a morbimortalidade de pacientes com LES. O padrão ouro para diagnóstico é biópsia renal. A análise histológica da NL divide classes de I-VI que diferem em apresentação clínica, gravidade e tratamento. Pacientes com classe proliferativa (III ou IV) ou membrano-proliferativa (IV+V) recebem tratamento com pulsoterapia de ciclofosfamida e metil-prednisolona. Avaliações do sedimento urinário, proteinúria, função renal e biomarcadores (anticorpo anti-dsDNA e complemento) são utilizadas para presumir a classe da nefrite antes da biópsia e para o seguimento.

**Objetivos:** 1) Comparar a classe da nefrite lúpica presumida pelos achados clínico-laboratoriais com o padrão histológico renal obtido por biópsia. 2) Avaliar resposta à terapêutica.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de casos de NL seguidos pela Reumatologia, entre 2000-2015. Critérios de inclusão: preencher classificação da ACR para LES, biópsia renal, tratamento com pulsoterapia mensal por 6 meses. A caracterização clínico-laboratorial e a análise do padrão histológico renal foram feitas por revisão de prontuários. Os dados pré-pulsoterapia e após 6 meses de tratamento foram: sedimento urinário, proteinúria/24h, complemento, creatinina, albumina, anti-DNAs e SLEDAI. Classe proliferativa (III/IV) foi inferida por alterações urinárias (hematúria/cilindros granulosos) e proteinúria >1g/24h e classe membranosa (V) em casos de proteinúria >3,5g/24h. Essa classificação foi comparada ao resultado da biópsia renal. A remissão da NL foi considerada completa somente se sedimento urinário normal, proteinúria <0,5g/24h e creatinina <1,3 após 6 meses.

**Resultados:** Foram avaliados 136 pacientes entre 18-60 anos, 83% mulheres. Desses, 94 (69,1%) tinham lesão cutânea, 82 (60,2%) artrite, 65 (47,8%) serosite, 13 (9,5%) alterações neurológicas, 85 (62,5%) alterações hematológicas, 95 (69,8%) anti-DNAs reagente, 42 (30,8%) anti-SM e 41 (30,1%) anticorpos antifosfolípides. Na avaliação pré-pulsoterapia, 132 pacientes (97%) apresentavam proteinúria >0,5g/24h, 121 (88,9%) sedimento urinário alterado, 104 (76,4%) complemento reduzido, 97 (71,3%) anti-DNAs positivo, 106 (77,9%) albumina <3,5g/dl e 47 (34,5%) creatinina >1,3. SLEDAI médio = 15,6. A divisão por classe a partir da biópsia mostrou 13 pacientes classe II, 15 classe III, 67 classe IV, 13 classe IV/V e 28 classe V. A comparação entre a classe da NL presumida pelos achados clínico-laboratoriais e o padrão histológico obtido determinou concordância de 46,3% (63/136 casos). A melhor taxa de resposta terapêutica ocorreu na classe III, com 60% de remissão completa, em contraste a apenas 22,3% na classe IV, 15,3% na IV+V e 21,4% na V. **Conclusão:** A ciclofosfamida constitui terapia para indivíduos com NL, especialmente classe III. A concordância clínico-histológica em nosso estudo foi menor que 50%. Isso traduz que a expressão clínica de maior gravidade deve prevalecer na indicação de pulsoterapia quando a biópsia mostrar padrão histológico diverso. O achado coloca em questão biopsiar todo e qualquer paciente com NL, já que na presença de manifestação clínica de nefrite proliferativa isso não modificaria a terapia. Sugerimos aumentar casuística com participação de serviços e revisão da patologia para confirmar nossos achados.

## CO.13

**REDUÇÃO PRECOZE DA PROTEINÚRIA É O MELHOR PREDITOR DE DESFECHO RENAL EM LONGO PRAZO EM PACIENTES COM NEFRITE LÚPICA COMPROVADA POR BIÓPSIA**

Ugolini-Lopes MR<sup>1</sup>, Seguro LP<sup>1</sup>, Castro MX<sup>1</sup>, Daffre D, Lopes AC, Borba EF<sup>1</sup>, Bonfá E<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - Reumatologia

**Introdução:** Recentemente, análises retrospectivas de dois ensaios clínicos importantes em lupus mostraram que a proteinúria é o melhor preditor de desfecho renal. As amostras desses ensaios eram de pacientes caucasianos no primeiro episódio de nefrite. O objetivo do estudo foi observar se a redução precoce da proteinúria também era preditor de bom desfecho renal em pacientes na vida real, com nefrites mais grave e alta diversidade racial.

**Métodos:** 94 pacientes com nefrite lúpica comprovada por biópsia com 7 anos de acompanhamento foram consecutivamente selecionados. A proteinúria, creatinina sérica (Cr), hematúria e anti-DNAs foram avaliados no início e após 3, 6, 12 meses e 7 anos para definir o melhor preditor de bom desfecho renal a longo prazo (definido como Cr < 1,5 mg/dl). Curvas ROC foram geradas para avaliar o desempenho de cada parâmetro isolado e combinado, a área sob a curva (AUC), especificidade, sensibilidade, valor preditivo positivo e negativo das curvas foram calculados. Curvas de Kaplan Meier foram usadas para avaliar a sobrevida renal de cada grupo.

**Resultados:** A Proteinúria < 0,8g/24h aos 12 meses de acompanhamento foi o melhor preditor isolado de bom desfecho renal a longo prazo (sensibilidade=90%, especificidade=78%, VPP = 67%, VPN=94% e AUC=0,86, p<0,001). A adição de outras variáveis tais como creatinina e hematúria à análise da proteinúria não melhorou o desempenho deste parâmetro. O corte da proteinúria < 0,8g/24h no 12<sup>o</sup> mês é um bom preditor de sobrevida renal a longo prazo para nefrites membranosas (p=0,005) e proliferativas (p=0,043), negros (p=0,002) e brancos (p=0,001), anti-DNAs positivo (p=0,002) e negativo (p=0,001), sexo masculino (p=0,028) e feminino (p=0,003).

**Conclusão:** Demonstramos em uma situação da vida real que proteinúria aos 12 meses de acompanhamento foi o melhor preditor de bom desfecho renal aos 7 anos, mesmo em um grupo com alta diversidade racial. Nós ainda validamos esse parâmetro como preditor de longo prazo para classes histológicas distintas, raças, sexo e perfil anti-dsDNA. O alto valor de VPN obtido reforça a sua recomendação como o preditor ideal para a prática clínica, uma vez que é um exame de baixo custo, fácil interpretação, não invasivo e amplamente disponível.

