

# REUMATO

*Em Revista*

Abr-Mai-Jun/2020 - Número 2



- Nova agenda
- Novo normal
- Mesmos valores
- Estudos
- Paixão pelo conhecimento e pela arte



SOCIEDADE  
PARANAENSE DE  
REUMATOLOGIA

# O PRIMEIRO E ÚNICO INIBIDOR DE JAK APROVADO NO BRASIL PARA ARTRITE REUMATOIDE, ARTRITE PSORIÁSICA E RETOCOLITE ULCERATIVA<sup>1-4</sup>

## XELJANZ<sup>®</sup>

citrato de tofacitinibe

Uma alternativa ao tratamento injetável.<sup>5</sup>

**Início de ação rápido com alívio da dor em até três dias para AR<sup>6</sup>**

**10 estudos clínicos comprovando eficácia<sup>7-16</sup>**

**9,5 anos de dados de segurança<sup>16</sup>**

**Disponível no Sistema Único de Saúde para AR<sup>5</sup>**



Posologia para o paciente de AR e APs<sup>1</sup>

1 Comprimido 5mg  
2X ao dia<sup>1</sup>

Armazene em temperatura ambiente (entre 15 e 30°C)<sup>1</sup>

Administrado via oral com ou sem alimento<sup>1</sup>

**COMPRIMIDO<sup>1</sup>**

**SEM injeções<sup>1</sup>**

**SEM infusões<sup>1</sup>**

**SEM jejum<sup>1</sup>**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** 1. Bula de Xeljanz<sup>®</sup>. Disponível em [www.pfizer.com.br/bula](http://www.pfizer.com.br/bula). 2. Diário Oficial da União (DOU) - 08/12/2014. Link: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/12/2014&jornal=10106&pagina=138&totalArquivos=144>. Acessado em: 02/03/2020. 3. Diário Oficial da União (DOU) - 29/10/2018. Link: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=29/10/2018&jornal=531&pagina=248&totalArquivos=51>. Acessado em: 03/4. Diário Oficial da União (DOU) - 18/03/2019. Link: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=18/03/2019&jornal=531&pagina=248&totalArquivos=74>. Acessado em: 02/03/2020. 5. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatóide (PCDT-ARtrite Reumatóide, CP21\_2019.pdf. Acessado em 02/03/2020. 6. Strand, V., et al. (2015). "Effects of tofacitinib monotherapy on patient-reported outcomes in a randomized phase 3 study of patients with active rheumatoid arthritis and inadequate responses to DMARDs: Arthritis research & therapy 17(1): 307. 7. Fleischmann, R., et al. (2012). "Placebo-controlled trial of tofacitinib monotherapy in rheumatoid arthritis." New England Journal of Medicine 367(6): 495-507. 8. Van Vollenhoven, R. F., et al. (2012). "Tofacitinib or adalimumab versus placebo in rheumatoid arthritis." New England Journal of Medicine 367(6): 508-519. 9. Burmester, G. R., et al. (2013). "Tofacitinib (CP-690,550) in combination with methotrexate in patients with active rheumatoid arthritis with an inadequate response to tumour necrosis factor inhibitors: a randomised phase 3 trial." The Lancet 381(9865): 451-460. 10. Kremer, J., et al. (2013). "Tofacitinib in combination with nonbiologic disease-modifying antirheumatic drugs in patients with active rheumatoid arthritis: a randomized trial." Annals of Internal Medicine 159(4): 253-261. 11. Van Der Heijde, D., et al. (2013). "Tofacitinib (CP-690,550) in patients with rheumatoid arthritis receiving methotrexate: twelve-month data from a twenty-four-month phase III randomized radiographic study." Arthritis & Rheumatism 65(3): 559-570. 12. Lee, E. B., et al. (2014). "Tofacitinib versus methotrexate in rheumatoid arthritis." New England Journal of Medicine 370(25): 2377-2386. 13. Yamanaka, H., et al. (2016). "Tofacitinib, an oral Janus kinase inhibitor, as monotherapy or with background methotrexate, in Japanese patients with rheumatoid arthritis: an open-label, long-term extension study." Arthritis research & therapy 18(1): 34. 14. Fleischmann, R., et al. (2017). "Efficacy and safety of tofacitinib monotherapy, tofacitinib with methotrexate, and adalimumab with methotrexate in patients with rheumatoid arthritis (ORAL Strategy): a phase 3b/4, double-blind, head-to-head, randomised controlled trial." The Lancet 390(10093): 457-468. 15. Cohen, S. B., et al. (2019). "Methotrexate withdrawal in patients with rheumatoid arthritis who achieve low disease activity with tofacitinib modified-release 11 mg once daily plus methotrexate (ORAL Shift): a randomised, phase 3b/4, non-inferiority trial." The Lancet Rheumatology 1(1): e23-e34. 16. Wollenhaupt, J., et al. (2019). "Safety and efficacy of tofacitinib for up to 9.5 years in the treatment of rheumatoid arthritis: final results of a global, open-label, long-term extension study." Arthritis research & therapy 21(1): 89.

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

**XELJANZ<sup>®</sup>** (citrato de tofacitinibe). **Indicações:** Pacientes adultos com artrite reumatóide ativa moderada a grave que apresentaram uma resposta inadequada a um ou mais DMARDs; para o tratamento de pacientes adultos com artrite psoriásica ativa que apresentaram uma resposta inadequada ou intolerância a metotrexato ou a outros medicamentos modificadores do curso da doença (DMARDs); e para pacientes adultos com colite ulcerativa ativa moderada a grave com uma resposta inadequada, perda de resposta ou intolerância a corticosteróides, azatioprina (AZA), 6-mercaptopurina (6-MP) ou antagonistas do fator de necrose tumoral (TNF). **Contraindicações:** Hipersensibilidade ao XELJANZ<sup>®</sup> ou a qualquer componente da formulação. **Advertências e Precauções:** Não iniciar XELJANZ<sup>®</sup> em pacientes com uma infecção ativa, incluindo infecções localizadas. Considerar terapia antituberculose antes da administração de XELJANZ<sup>®</sup> em pacientes com uma história de tuberculose latente ou ativa, e para pacientes com um teste negativo para tuberculose latente, mas que possuem fatores de risco para uma infecção por tuberculose. Monitorar o desenvolvimento de sinais e sintomas de infecção, incluindo tuberculose, durante e após o início do tratamento com XELJANZ<sup>®</sup>. Interromper o tratamento se o paciente desenvolver infecção grave, infecção oportunista ou sepsis. Cautela ao tratar idosos e diabéticos devido à maior incidência de infecções. O risco de herpes zoster parece ser maior em pacientes japoneses e coreanos tratados com XELJANZ<sup>®</sup>. Cautela nos pacientes com maior risco de perfuração gastrointestinal. Avalie os pacientes quanto a fatores de risco para TEV. Use 10 mg Xeljanz<sup>®</sup> duas vezes ao dia em cautela em pacientes para os quais 10 mg duas vezes ao dia é a dose recomendada e nos quais os fatores de risco são identificados. Não é recomendado iniciar o tratamento com XELJANZ<sup>®</sup> em pacientes com contagem baixa de linfócitos (ou seja, menos de 500 células/mm<sup>3</sup>) devido a uma maior incidência de infecções. Não é recomendado iniciar o tratamento com XELJANZ<sup>®</sup> em pacientes com CAN menor do que 1000 células/mm<sup>3</sup>. Se CAN persistente de 500-1000 células/mm<sup>3</sup>, interromper a administração até que CAN seja maior do que 1000 células/mm<sup>3</sup>. Não é recomendado iniciar o tratamento com XELJANZ<sup>®</sup> em pacientes com Hb<9 g/dL. Interromper o tratamento quando Hb<8 g/dL ou quando Hb diminuir >2 g/dL durante o tratamento. O tratamento com XELJANZ<sup>®</sup> foi associado a aumentos nos parâmetros lipídicos. Aumentos no colesterol total e LDL, associados a XELJANZ<sup>®</sup>, podem ser reduzidos após pré-tratamento com uso de estatinas. O tratamento com XELJANZ<sup>®</sup> foi associado com um aumento da incidência de elevação das enzimas hepáticas. A maioria destas anormalidades ocorreu em estudos com base na terapia DMARD. A monitorização hepática de rotina e pronta investigação das causas da elevação das enzimas são recomendadas. Se houver suspeita de lesão induzida por drogas, interromper a administração de XELJANZ<sup>®</sup>. Reações como angioedema e urticária que podem refletir a hipersensibilidade ao medicamento foram observadas em pacientes que receberam Xeljanz<sup>®</sup>. Alguns eventos foram graves. Muitos desses eventos ocorreram em pacientes com histórico de alergias múltiplas. Se ocorrer uma reação de hipersensibilidade grave, interrompa prontamente o uso de tofacitinibe enquanto avalia a causa ou as causas potenciais da reação. Recomenda-se que vacinas vivas atenuadas não sejam administradas concomitantemente com XELJANZ<sup>®</sup>. O tratamento com XELJANZ<sup>®</sup> não é recomendado no comprometimento hepático grave. A segurança e eficácia de XELJANZ<sup>®</sup> em crianças desde neonatos até menores de 18 anos de idade não foram estabelecidas. Gravidez: Categoria de Risco C. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. Lactação: Mulheres não devem amamentar durante o tratamento com XELJANZ<sup>®</sup>. Dirigir veículos e operar máquinas: não há estudos sobre este tipo de efeito. Este medicamento contém lactose. **Reações adversas:** Reações adversas mais comumente relatadas na população com Artrite Reumatóide (que ocorreram em ≥2% dos pacientes tratados com Xeljanz<sup>®</sup> em monoterapia ou em combinação com DMARDs): cefaleia, infecções do trato respiratório superior, nasofaringite, hipertensão, náusea e diarreia. Reações adversas mais comumente relatadas na população com Artrite Psoriásica: bronquite, diarreia, dispnéia, fadiga, dor de cabeça, nasofaringite e faringite. Além dessas, foram relatadas como comuns: pneumonia, herpes zoster, infecção do trato urinário, aumento de peso, dor abdominal, vômitos, gastrite, artralgia, anemia, pirostia, edema periférico, insônia, tosse, rash cutâneo e hipersensibilidade ao medicamento. **Interações:** Evitar combinação com DMARDs biológicos e imunossupressores potentes tais como azatioprina e ciclosporina devido à possibilidade de imunossupressão aumentada e risco aumentado de infecção. Reduzir dose de XELJANZ<sup>®</sup> para 5 mg duas vezes ao dia se o paciente estiver tomando 10 mg duas vezes ao dia, ou para 5 mg uma vez ao dia se o paciente estiver tomando 5 mg duas vezes ao dia, quando em uso de inibidores potentes de CYP3A4 (ex: cetoconazol) e em pacientes que recebem uma ou mais medicações concomitantes que resultem na inibição moderada da CYP3A4 e inibição potente da CYP2C19 (ex: fluconazol). A coadministração com indutores potentes de CYP pode resultar em perda ou redução da resposta clínica (ex: rifamicina). **Posologia:** para o tratamento da Artrite Reumatóide: XELJANZ<sup>®</sup> pode ser usado como monoterapia ou em combinação com metotrexato ou outros DMARDs não biológicos. A dose recomendada é 5 mg, via oral, duas vezes ao dia. Posologia para o tratamento da Artrite Psoriásica: A dose recomendada de Xeljanz<sup>®</sup> é de 5 mg administrada duas vezes ao dia, em combinação com DMARDs sintéticos convencionais (cDMARDs). Posologia para o tratamento da colite ulcerativa: a dose recomendada de Xeljanz<sup>®</sup> é de 10 mg administrada oralmente duas vezes ao dia para indução por pelo menos 8 semanas e 5 mg administradas duas vezes ao dia para manutenção. Nenhum ajuste de dose é necessário em pacientes com 65 anos de idade ou mais, em pacientes com comprometimento renal leve e em pacientes com comprometimento hepático leve. A dosagem de Xeljanz<sup>®</sup> deve ser reduzida para 5 mg duas vezes ao dia se o paciente estiver tomando 10 mg duas vezes ao dia e dose de Xeljanz<sup>®</sup> deve ser reduzida para 5 mg uma vez ao dia se o paciente estiver tomando 5 mg duas vezes ao dia em pacientes com comprometimento renal moderado ou grave e em pacientes com comprometimento hepático moderado. Pacientes submetidos a hemodiálise devem receber a dose de XELJANZ<sup>®</sup> após a sessão do dia. Caso essa tenha sido administrada antes do procedimento de diálise, doses suplementares não são recomendadas no período pós-dialítico. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. MS - 1.2110.0465.** Para informações completas, consulte a bula do produto (XELCOR\_40). Documentação científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica mediante solicitação. Wyeth Indústria Farmacêutica Ltda. Rua Alexandre Dumas, 1860 - Chacara Santo Antônio, São Paulo - SP - CEP 04717-904 Tel: 0800-0160625. [www.pfizer.com.br](http://www.pfizer.com.br). Wyeth é uma empresa do Grupo Pfizer.

AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

**Wyeth**  
Grupo Pfizer

**SQC**  
0800-0160625  
[www.wyeth.com.br](http://www.wyeth.com.br)

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

Fale Pfizer  
0800-7701575  
[www.pfizer.com.br](http://www.pfizer.com.br)

**Pfizer**

PP-XEL-BRA-0308 - Abril/2020

Artrite Reumatóide (AR) e Artrite Psoriásica (APs)

## PALAVRA DO EDITOR

# O NOVO NORMAL

Chegamos ao mês de junho de 2020, possivelmente o ano mais imprevisível das nossas vidas.

As medidas sanitárias adotadas no final de março continuam parcialmente mantidas. As retomadas acontecem nos municípios, que têm a autonomia para as decisões.

No país continental em que vivemos as diferenças regionais e locais são sentidas também neste caso da pandemia.

Os efeitos de tudo que está acontecendo são múltiplos. Afetaram consultórios, hospitais, laboratórios. Na área de eventos, sem dúvida são sentidos os maiores impactos. Ainda não há uma recomendação para uma retomada segura de aglomerações.

Na ciência, nunca se estudou e pesquisou tanto. A comunidade científica busca soluções para o enfrentamento da Covid-19. O mais esperado é a vacina.

Em meio a muitas mudanças, acompanhamos gestos de solidariedade, generosidade e coragem. Na linha de frente estão médicos, enfermeiros e profissionais da saúde, fazendo o seu melhor para atender seus pacientes.

A REUMATO EM REVISTA número 2 chega assim, nesse cenário, no qual disrupturas são inevitáveis.

O que permanecerá neste novo normal? Percebemos que os melhores valores persistem ao lado dos sentimentos bons, da sede por conhecimento, por ética, persistência e reconstrução.

A reumatologia continua nos motivando com o nosso trabalho, com nossos estudos e pesquisas. Acima de tudo, com o nosso amor pelos nossos pacientes, a medicina e a vida.