## CO.14

**ESTUDO LONGITUDINAL PARA AVALIAR A EVOLUÇÃO CLÍNICA E ARTERIOGRÁFICA DE PACIENTES COM ARTERITE DE TAKAYASU SUBMETIDOS AO PET-CT COM 18F-FDG**

Janes ALF<sup>1</sup>, Castro MF<sup>1</sup>, Savioli B<sup>1</sup>, Arraes AED<sup>1</sup>, Mariz HA<sup>2</sup>, Lima ENP<sup>3</sup>, Sato EI<sup>1</sup>, Souza AW<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Unifesp-EPM - Disciplina de Reumatologia, <sup>2</sup>UFPE - Disciplina de Reumatologia, <sup>3</sup>Hospital A.C. Camargo - Divisão de Radiologia

**Introdução.** A avaliação de atividade de doença na arterite de Takayasu (AT) é um desafio, pois progressão silenciosa ocorre em pacientes considerados em remissão. O PET-CT (*Positron Emission Tomography - Computed Tomography*) com 18-Fluorodesoxiglicose (18F-FDG) passou a ser utilizado na avaliação de atividade de doença na AT. A captação de 18F-FDG em paredes arteriais pode refletir o processo inflamatório arterial e consequentemente a atividade de doença.

**Métodos.** Nesse estudo, avaliamos longitudinalmente se a maior captação de 18F-FDG, medida pelo índice SUV (*Standardized Uptake Value*) e pelo SUV máximo (SUVmax) em paredes arteriais se associa ao desenvolvimento de novas lesões arteriais na AT e reativação da doença. Pacientes que realizaram exame de PET-CT com 18F-FDG entre 2009 e 2010 foram reavaliados anualmente por angiorressonância e/ou angiotomografia computadorizada.

**Resultados.** Dos 36 pacientes com AT inicialmente recrutados, 32 foram avaliados longitudinalmente por mediana de 83,5 meses. Vinte pacientes (62,5%) com AT apresentaram atividade de doença de acordo com o PET-CT com 18F-FDG, considerando a SUVmax  $\geq 1,3$ . A mediana da SUVmax na avaliação basal foi de 1,57 (1,16-2,23). No seguimento, 23 (71,9%) pacientes apresentaram pelo menos uma recidiva da AT e novas lesões arteriais foi observada em 14 (43,8%) casos. Não houve diferença quanto ao valor de SUV basal entre artérias que desenvolveram e artérias que não desenvolveram novas lesões em pacientes com AT. Houve maior frequência de recidivas de doença, maior necessidade de mudança de agente imunossupressor e menor frequência de óbito em pacientes com SUVmax  $\geq 1,3$ .

**Conclusões.** Não há associação entre SUV arterial e desenvolvimento de nova lesão arterial na AT, mas a SUVmax arterial em pacientes com AT se associa a maior frequência de recidivas de doença e maior necessidade de mudança de terapia imunossupressora.

resumos

Pôsteres

### PT.01

#### EFICÁCIA E SEGURANÇA DA LEFLUNOMIDA COMO DROGA ADJUVANTE EM ATIVIDADE CUTÂNEA DE PACIENTES COM DERMATOMIOSITE REFRATÁRIA

Souza RC<sup>1</sup>, Souza FHC<sup>1</sup>, Miossi R<sup>1</sup>, Shinjo SK<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo - Serviço de Reumatologia

**Introdução.** Dermatomiosite (DM) é uma rara miopatia inflamatória sistêmica caracterizada por fraqueza muscular progressiva associada a lesões cutâneas típicas. Apesar da ausência de ensaios clínicos randomizados, glicocorticoides, diferentes imunossupressores e imunobiológicos, tal como o rituximabe, têm sido utilizados como terapia de primeira linha em miopatias inflamatórias idiopáticas. No entanto, alguns pacientes podem apresentar contraindicações, efeitos colaterais ou refratariedade a essas diversas drogas.

**Objetivos.** Avaliar a eficácia da leflunomida na atividade cutânea e a segurança desta como droga adjuvante na DM refratária.

**Métodos.** Estudo coorte retrospectivo de um único centro, no qual foram incluídos, no período de 2001 a 2016, 18 pacientes adultos com DM (clássica ou clinicamente amiopática), primariamente com atividade cutânea, dependentes de glicocorticoide, refratários a pelo menos dois imunossupressores em dose plena ou, ainda, que tiveram eventos adversos ao uso de rituximabe. Um imunossupressor foi mantido, associado à leflunomida em todos os casos e os pacientes foram acompanhados por 6 meses consecutivos.

**Resultados.** A média de idade foi de 43,2 anos, predomínio de sexo feminino (91,7%), média de 4,7 anos de doença. Doze pacientes tiveram boa tolerância à leflunomida, com controle total do quadro cutâneo e desmame da prednisona (dose mediana diária, respectivamente, inicial e após 6 meses: 17,5 vs. 6,0 mg;  $P=0,008$ ). Além da atividade cutânea, dois pacientes apresentavam atividade muscular, um articular e um, ambas; sendo que todos melhoraram com leflunomida. Não houve nenhum caso de infecção grave ou óbito. Em seis pacientes a leflunomida foi interrompida nos primeiros dois meses de seguimento: quatro casos sem melhora da atividade da doença, um sem melhora e com efeitos colaterais (parestesia dos membros inferiores) e um com melhora cutânea, mas com quadro diarreico persistente.

**Conclusões.** A leflunomida mostrou-se eficaz e segura como droga adjuvante para o quadro cutâneo de DM, podendo ser usada como alternativa para os casos refratários.

### PT.02

#### ULTRASONOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES EM UMA COMUNIDADE DE 70 PACIENTES COM SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMÁRIA

Fidelix, T<sup>1</sup> Czapkowski A, Andriolo A, Trevisani VFM<sup>1</sup> - <sup>1</sup>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

#### Abstract

**Purpose.** Primary Sjögren's syndrome (pSS) is a multisystem autoimmune disease characterized by hypofunction of salivary and lacrimal glands and possible systemic multi-organ manifestations. In the last fifteen years three diagnostic criteria have been proposed but none have included the salivary gland ultrasonography exam. However, studies have recently proposed its role in the diagnosis and prognostic assessment of patients with Sjögren's syndrome. The aim of this study was to evaluate the value of the ultrasonography for diagnosis e prognostic of Sjögren's syndrome correlating severity scores of ultrasonography with the clinical and laboratory data.

**Methods.** Seventy patients were selected from eighty four patients from the specialized clinical ambulatories of the federal university of São Paulo in order to analyze if they fulfill the 2002 diagnostic criteria for pSS. Their serology, ESSDAI, salivary flux, IgG levels, salivary were updated. Serum Beta2 microglobulin, and a salivary gland ultrasonography were performed by a experienced radiologist, using scores 1-4 to classify salivary gland impairment. All participants signed a consent declaration.

**Results.** This study demonstrates that salivary gland ultrasonography with scores 1 and 2 were associated with ESSDAI <4. Ultrasonography scores 3 or 4 were associated with ESSDAI  $\geq 4$  ( $p=0,043$ ), ANA serology positive ( $p=0,006$ ), RoSSA serology positive ( $p=0,003$ ), LaSSB serology positive ( $p=0,077$ ), positivity of rheumatoid factor ( $p=0,034$ ), and IgG levels higher than 1600 mg/dl ( $p=0,077$ ). The salivary flux was lower in the patients with US scores 3 or 4 ( $p=0,001$ ).

**Conclusion.** This study provides further evidence that salivary gland ultrasonography can be used not only for diagnosis but also for prognostic evaluation of primary Sjögren's syndrome. These findings assure what has been reported in the literature. However, further analyses and larger and paired cohorts are required to reinforce this finding in order to complement SGUS as part of diagnostic criteria in Sjögren's syndrome.

## PT.03

**ANKYLOSING SPONDYLITIS DISEASE ACTIVITY SCORE (ASDAS) DEMONSTRATED A GOOD CORRELATION WITH OUTCOME MEASURES IN PATIENTS WITH SPONDYLOARTHRITIDES FROM DIFFERENT BRAZILIAN REGIONS**

Beckhauser de Campos AP<sup>1</sup>, Palominos PE<sup>2</sup>, Euzebio Ribeiro SL<sup>3</sup>, Simioni J<sup>4</sup>, Bortoluzzo AB<sup>4</sup>, Skare TL<sup>1</sup>, Sampaio-Barros PD<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Universitário Evangélico de Curitiba - Reumatologia,  
<sup>2</sup>Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Reumatologia,  
<sup>3</sup>Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Amazonas - Reumatologia,  
<sup>4</sup>Inspere Institute of Education and Research,  
<sup>5</sup>Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo - Reumatologia

**Background:** Spondyloarthritis (SpA) embraces a group of diseases such as Ankylosing Spondylitis (AS), Psoriatic Arthritis (PsA), Reactive Arthritis (ReA), Arthritis Associated with Inflammatory Bowel Disease (IBDA) and Undifferentiated Spondyloarthritis (USpA). Until now, no serological marker is good enough to reflect the ongoing inflammation. This difficulty has led to the elaboration of the Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS), an instrument that combines clinical findings with results of inflammation biomarkers such as erythrocyte sedimentation rate (ESR) and C reactive protein (CRP)

**Objetivo:** To analyze the correlation of ASDAS with outcome measures in patients with SpA with distinct ethnic backgrounds.

**Methods:** A protocol was applied to 204 SpA patients from two Brazilian regions – South (Porto Alegre and Curitiba) and North (Manaus). ASDAS was calculated using C-Reactive Protein (ASDAS-CRP) and Erythrocyte Sedimentation Rate (ASDAS-ESR), and was correlated with outcome measures (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index-BASDAI), function (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Functional Index-BASFI), enthesitis (Maastricht Ankylosing Spondylitis Score-MASES, Spondyloarthritis Research Consortium of Canada-SPARCC and Leeds Enthesitis Index-LEI), and quality of life (Ankylosing Spondylitis Quality of Life questionnaire-ASQoL and Health Assessment Questionnaire-HAQ). Statistical analysis included chi-squared test for nominal data; Mann Whitney, unpaired t tests, Anova and Kruskal Wallis tests for numerical data. Correlation studies were done by Spearman test. Level of significance was 5%.

**Results:** Median ASDAS-CRP and ASDAS-ESR were 3.2/2.7 in Porto Alegre, 2.4/2.6 in Curitiba and 1.7/2.5 in Manaus. ASDAS (CRP and ESR) presented a moderate correlation with BASDAI (CRP:  $r=0.62, p<0.001$ ;  $r=0.67, p<0.001$ ;  $r=0.62, p<0.001$ ; ESR:  $r=0.71, p<0.001$ ;  $r=0.67, p<0.001$ ;  $r=0.67, p<0.001$ ) and ASQoL (CRP:  $r=0.44, p<0.001$ ;  $r=0.50, p<0.001$ ;  $r=0.42, p=0.004$ ; ESR:  $r=0.68, p<0.001$ ;  $r=0.50, p<0.001$ ;  $r=0.50, p<0.001$ ) in the three cities. ASDAS-CRP showed a moderate correlation with BASFI ( $r=0.48, p<0.001$ ) and MASES ( $r=0.47, p=0.001$ ) in Porto Alegre, while ASDAS-ESR presented a moderate correlation with BASFI ( $r=0.68, p<0.001$ ;  $r=0.46, p<0.001$ ;  $r=0.46, p<0.001$ ) in the three cities, and with MASES ( $r=0.59, p<0.001$ ) and SPARCC ( $r=0.41, p=0.006$ ) in Porto Alegre.

**Conclusion:** ASDAS showed a good correlation with measures associated with disease activity, function, enthesitis and quality of life in SpA patients from distinct Brazilian regions.

## PT.04

**INFLUÊNCIA DO ACOLHIMENTO AO PACIENTE COM OSTEOARTRITE DE JOELHO NO PROCEDIMENTO DE INJEÇÃO INTRA-ARTICULAR COM CORTICOSTEROIDE: UM ESTUDO PROSPECTIVO, CONTROLADO, RANDOMIZADO**

Toffolo SR<sup>1</sup>, Tamashiro JC<sup>2</sup>, Boni RC<sup>3</sup>, Natour J<sup>2</sup>, Furtado RNV<sup>2</sup> -  
<sup>1</sup>ESTES-UFU / UNIFESP, <sup>2</sup>UNIFESP, <sup>3</sup>Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

**Introdução:** O acolhimento ao paciente deve ser entendido como atenção dispensada na relação entre trabalhador de saúde e usuário, envolvendo atitude de inclusão, escuta, valorização das queixas e identificação das necessidades do mesmo. Existe protocolo uniformizado para a realização do acolhimento ao paciente. No entanto, não existem estudos avaliando a efetividade dessa intervenção no procedimento de injeção intra-articular (IIA) com corticosteroide.

**Objetivo:** Avaliar a efetividade do acolhimento ao paciente com osteoartrite (OA) de joelho com relação à IIA com CE quanto à tolerância relacionada à IIA e a efetividade a curto e médio prazo da mesma.