**MARCO ROCHA LOURES**  
Editor da "REUMATO EM REVISTA"



**MARCO ROCHA LOURES**  
Editor da REUMATO EM REVISTA  
Número 2  
Abr/Mai/Jun 2020  
Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR)  
Curitiba - Paraná - Brasil



## REUMATO EM REVISTA

Revista científica digital da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR).  
Edições em 2020: Jan/Fev/Mar, número 1; Abr/Mai/Jun, número 2; Jul/Ago/Set, número 3.  
Editor: **Marco Antonio Araújo da Rocha Loures** - E-mail: mloures@gmail.com  
Jornalista: **Diniz Neto** - E-mail: dinizne@gmail.com | WhatsApp: (44) 99122-8715



Site: [www.reumatologiapr.com.br](http://www.reumatologiapr.com.br)



Facebook: [www.facebook.com/](http://www.facebook.com/)

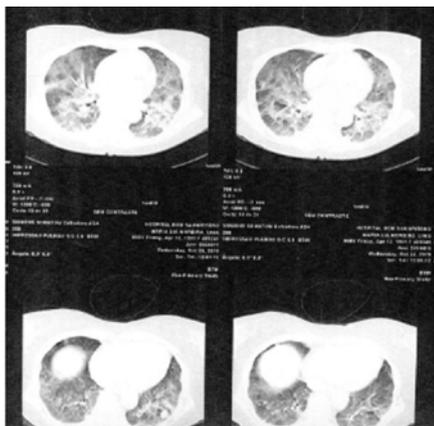
## ÍNDICE



# 7

### AGENDA

Programação da SPR,  
em 2020



# 15

ESTUDO SOBRE ARTRITE  
REUMATOIDE E ACOMENTIMENTO  
PULMONAR

# 21

ABCESSO RETROFARÍNGEO EM  
PACIENTES COM ARTROPAZIA  
MISTA COM MANIFESTAÇÃO  
REUMATOLÓGICA DE RETOCOLITE  
ULCERATIVA

# 37

MUDANÇA DA JORNADA DOS  
PACIENTES EM REUMATOLOGIA  
NO MUNICÍPIO DE CURITIBA



# 9

### REUMATOLOGIA EM DOSE DUPLA

Margarida e Lúcio Carvalho,  
de Londrina, são reumatolo-  
gistas, com uma bela e  
respeitável história de vida,  
construída a dois.

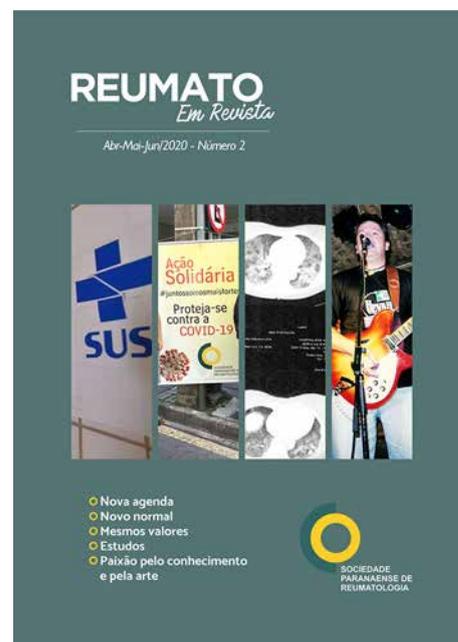


# 41

### CONHECIMENTO E TALENTO

O Dr. Valderilio Feijó Azevedo é um  
reumatologista atuante que ama e se dedica à  
música, com muito sucesso. É hora do show!

- 3** Palavra do Editor, Dr. Marco Rocha Loures
- 4** Índice
- 6** Palavra do Presidente
- 7** Agenda da SPR em 2020
- 9** Reumatologia em dose dupla
- 13** SPR: 1ª reunião on-line e nova agenda
- 14** SPR: Ação Solidária e redução da mensalidade (50%)
- 15** Artrite reumatoide e acometimento pulmonar, um desafio do diagnóstico ao tratamento. Autores: Dr. Marcus Vinicius Petruco e Dra. Adriane Cristine Mesquita Petruco.
- 21** Abscesso retrofaríngeo em paciente com artropatia mista como manifestação reumatológica de retocolite ulcerativa. Tratamento conservador não cirúrgico. Autores: Dr. Fernando de Souza, Dr. Felipe Merchan Ferraz Grizzo e Dra. Daniela Gonçalves de Souza
- 36** Juramento de Hipócrates
- 37** Mudanças da jornada dos pacientes em reumatologia no Município de Curitiba. Uma mostra de Ação em Saúde Pública. Autores: Dr. Varlei Antonio Serrato e Dr. Sergio Candido Kowalski
- 41** Valderilio, Dr. na Reumato, Doutor em Música



**Abr/Mai/Jun 2020**  
**Número 2**  
**Sociedade Paranaense de**  
**Reumatologia**



## PALAVRA DO PRESIDENTE

# A ORDEM É REINVENTAR

Com a Covid-19, o planeta e a sociedade humana passam por momentos nunca imaginados. 2020 está sendo um ano completamente diferente do que havíamos planejado.

O primeiro efeito aqui na Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR) foi a mudança da agenda de eventos.

As dificuldades, de fato, são muitas. Mas os obstáculos são oportunidade para os empreendedores, para aqueles que buscam o que importa, as soluções.