**Material e método:** Foi realizado estudo prospectivo, controlado, randomizado, com avaliador cego com intenção de tratar em 100 pacientes com OA sintomática de joelhos submetidos à IIA com hexacetonide de triancinolona. Os pacientes foram provenientes dos ambulatórios da Disciplina de Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP. Foram incluídos pacientes com OA de joelhos segundo os critérios do ACR, idade 50 anos, ausência de experiência prévia em IIA, medicações estáveis por pelo menos 3 meses, drogas anti-inflamatórias estáveis por um mês, EVA de 0-10cm de dor no joelho a ser estudado entre 3 e 7 cm, classificação radiológica de Kellgren e Lawrence de 1-3. Foram excluídos com outras artropatias, IIA progressiva, distúrbio de coagulação, fibromialgia não tratada, situação de litígio, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica descontroladas, alergia a lidocaína ou ao hexacetonide de triancinolona (HT). Após randomização, os pacientes foram divididos em dois grupos, 50 pertencentes ao grupo intervenção (acolhimento) e 50 ao grupo controle (sem acolhimento). O grupo acolhimento recebeu intervenção (protocolo de acolhimento SPIKES) padronizada em sala adaptada para tal antes da intervenção e por telefone no tempo de seguimento. As avaliações foram realizadas por um avaliador “cego” nos tempos To (pré-procedimento), TPPI (pós-procedimento imediato), T1 (1 semana), T2 (4 semanas) e T3 (12 semanas) após a IIA através dos seguintes instrumentos: EVA dor ao repouso, ao movimento e de edema articular, rigidez matinal (minutos), questionário funcional WOMAC, escala de catastrofização da dor, questionário de dor McGill, SF36, Inventário de ansiedade traço-estado IDATE, teste funcional time up and go e escala tipo likert. No TPPI os pacientes foram avaliados quanto ao EVA de dor e edema no momento da IIA e quanto ao flare articular nas primeiras 48h pós IIA. O nível de significância estatística adotado foi de 5%.

**Resultados:** 100 pacientes foram incluídos, 89 (89%) foram mulheres, 60 (60%) brancos, com idade média de 67,1-67,0(7,6 - 7,1), tempo médio de doença de 6,1- 6,5(6,3-5,0). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para nenhuma das variáveis do TPPI, variáveis locais, questionários funcional e de dor, teste funcional e escala de melhora.

**Conclusão:** Não se observou vantagem em realizar o protocolo de acolhimento ao paciente com OA de joelho submetido à IIA de HT, nem no desconforto no momento da IIA, nem quanto a aumentar a efetividade do procedimento a curto e a médio prazo.



## PT.05

### SEGURANÇA E EFICÁCIA DE MICOFENOLATO DE MOFETILA EM MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS IDIOPÁTICAS: ESTUDO DE CORTE RETROSPECTIVO

Pallo PAO<sup>1</sup>, Miozzi R, Souza FHC, Shinjo SK - <sup>1</sup>Hospital das Clínicas - Reumatologia

**Introdução:** Diversos imunossuppressores têm sido utilizados como agentes poupadores de glicocorticoides em miopatias inflamatórias idiopáticas (MII) para tratamento de manutenção. Entretanto, há escassez de estudos sobre o uso de micofenolato de mofetila (MMF) nestes pacientes, sobretudo naqueles com refratariedade a outros imunossuppressores.

**Objetivos.** Avaliar a segurança e a eficácia do MMF em pacientes com MII refratários.

**Métodos.** Estudo retrospectivo, único centro, período de 2011 a 2016, no qual 21 pacientes adultos consecutivos com MII (dermatomiosite, dermatomiosite amiopática, síndrome antissintetase ou polimiosite) foram avaliados por 6 meses consecutivos após o início de MMF. A refratariedade foi definida como: persistência de atividade cutânea, muscular, articular e/ou pulmonar, cortico-dependentes e/ou resposta inadequada a pelo menos dois imunossuppressores utilizados em dose máxima e com uso no período mínimo de três meses (administrados sequencial ou simultaneamente).

**Resultados.** Em 18 (85,7%) dos 21 pacientes refratários (11 dermatomiosite, 4 polimiosite, 2 síndrome antissintetase, 1 dermatomiosite clinicamente amiopática), MMF foi introduzido com boa tolerância. A média de idade destes 18 pacientes foi de 47,6±13,9 anos, com duração da doença de 4,8±3,6 anos. Destes, 9 (50%) apresentavam atividade muscular, 3 (16,6%) muscular e cutânea, 2 (11,1%) cutânea, 2 (11,1%) pulmonar, 1 (5,5%) cutânea e pulmonar, e 1 (5,5%) muscular, cutânea e pulmonar. Nenhum caso apresentava atividade articular. Durante o seguimento de 6 meses, a dose mediana de prednisona foi diminuída de 15,0 para 5,0 mg/dia ( $P=0,030$ ), sendo que a redução da dose de glicocorticoide em mais de 50% ocorreu em 11 pacientes (61,1%). Todos apresentaram boa resposta clínica e laboratorial a MMF. O MMF foi eficaz como monoterapia em 6 (33,3%) pacientes. Em três dos 21 casos (1 dermatomiosite, 1 polimiosite e 1 síndrome antissintetase), o MMF foi suspenso por intolerância gastrointestinal. Não houve casos de infecções graves ou óbitos.

**Conclusões.** O MMF foi relativamente bem tolerado, seguro e eficaz em pacientes com MII refratária. Novos estudos são necessários para confirmar os dados encontrados.

## PT.06

### EFEITO DA CICLOFOSFAMIDA NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR ASSOCIADA À DOENÇA MISTA DO TECIDO CONECTIVO

Souza J<sup>1</sup>, Assad APL<sup>1</sup>, Miozzi R<sup>1</sup>, Caleiro MTC<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Reumatologia

**Introdução.** A hipertensão pulmonar (HP) na Doença Mista do Tecido Conectivo (DMTC) é a principal causa de óbito relacionada à doença. A ciclofosfamida (CFF) é descrita como uma droga possivelmente eficaz nos quadros cardiopulmonares das doenças auto-imunes sistêmicas reumatológicas em geral mas, pela sua raridade, até o momento, apenas relatos de casos isolados avaliaram particularmente pacientes com DMTC submetidos à terapia com CFF para HP.

**Objetivo.** Descrever a evolução de nove pacientes com DMTC e hipertensão arterial pulmonar (HAP) que foram submetidos à terapia com CFF, após 2 anos de seguimento.

**Materiais e Métodos.** Foram selecionados, através de pesquisa em prontuário, nove pacientes (sexo feminino) em seguimento atual em um serviço terciário de Reumatologia com diagnóstico de DMTC e que receberam pulsoterapia mensal com CFF (ao menos 3 doses) devido à manifestação cardiopulmonar. Para inclusão, independente de sintomas, era necessário que houvesse aumento de pressão sistólica de artéria pulmonar (PSAP  $\rightarrow$  40mmHg) estimada pelo ecocardiograma ou aumento de pressão média de artéria pulmonar (PAPm  $\rightarrow$  25mmHg) medida pelo cateterismo e a disponibilidade de pelo menos um exame complementar sugerindo doença intersticial pulmonar: prova de função pulmonar (PFP) ou tomografia de tórax (TC). A dispneia foi quantificada pela Classificação Funcional da *New York Heart Association (NYHA)*. Nenhum destes pacientes apresentava fibrose à TC ou redução da capacidade vital forçada (CVF) na PFP, sugerindo etiologia arterial. A condição cardiopulmonar foi analisada em cinco momentos: imediatamente antes da terapia com CFF e após 6, 12, 18 e 24 meses após o término. Foram vistos, em cada um destes momentos, os seguintes parâmetros: classe funcional pela NYHA; valor da PSAP; valor da PAPm; padrão tomográfico; CVF e difusão de monóxido de carbono (DCO) à PFP.

**Resultados.** 88% das pacientes apresentaram melhora ou estabilidade de classe funcional após o tratamento, algumas com introdução simultânea de vasodilatadores pulmonares, possivelmente contribuindo para o desfecho encontrado. 55% das pacientes apresentaram normalização sustentada dos valores da PSAP e 33% apresentaram resposta modesta, com reduções mínimas, mantendo valores sustentados acima da normalidade no final do período estudado. 55% tiveram desfecho favorável sob o ponto de vista da PAPm, ficando com valores menores que os prévios ou mesmo normais. Todas as pacientes mantiveram aproximadamente o mesmo padrão tomográfico ao longo do estudo. 77% mantiveram valores normais de CVF após seis meses do esquema. Quanto à DCO, a análise ficou incompleta, mas parece haver uma tendência à manutenção dos valores prévios de maneira sustentada em quase todas as pacientes.

**Conclusão.** Descrevemos a maior série de casos até o momento sobre HAP na DMTC tratada com CFF. Apesar das limitações deste formato, os dados encontrados sugerem que a CFF, por vezes combinada a vasodilatadores pulmonares, pode ser uma alternativa para o tratamento da HAP e melhora da qualidade de vida dos pacientes.

*Estudo feito sem financiamento externo.*

## PT.07

**ACHADOS CLÍNICOS, SOROLÓGICOS E PATOLÓGICOS DE UMA SÉRIE DE CASOS DE DOENÇA RELACIONADA AO IGG4 FENOTIPICAMENTE DISTINTOS.**

Molina MR<sup>1,2</sup>, Santos IA<sup>1,2</sup>, Chahud F<sup>1,2</sup>, Louzada-Júnior P<sup>1,2</sup>, Oliveira FR<sup>2,1</sup> - <sup>1</sup>Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, <sup>2</sup>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

**Introdução.** A doença relacionada à imunoglobulina G4 (DRlgG4) é uma condição imunomediada de descrição recente e patogênese pouco esclarecida. Corresponde a um grupo de doenças cujos marcadores comuns são fibrose tecidual, infiltrado linfoplasmocitário rico em plasmócitos marcados para IgG4 e nível sérico da subclasse IgG4 aumentado<sup>1,2,3</sup>. Apesar dos aspectos sorológicos e histológicos típicos, a DRlgG4 compõe o diagnóstico diferencial de inúmeras outras afecções, pelo fato dos pacientes apresentarem-se com acometimento de órgãos variados e manifestações clínicas heterogêneas<sup>1</sup>. **Objetivo.** Descrever características clínicas e laboratoriais de portadores de DRlgG4, em hospital universitário do interior de São Paulo.

**Métodos:** Foram selecionados e submetidos à revisão de prontuários, 12 casos suspeitos para DRlgG4, seguidos no serviço entre 2010 e 2017.

**Resultados.** Dos 12 indivíduos inicialmente selecionados, 9 obtiveram confirmação do diagnóstico. No curso inicial ou durante a evolução da doença, 42,8% dos pacientes mostrou perda ponderal (8% do peso total), anemia (28,5%) e aumento de provas de atividade inflamatória (57%). Nenhum relato de febre. A expressão clínica mais marcante em cada paciente dessa seleção foi: Tumoração cervical com linfonodomegalia (1 caso). Síndrome Sicca (3 casos), sendo dois com pseudotumor orbitário e o terceiro com massa submandibular e tumor mastigatório. Paquimeningite e comprometimento de nervo óptico (1 caso). Comprometimento de seios da face (2 casos). Otite com invasão de mastóide (1 caso). Fibrose retroperitoneal (2 casos), sendo um investigado devido a insuficiência renal aguda por obstrução ureteral extrínseca. Massa fibrótica intra-hepática (1 caso), com síndrome colestática. Seis pacientes foram submetidos à biópsia e outros três à dosagem sérica de IgG4 apenas, com evidências histopatológica e/ou sorológica para a DRlgG4. O tratamento inicial proposto foi corticoterapia sistêmica. Houve falha em apenas um doente, que recebeu pulsoterapia de ciclofosfamida e metilprednisolona e rituximabe, mantendo-se estável. **Conclusão.** O entendimento da DRlgG4 é de importância para o conhecimento médico geral, por sua apresentação fenotípica variável

## PT.08

**PERFIL CLÍNICO E LABORATORIAL DE PACIENTES COM SÍNDROME SICCA SEGUIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Quaresma TO<sup>1</sup>, Lisboa RV<sup>1</sup>, Assad RL<sup>1</sup>, Oliveira R<sup>1</sup>, Rocha EM<sup>2</sup>, Louzada-Júnior P<sup>3</sup>, Oliveira FR<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Reumatologia, <sup>2</sup>Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Oftalmologia, <sup>3</sup>Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Reumatologia

**Introdução.** A Síndrome de Sjogren (SS) é uma doença autoimune sistêmica primária (SSp) ou secundária (SSs), caracterizada por infiltrado linfocitário de glândulas exócrinas. O processo inflamatório pode afetar qualquer órgão e cursar com diferentes formas clínicas, sendo xerostomia e/ou xeroftalmia os mais comuns. O objetivo deste estudo é realizar análise das principais características de pacientes com síndrome *Sicca* em acompanhamento num hospital universitário.

**Método.** Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, transversal, composto de 3 grupos de doentes, SSp, SSs e quadro *Sicca* isolado, acompanhados em ambulatórios de reumatologia e oftalmologia. Aspectos demográficos, sintomas, afecções associadas, alterações histopatológicas e auto-anticorpos foram descritos.