Nós, médicos, convivemos com esta realidade todos os dias. Precisamos identificar o que aflige os nossos pacientes, oferecer a eles um planejamento que solucione seus problemas.

Os médicos são especialistas em desconhecido e imprevistos. Todos os colegas que estão lendo vão concordar, tenho certeza. Talvez por isso, em todos os lugares do mundo, muitos profissionais da medicina se tornaram indispensáveis na luta contra o coronavírus. Provaram que somos, também, especialistas no amor à vida, parceiros solidários no acolhimento a quem tanto precisa da ciência e de um pouco de confiança, o sentimento de ter alguém ao lado.

Nosso segundo número da REUMATO EM REVISTA chega carregado de informações e sentimentos. Boa leitura!

**FERNANDO AUGUSTO CHIUCHETTA**

**Presidente**

**Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR)**



**FERNANDO AUGUSTO  
CHIUCHETTA**

**Presidente**

**Sociedade Paranaense de  
Reumatologia (SPR)**

**Gestão 2019/2020**



## SPR - DIRETORIA

**DIRETORIA EXECUTIVA** - Presidente: **Fernando Augusto Chiuchetta**. Vice-Presidente: **Antonio Carlos Monteiro Ribas**. Secretário Geral: **Carlos Frederico Rodrigues Parchen**. Primeiro Secretário: **Claudine Juliana Cristina Cazonch Burkiewicz**. Tesoureiro Geral: **Madeleine Rose Luvison Gomes da Silva**. Primeiro Tesoureiro: **Lilia Moraes Benazzi**. Diretora Científica: **Carolina de Souza Müller**.

**COMISSÃO CIENTÍFICA** - **Carolina de Souza Müller, Juliana Simioni, Marcia Bandeira, Marcos Ernesto Bachtold, Sergio Cândido Kowalski, Valderilio Feijó Azevedo**.

**COMISSÃO DO INTERIOR** - **Antonio Techy, Marcio Augusto Nogueira, Neide Tomimura Costa, Paulo Roberto Donadio**.

**COMISSÃO DOS EX-PRESIDENTES** - **Acir Rachid Filho, Sebastião Cezar Radominski, Marília Barreto Gameiro Silva, Eduardo dos Santos Paiva, Marco Antonio Araújo da Rocha Loures**.

## **SOCIEDADE PARANAENSE DE REUMATOLOGIA (SPR)**

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

Fone: (41) 3324-6562 | E-mail: [reumatopr@gmail.com](mailto:reumatopr@gmail.com)

[www.reumatologiapr.com.br](http://www.reumatologiapr.com.br) | [www.facebook.com /SociedadeParanaensedereumatologia/](https://www.facebook.com/SociedadeParanaensedereumatologia/)

# AGENDA 2020



A agenda da SPR sofre alterações, em razão das medidas sanitárias necessárias ao enfrentamento da Covid-19. Confira aqui:

**20 de junho**

- Circulação do número 2 da Reumato Em Revista

**25 de junho**

- Simpósio Novartis + Aula sobre a Covid-19 (webinar)

**30 de julho**

- Simpósio GSK + Aula de LES (webinar)

**06 de agosto**

- Simpósio Biomarin + Aula da Reumato Pediatria (webinar)

**20 de agosto**

- Simpósio UCB + Aula da SPR Cirurgia de mão na osteoartrite e na síndrome do túnel do carpo - quando indicar (webinar)

**08 de setembro**

- Circulação do número 3 da Reumato Em Revista

**10 de setembro**

- Simpósio da Janssen + Aula sobre: Autoanticorpos na Reumatologia (webinar)

**23 e 24 de outubro**

- XI Jornada Paranaense de Reumatologia, no NH The Five Hotel - Curitiba - PR

**20 e 21 de novembro**

- Gota e Artrite Reativa

**24 a 27 de novembro**

- 37º Congresso Brasileiro de Reumatologia - Campinas-SP

**13 a 15 de dezembro**

- XXII Jornada Cone Sul de Reumatologia - Balneário Camboriú-SC

**Informações sobre a agenda:** Fone: (41) 3324-6562

E-mail: reumatopr@gmail.com



## LONDRINA-PR

## REUMATOLOGIA EM DOSE DUPLA

O casal de médicos reumatologistas Margarida e Lúcio Carvalho, de Londrina, a maior cidade do interior do Paraná, tem uma história de dedicação à medicina e à especialidade.

Ela fez medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, em 1979, e concluiu doutorado em Medicina (Pediatria) pela Universidade de São Paulo, em 1997.

Chegou em Londrina no ano de 1985, professora da Universidade Estadual de Londrina (UEL), coordenadora do Serviço de Reumatologia Pediátrica do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário de Londrina e já presidiu os departamentos de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Também foi presidente do terceiro e do décimo Congresso Brasileiro de Reumatologia Pediátrica, que ocorreram em Londrina e Curitiba, respectivamente. É especialista em Pediatria, Reumatologia, Reumatologia Pediátrica e Acupuntura, atuando em pesquisa das doenças reumáticas na infância, do metabolismo ósseo, emergências pediátricas e estresse oxidativo no processo inflamatório.