**Resultados.** De 80 pacientes observados, 73 são do sexo feminino (razão 10:1), com média de idade de 54 anos, sem diferença entre os grupos. A frequência e a concomitância entre os sintomas de boca e olhos secos são maiores no grupo de SSp e de SSs, respectivamente, e menor no grupo *Sicca* (p=0,03). Xeroftalmia é observada em 95,2% do grupo SSp, 75,7% do SSs e 65,3% do grupo *Sicca*; enquanto xerostomia é observada em 90,5%, 72,7% e 50% dos casos, respectivamente. A tendência de sintomatologia mais exuberante no grupo SSp é confirmada ao avaliar ceratoconjuntivite seca por testes funcionais. Testes de *Schirmer* e BUT tem resultados menores nos pacientes SSp e SSs comparativamente ao grupo *Sicca* (p=0,05). Com relação ao envolvimento de glândulas salivares, observamos fluxo salivar (mL/min) reduzido universalmente (médias 0,19; 0,17 e 0,14 para *Sicca*, SSp e SSs). No entanto, a histologia da glândula salivar menor parece distinguir bem pacientes portadores de *Sicca* não relacionada à SS. Nota-se, nesse caso, que 81% dos pacientes apresentam *focus score* (FS) menor ou igual a 1 (sendo 69% com FS=zero), ajustado com a ausência de infiltrado inflamatório típico. Por outro lado, 76% dos pacientes com SSp tem FS  $\geq 2$  (52% tem FS=4). Nos pacientes com SSs, 58% apresentam-se com FS  $\geq 2$  e apenas 18% com FS=4 (p=0,5 e p=0,05). Observa-se o mesmo com relação à maior frequência dos auto-anticorpos específicos antiSS-A e antiSS-B na SSp (76% e 52,4%), seguida da SSs (57,6% e 39,4%), em contraste com o grupo *Sicca* (3,8%) (p=0,01). As condições mórbidas mais associadas à *Sicca* são o hipotireoidismo (19,2%), a HAS, o Diabetes Mellitus e a Artrite Reumatoide (AR), observadas em 11,5% dos pacientes. Na SSs, foram AR (39%), LES (36%) e Fibromialgia (15%). **Conclusão.** Apesar de se apresentarem com similaridade sintomática, o espectro da síndrome *sicca* nos faz deparar com doenças de características distintas e que podem resultar em curso evolutivo e desfechos prognósticos variados. Este estudo, em andamento, proporciona uma visão parcial do perfil desses doentes e reafirma a importância da investigação complementar dos sintomas *sicca* com testes funcionais, pesquisa de auto-anticorpos, além de salientar o papel relevante da biópsia da glândula salivar.

## PT.09

### AVALIAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA DE ARTICULAÇÕES DE PEQUENO, MÉDIO E GRANDE PORTE DE INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS GÊNEROS

Nunes-Tamashiro JC<sup>1</sup>, Furtado RNV<sup>1</sup>, Natour J<sup>1</sup>, Pereira DF<sup>1</sup> - <sup>1</sup>UNIFESP - Disciplina de Reumatologia

**Resumo.** o ultrassom musculoesquelético (USME) vem sendo utilizado cada vez mais na prática clínica diária dos médicos do aparelho locomotor, pelo seu inquestionável potencial diagnóstico, e deve servir como complemento ao exame físico, por permitir a avaliação morfológica, estrutural e dinâmica dos tecidos envolvidos no processo inflamatório. São escassos na literatura estudos ultrassonográficos descritivos da estrutura articular em indivíduos saudáveis, e não existem estudos comparativos entre homens e mulheres saudáveis.

**Objetivos.** Comparar através do USME das articulações de grande, médio e pequeno portes entre os gêneros, os seguintes parâmetros: 1) Medida quantitativa (hipertrofia sinovial na escala de cinza); 2) Medida semi-quantitativa (hipertrofia sinovial na escala de cinza, fluxo sinovial através do power Doppler e erosão subcondral).

**Métodos.** estudo de corte transversal onde o ultrassom articular de pequenas, médias e grandes articulações foi comparado entre os gêneros de uma população de indivíduos saudáveis. O grupo 1 foi formado por 100 mulheres e o grupo 2, por 60 homens. Esta avaliação foi realizada em um único tempo para cada indivíduo. Os grupos foram pareados por idade e índice de massa corpórea (IMC). Individualmente, foram avaliados 46 recessos articulares. No total foram estudados 7.360 recessos articulares para as medidas quantitativas (22.080 medidas); para as semi-quantitativas, foram 22.720 medidas (hipertrofia sinovial = 7360, power Doppler = 7360 e erosão = 8000). As articulações e os recessos articulares escolhidos foram os que são considerados mais relevantes na prática clínica do reumatologista. O estudo foi bilateral das seguintes articulações: 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> interfalângicas (IFP) proximais, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> metacarpofalângicas (MCF), punho, cotovelo, glenoumeral, quadril, joelho, talocrural, talonavicular, talocalcânea, 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> metatarsofalângicas (MTF). Foi considerada significância estatística de 5%.

**Resultados.** Dados demográficos: feminino/masculino: idade: 45,0 (±14,7) / 44,5 (±14,6) p=0,919; IMC: 25,65 (±4,43) / 26,11 (±3,57) p=0,472. Medidas quantitativas – hipertrofia sinovial: diferenças estatisticamente significantes nas: punho (radiocárpica, radioulnar distal e ulnocárpica), 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> IFP dorsal, 2<sup>a</sup> MCF palmar, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> IFP palmar, glenoumeral (axilar e posterior), quadril, talocrural, talonavicular e talocalcânea, e 5<sup>a</sup> MTF dorsal, com valores maiores da média, encontrados no sexo feminino (exceção da 5<sup>a</sup> MTF dorsal). Medidas semi-quantitativas: A) hipertrofia sinovial: diferenças estatisticamente significantes nas 2<sup>a</sup> MCF dorsal, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> MCF palmar, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> IFP palmar, cotovelo, joelho, talocrural, talonavicular, talocalcânea, 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> MTF dorsal, com maiores alterações no sexo feminino. B) power Doppler: talonavicular com maiores alterações no sexo feminino e, 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> MTF dorsal, no sexo masculino. C) Erosão: punho (radiocárpica), 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> MCF dorsal, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> IFP dorsal, 3<sup>a</sup> MCF palmar, cotovelo, glenoumeral (axilar e posterior), quadril, joelho, talocrural e talonavicular, com maiores alterações no sexo feminino, e a talocalcânea, no sexo masculino.

**Conclusão.** O USME realizado em articulações de indivíduos saudáveis mostrou-se com medidas superiores em indivíduos do gênero feminino.

## PT.10

### NÍVEIS SÉRICOS DE CITOCINAS NA ARTERITE DE TAKAYASU, HÁ ALGUM PADRÃO DE RESPOSTA PREDOMINANTE?

Savioli B<sup>1</sup>, Salu B<sup>2</sup>, Vilella M<sup>2</sup>, Oliva ML<sup>2</sup>, Souza AW<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Unifesp-EPM - Disciplina de Reumatologia, <sup>2</sup>Unifesp-EPM - Departamento de Bioquímica

**Introdução.** A arterite de Takayasu (AT) é vasculite sistêmica que acomete artérias de grande calibre incluindo a aorta e seus principais ramos, além de artérias pulmonares. Na fisiopatologia da AT, há predomínio da resposta Th1 e Th17 quando células mononucleares do sangue periférico de pacientes com AT são estimuladas em cultura. Entretanto, a avaliação de níveis séricos de citocinas demonstra associação principalmente entre maiores níveis de interleucina (IL)-6 e diagnóstico de AT e atividade de doença, enquanto resultados conflitantes são observados quando se avaliam níveis séricos de outras citocinas na AT.

**Objetivos.** Avaliar associações entre níveis séricos de citocinas, incluindo citocinas pró-inflamatórias, citocinas anti-inflamatórias e de citocinas que participam da resposta Th1, Th2 e Th17 com extensão de acometimento arterial, histórico de eventos isquêmicos, tratamento clínico e necessidade de intervenção cirúrgica na AT.

**Métodos.** Foi realizado estudo transversal que incluiu 34 pacientes com AT de acordo com os critérios de classificação do ACR (*American College of Rheumatology*) ou pelos critérios diagnósticos de Ishikawa modificados por Sharma. Os pacientes incluídos no estudo apresentavam doença estável, sem sinais de atividade. A extensão de acometimento arterial foi avaliada pela classificação arteriográfica de Hatta *et al.* Foram coletadas informações sobre eventos isquêmicos, tratamento clínico, tratamento cirúrgico e uso de estatinas. O nível sérico das seguintes citocinas foram medidos pela técnica de multiplex: TNF $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, IL-9, IL-10, IL-12, IL-13, IL-17A, IL-17E, IL-17F, IL-21, IL-22 e IL-23.

**Resultados.** Pacientes com AT que apresentam maior extensão de acometimento arterial, representado pelo tipo angiográfico V, apresentam maiores níveis séricos de IL-17F, IL-21, IL-23 e de TNF alfa em relação a outros tipos angiográficos. Pacientes com AT com histórico de eventos arteriais isquêmicos apresentaram maiores níveis séricos de IL-17E, IL-17F, IL-22 e IL-23. Não houve associação entre níveis séricos de citocinas e tratamento clínico ou cirúrgico, exceto por maiores níveis de IL-6 em pacientes que utilizavam tocilizumabe.

**Conclusões.** Maiores níveis de citocinas que participam da resposta Th17 são observados em pacientes com AT e maior extensão de acometimento arterial e naqueles com histórico de eventos isquêmicos.

## PT.11

**ROMBOENCEFALITE EM Paciente jovem: característica relevante do Neuro-Behçet?**

Prado LL<sup>1</sup>, Tinone G<sup>2</sup>, Callegaro D<sup>2</sup>, Saad CGS<sup>1</sup>, Levy-Neto M<sup>1</sup>, Gonçalves CR<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Universidade de São Paulo - Disciplina de Reumatologia, <sup>2</sup>Universidade de São Paulo - Disciplina de Neurologia

**Introdução.** A doença de Behçet (DB) é uma síndrome multissistêmica na qual o envolvimento do sistema nervoso central - neuro-Behçet (NB) – pode acometer indivíduos jovens, com consequências devastadoras. Neste cenário, o diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para evitar sequelas graves. **Objetivo.** Analisar as características clínicas do NB comparativamente à DB sem acometimento neurológico, a fim de distinguir padrões de doença.

**Métodos.** Foi realizado um estudo retrospectivo incluindo 101 pacientes com DB, em seguimento ambulatorial, em um centro terciário, entre 2011 e 2016. O diagnóstico de DB foi baseado no ICBD 2014 (*International Criteria for Behçet's Disease*). Características demográficas, clínicas e de imagem de 28 pacientes com NB foram comparadas com 73 pacientes com DB sem envolvimento neurológico.

**Resultados.** A idade de início da doença foi menor no grupo NB comparativamente ao grupo com DB ( $26,0 \pm 10,2$  vs.  $30,2 \pm 8,8$  anos,  $p = 0,04$ ). Não havia diferenças entre gêneros, com predominância feminina em ambos os grupos ( $64,3$  vs.  $72,6\%$ ,  $p > 0,05$ ). Mais da metade dos pacientes ( $53,6\%$ ) apresentaram envolvimento neurológico como primeiro sintoma, com tempo médio entre o diagnóstico e o início do quadro neurológico de  $3,8 \pm 5,9$  anos. O acometimento ocular foi menos frequente no grupo NB ( $25\%$  vs  $47,9\%$ ,  $p = 0,04$ ), bem como os envoltimentos cutâneo ( $50\%$  vs  $76,7\%$ ,  $p = 0,01$ ) e articular ( $17,9\%$  vs.  $46,5\%$ ,  $p = 0,01$ ). A frequência de úlceras orais, úlceras genitais, envolvimento intestinal e vascular foi semelhante em ambos os grupos. Em relação à apresentação do NB, o envolvimento vasculítico do tronco encefálico (romboencefalite) foi o mais prevalente ( $67,9\%$ ), seguido por trombose venosa central ( $32,1\%$ ), meningite asséptica ( $17,9\%$ ), acidente vascular cerebral ( $3,6\%$ ) e neuropatia periférica ( $3,6\%$ ). A maioria dos pacientes ( $82,1\%$ ) teve um único surto de atividade neurológica, enquanto que doença recidivante foi encontrada em  $18,5\%$ .

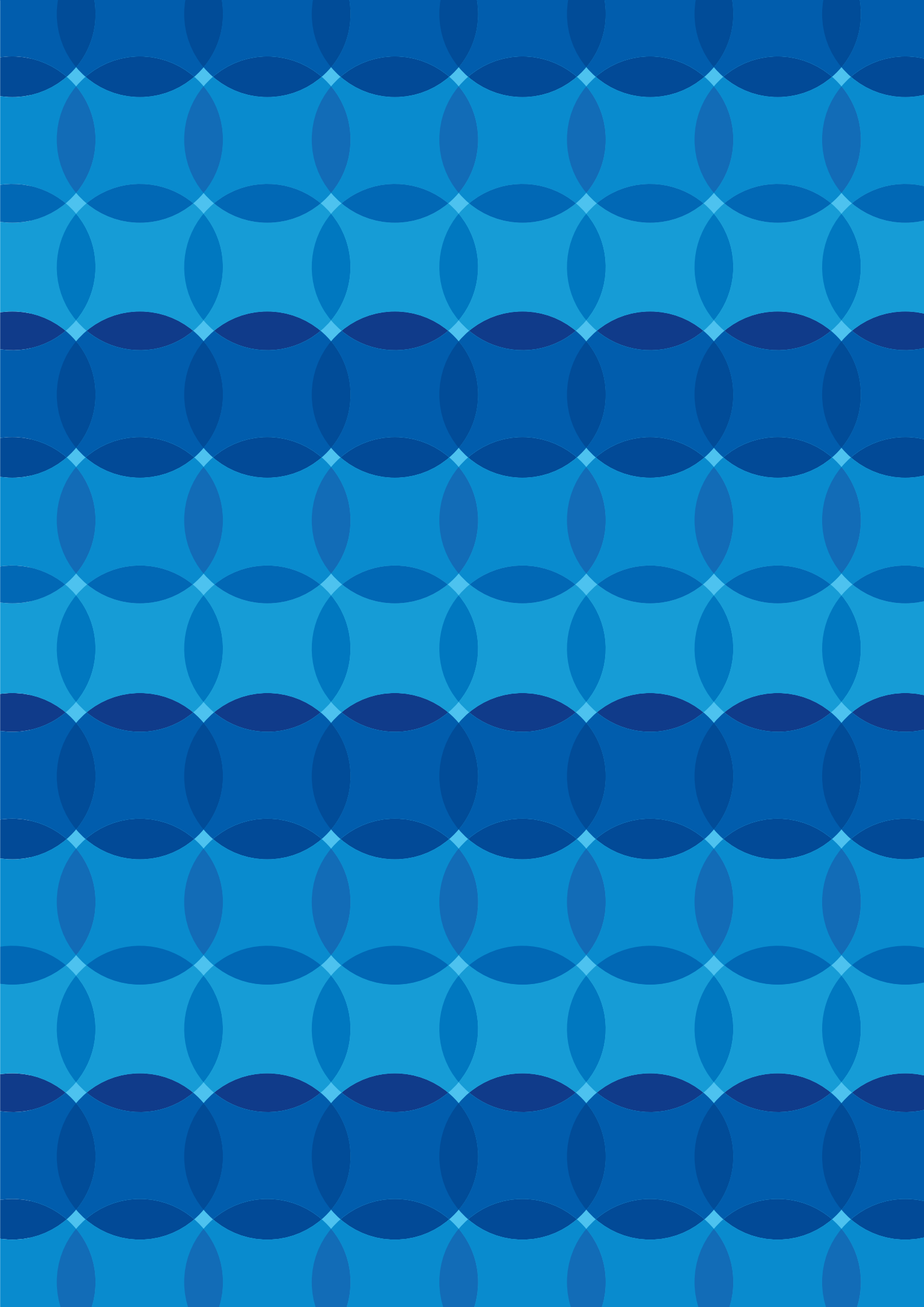
**Conclusão.** O estudo desta coorte evidenciou que o NB acomete pacientes mais jovens, com uma menor frequência de envolvimento sistêmico, tais como ocular, cutâneo e articular. Ademais, em grande parte dos casos, o quadro neurológico pode ser a manifestação inicial, com menor incidência de outros comemorativos da síndrome. Além disso, caracterizamos que o padrão de romboencefalite ocorre na maioria dos pacientes. Portanto, o reconhecimento precoce desses padrões de doença pode ajudar a direcionar diagnóstico de NB.