Em 2016 recebeu o título de Cidadã Honorária da Cidade de Londrina, um reconhecimento ao seu dedicado trabalho.

Luiz Carlos Lúcio Carvalho é formado em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina (1978). Especialista em Reumatologia pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (1981) e mestre em Medicina Interna pela Universidade Estadual de Londrina (1995). Lúcio Carvalho é professor de Reumatologia da Universidade Estadual de Londrina, desde 1986. Ocupou cargos de chefia e coordenação na UEL.

Margarida e Lúcio são atuantes nas atividades e eventos de medicina em Londrina e na SPR. Também sempre foram presentes nos principais eventos da reumatologia no Paraná, no país e em outros países. O casal concedeu uma entrevista à REUMATO EM REVISTA.

Foto: Devanir Parra



A Dra. Margarida Carvalho, com o esposo Dr. Lúcio e as filhas Ligia e Paula: Cidadã de Londrina

*REUMATO EM REVISTA - A reumatologia é uma especialidade recente, quando comparada com outras especialidades. Por que vocês escolheram a reumatologia, quando ela não era tão conhecida como é atualmente?*

LÚCIO - O interesse pela reumatologia aconteceu no internato, durante o estágio na especialidade, pelos desafios diagnósticos e a admiração da condução dos casos e da disciplina, demonstrações e exemplos do chefe e fundador da disciplina na UEL, professor Rachid Tuma Netto.

MARGARIDA - Durante o curso de Medicina na Santa Casa de São Paulo, surgiu o interesse, uma atração pela complexidade das doenças e, principalmente, por sua interação com a imunologia, mas a definição pela especialidade de "reumatologia pediátrica" aconteceu no segundo ano da residência em Pediatria, também na Santa Casa de São Paulo, sob a coordenação da professora e pioneira da especialidade no Brasil, Wanda Alves de Bastos. Fiquei muito sensibilizada com a quantidade de crianças com doenças reumáticas e o pouco conhecimento que se tinha do assunto em Pediatria. Ao término do estágio, senti que precisava entender a Reumatologia de uma forma mais ampla e fiz a residência, sob a supervisão do Dr. Morton Scheinberg, no Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho, em São Paulo.

*REUMATO EM REVISTA - Vocês são casados e têm duas filhas. Já se conheciam antes da especialização em reumatologia ou esta aproximação veio justamente com a especialidade?*

MARGARIDA E LÚCIO - Somos casados há 35 anos e temos duas filhas, uma defensora pública e uma química.

A Reumatologia nos uniu. Nos conhecemos durante um vôo que nos levou ao Recife para o Congresso Brasileiro de Reumatologia, em 1982, onde apresentamos trabalhos científicos desenvolvidos em nossas instituições, em São Paulo e Londrina.

*REUMATO EM REVISTA - Qual foi o maior atrativo na escolha da reumatologia?*

MARGARIDA E LÚCIO - Como já mencionamos, para ambos, o interesse veio do desafio clínico e diagnóstico das doenças reumáticas, a inte-

ração da especialidade com a imunologia, a admiração pelos docentes que nos inspiraram com sua dedicação e competência, a vocação para o cuidado de pessoas com doenças crônicas e a oportunidade de poder, de alguma forma, melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

*REUMATO EM REVISTA - E a formação acadêmica de vocês?*

LÚCIO: Fiz medicina na Universidade Estadual de Londrina, de 1972-1977. Residência médica em Reumatologia no Hospital dos Servidores Públicos do Estado de São Paulo, nos anos de 1978 e 1979.

Obtive o título de especialista em Reumatologia pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), em 1980.

Concluí mestrado em Ciências da Saúde pela UEL, em 1995.

Fui professor visitante de Reumatologia na Universidade René Descartes, Hospital Cochin, Paris, de 1982 a 1984, e professor adjunto de Reumatologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL), de 1980 a 2016.

MARGARIDA: Cursei medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, de 1974 a 1979.

A residência médica em Pediatria foi feita na Santa Casa de São Paulo, em 1980 e 1981.

Fiz estágio em Reumatologia Pediátrica, em 1982, e residência em Reumatologia no Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho, nos anos de 1983 e 1984.

O doutorado em Pediatria foi concluído na Universidade de São Paulo, em 1997.

Fui professora associada da UEL, atuando nas áreas de Pediatria e Reumatologia, de 1986 a 2016.

*REUMATO EM REVISTA - Com a evolução da imunologia, poderiam citar quais os assuntos da especialidade que mais os atraem hoje e por quê?*

MARGARIDA E LÚCIO - Desde a faculdade já nos interessávamos pelo estudo da imunologia. Com o avanço dos conhecimentos nessa área, nos encantamos ainda mais pela reumatologia.

O que mais nos atrai, com o avanço da imunologia, é compreender os mecanismos fisiopa-



*Lúcio e Margarida Carvalho, médicos reumatologistas, queridos pelos alunos, amados pelos pacientes, admirados pelos colegas, presenças motivadoras por onde vão, de forma muito especial em Londrina, onde vivem, e na Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR).*

tológicos das doenças reumáticas e sua aplicação na prática e na condução clínica e, por isso, a satisfação de observar o progresso na evolução dos pacientes e a significativa redução de sequelas físicas e psíquicos que vimos em muitos anos de atividade clínica.