Alessi H.....CO.11  
 Alvarenga JC.....CO.04, CO.08  
 Andrade D.....CO.09, CO.10  
 Andrade PC.....CO.05  
 Andriolo A.....CO.07, PT.02  
 Arraes AED.....CO.14  
 Assad APL.....PT.06  
 Assad RL.....PT.08  
 Atayde SR.....CO.05  
 Barsottini OGP.....CO.11  
 Beckhauser de Campos AP.....PT.03  
 Benatti FB.....CO.04  
 Bonfá E.....CO.09, CO.10, CO.13  
 Boni RC.....PT.04  
 Borba EF.....CO.13  
 Bortoluzzo AB.....PT.03  
 Caleiro MTC.....PT.06  
 Callegaro D.....PT.11  
 Caparão VF.....CO.02  
 Capelozzi VL.....CO.05  
 Castro MF.....CO.14  
 Castro MX.....CO.13  
 Catanozi S.....CO.05  
 Chahud F.....PT.07  
 Coube PC.....CO.11  
 Czapkowski A.....CO.07, PT.02  
 Daffre D.....CO.13  
 Damasceno N.....CO.03  
 Domiciano DS.....CO.02, CO.04  
 Dutra LA.....CO.11  
 Euzébio Ribeiro SL.....PT.03  
 Fernandes GH.....CO.01  
 Figueiredo CP.....CO.02  
 Fuller R.....CO.05  
 Furtado RNV.....CO.06, PT.04,  
 PT.09  
 Genaro PS.....CO.03

Gonçalves CR.....PT.11  
 Gualano B.....CO.04  
 Jales Neto LH.....CO.01  
 Janes ALF.....CO.14  
 Kayser C.....CO.11  
 Leita BF.....CO.03  
 Levy-Neto M.....PT.11  
 Lima ENP.....CO.14  
 Lisboa RV.....CO.12, PT.08  
 Lobo DM.....CO.04  
 Lopes AC.....CO.13  
 Lopes JB.....CO.02  
 Lopes MRU.....CO.09, CO.10  
 Lopes N.....CO.01  
 Louzada-Júnior P.....CO.12, PT.07,  
 PT.08  
 Lupino AP.....CO.08  
 Machado KLLL.....CO.02  
 Machado LG.....CO.02  
 Maria LA.....CO.11  
 Mariz HA.....CO.14  
 Mendes JG.....CO.06  
 Menezes PR.....CO.02  
 Miossi R.....PT.01, PT.05, PT.06  
 Molina MR.....PT.07  
 Morimoto M.....CO.03  
 Natour J.....CO.06, PT.04, PT.09  
 Nunes-Tamashiro JC.....PT.09  
 Oliva ML.....PT.10  
 Oliveira FR.....CO.12, PT.07, PT.08  
 Oliveira R.....PT.08  
 Oliveira T.....CO.03  
 Pallo PAO.....PT.05  
 Palominos PE.....PT.03  
 Pereira AC.....CO.01  
 Pereira DF.....PT.09  
 Pereira RMR.....CO.01, CO.04, CO.08

Pinheiro MM.....CO.03  
 Prado LL.....PT.11  
 Quaresma TO.....CO.12, PT.08  
 Rocha EM.....PT.08  
 Rodrigues JECM.....CO.05  
 Rodrigues RMR.....CO.02  
 Saad CGS.....PT.11  
 Salu B.....PT.10  
 Sampaio-Barros MM.....CO.08  
 Sampaio-Barros PD.....CO.08, PT.03  
 Santos IA.....PT.07  
 Santos-Filho A.....CO.05  
 Sato EI.....CO.14  
 Savioli B.....CO.14, PT.10  
 Seguro LP.....CO.13  
 Shinjo SK.....PT.01, PT.05  
 Silva MSMS.....CO.01  
 Simioni J.....PT.03  
 Skare TL.....PT.03  
 Souza AW.....CO.14, PT.10  
 Souza FHC.....PT.01, PT.05  
 Souza J.....PT.06  
 Souza RC.....PT.01  
 Takayama L.....CO.01, CO.02, CO.08  
 Tamashiro JC.....PT.04  
 Tamashiro JCN.....CO.06  
 Teodoro WR.....CO.05  
 Tinone G.....PT.11  
 Toffolo SR.....CO.06, PT.04  
 Torricelli AK.....CO.09, CO.10  
 Trevisani VFM.....CO.07, PT.02  
 Ugolini-Lopes MR.....CO.13  
 Velosa APP.....CO.05  
 Vilella M.....PT.10  
 Xavier P.....CO.11







**SOCIEDADE  
PAULISTA DE  
REUMATOLOGIA**

R. Maestro Cardim, 354 Conjs. 53/71/72  
01323-000 São Paulo-SP  
Tel/Fax 11 3284-0507  
[reumatologiasp@reumatologiasp.com.br](mailto:reumatologiasp@reumatologiasp.com.br)  
[www.reumatologiasp.org.br](http://www.reumatologiasp.org.br)