*REUMATO EM REVISTA - Vocês formaram várias gerações de reumatologistas na residência do HU-UEL. Qual a orientação que dariam aos novos reumatologistas?*

MARGARIDA E LÚCIO - Desde a criação da "Residência de Reumatologia" na UEL, em 1995, tivemos a felicidade de ver formados grandes profissionais, reconhecidos em seus ambientes de trabalho e por seus pacientes.

Desejamos que os jovens reumatologistas, que chegam agora, nunca percam o interesse e a paixão pela especialidade.

Esta é uma geração privilegiada em relação à nossa. Muitos caminhos foram desbravados. Hoje, doenças que tratávamos no início da nossa carreira, com corticosteroides, anti-inflamatórios não hormonais e cloroquina/hidroxicloroquina, são tratadas com drogas voltadas para o alvo. Não percam nunca o interesse pela pessoa que "porta" a doença, independentemente de todos os atrativos midiáticos que estão a nossa volta. São essas pessoas que nos motivam para continuarmos ativos mesmo após tanto tempo de

formados.

*REUMATO EM REVISTA - Como tem sido a vida de vocês em tempos de Covid-19. Na vida pessoal e familiar e na vida profissional? Um breve relato.*

MARGARIDA E LÚCIO - Estamos usufruindo esse período, passando mais tempo em casa.

Cuidando de afazeres domésticos, fazendo ginástica sob orientação, lendo, assistindo filmes.

Quanto à parte profissional, Lúcio continua atendendo em consultório e eu, estou iniciando atendimento por telemedicina.

Nesse período mantivemos contato com os pacientes, quando solicitado, por meio de WhatsApp, e-mail e chamadas de vídeo.

Temos participado de transmissões ao vivo de entidades médicas e acompanhado reuniões interativas.

Temos ministrado aulas on-line, também.

Temos duas filhas que não moram conosco e que não as vemos pessoalmente desde o início do ano. Felizmente as mídias têm nos ajudado a matar saudades.

Este ano vamos participar do EULAR2020, que seria em Frankfurt e que foi cancelado presencialmente para ser o primeiro congresso de Reumatologia on-line. A viagem ficou para o ano que vem, em Paris.



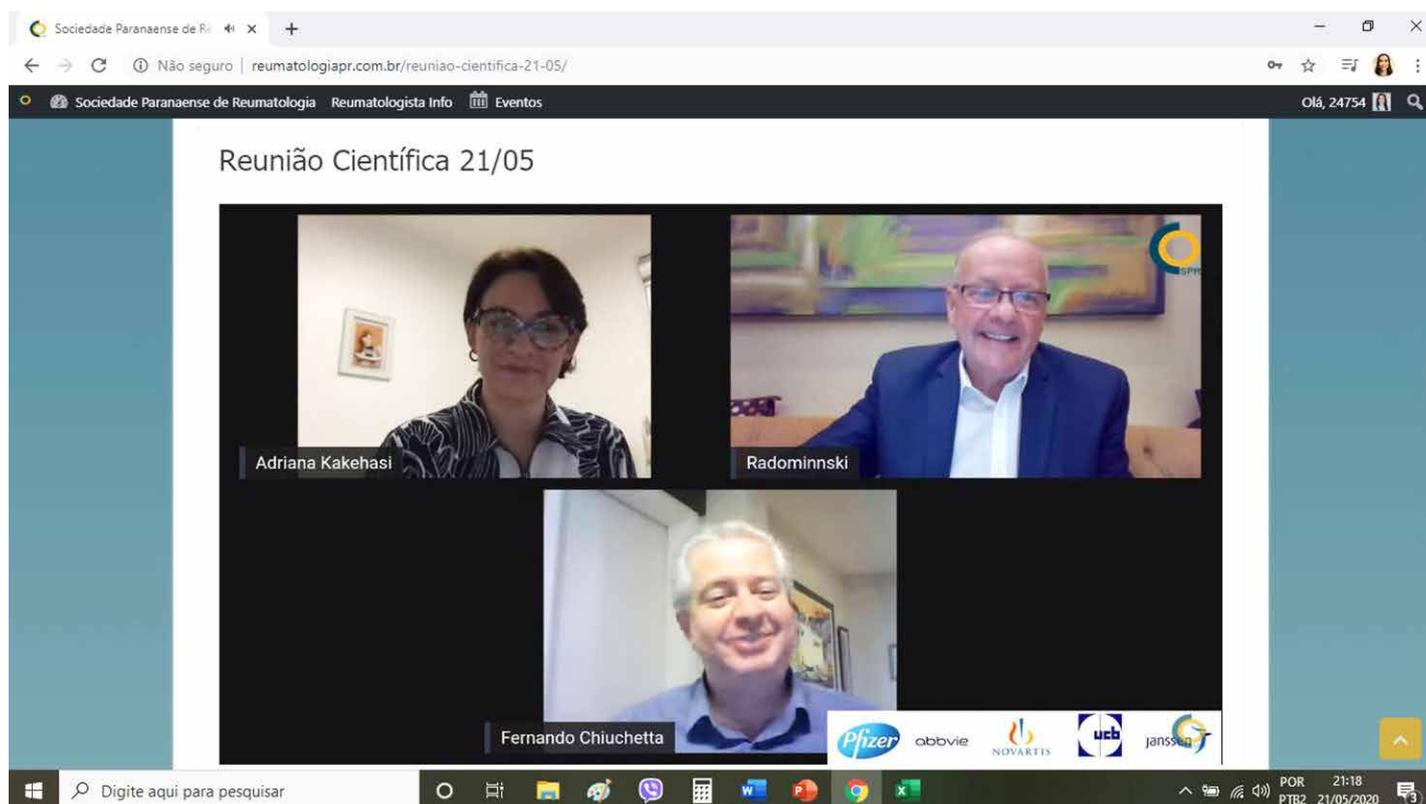
Lúcio e Margarida no 36º Congresso Brasileiro de Reumatologia, em Fortaleza



Lúcio e Margarida no Eular 2019, Madri. Agora prontos para o Eular 2021 (2020 foi on-line).

SPR

# 1ª REUNIÃO ON-LINE E NOVA AGENDA



O dia 21 de maio entrou para história da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR). Nesta data foi realizado o primeiro webinar da entidade, fruto do trabalho de toda a Diretoria da SPR, do Ibsen Caldas, assessor de informática, da nossa secretaria Luciane Souza, das ótimas aulas da Adriana Kakehasi com os comentários do professor Sebastião César Radominski.

O webinar teve a participação de reumatologistas do Paraná e Santa Catarina. Foram 70 inscritos. As aulas foram gravadas e postadas no site da SPR.

## NOVA DATA PARA A JORNADA PARANAENSE

A Diretoria da SPR chegou ao consenso de que realizar a XI Jornada Paranaense de Reumatologia nos dias 31 de Julho e 01 de agosto não traria a tranquilidade desejada para todos os envolvidos. Desta forma, comunicamos o adiamento da Jornada para os dias 23 e 24 de outubro de 2020, no NH The Five Hotel - Curitiba - PR.

O Simposio do Interior 2020 foi cancelado.

A SPR, espera poder contar com todos na programação científica nestas novas datas.

## NOVA AGENDA

Em decorrência da Pandemia da Covid-19 a SPR continuará a realizar as Reuniões Científicas de forma virtual, on-line, até o mês de setembro.

Confira mais uma vez as datas das nossas reuniões científicas agendas:

25/06: Simpósio Novartis + Aula sobre a Covid-19 (webinar).

30/07 Simpósio GSK + Aula de LES (webinar).

06/08 Simpósio Biomarín + Aula da Reunato Pediatria (webinar).

20/08 Simpósio UCB + Aula da SPR Cirurgia de mão na osteoartrite e na síndrome do túnel do carpo - quando indicar (webinar).

10/09: Simpósio da Jansen + Aula sobre: Autoanticorpos na Reumatologia (webinar).

Muito importante que os colegas agendem para participar. Também serão encaminhadas mensagens com as datas e horários dos webinar.

A Sociedade Paranaense de Reumatologia está a disposição de todos os seus associados, mantendo suas atividades pela Web, informando a todos pelo site e pelas redes sociais. A união e a participação são fundamentais, neste momento.

## SPR

# AÇÃO SOLIDÁRIA E REDUÇÃO DA MENSALIDADE (50%)

Nestes tempos difíceis, porém de reconstrução durante a pandemia da Covid-19, a diretoria da SPR resolveu, por unanimidade, reduzir em 50% o valor da anuidade deste ano de 2020. Isto foi possível analisando o planejamento da SPR, demonstrando aos sócios sensibilidade e solidariedade para o enfrentamento desta crise.

**AÇÃO SOLIDÁRIA** - No dia 11 de abril a SPR promoveu uma ação solidária, com participação dos

sócios e pacientes, arrecadando produtos para cestas básicas e chocolates para três projetos sociais que auxiliam os mais necessitados, muito atingidos pela pandemia da Covid-19.

Foram arrecadados aproximadamente 600 quilos de alimentos, material de higiene e chocolates. Os projetos selecionados para receberem o apoio foram o Lar Batista Esperança

(atende crianças e adolescentes em situação de risco), Alimentos do Bem (atende moradores de rua) e os Voluntários contra a Covid-19 (este projeto é liderado pelo reumatologista Dr. Valderilio Azevedo e atende famílias carentes em áreas de invasão).

**A Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR) deseja a todos muita fé e esperança em dias melhores!**

**A redução da mensalidade, em 50%, é uma resposta da SPR ao momento crítico que todos estamos enfrentando.**



### SOLIDARIEDADE NA PRÁTICA

Na foto, o presidente da Sociedade Paranaense de Reumatologia, Dr. Fernando Augusto Chiu-chetta; Dr. Valderilio Feijó Azevedo, do projeto Voluntários contra a Covid-19; o vice-presidente da SPR, Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas; Carla, da Biomarin, e Luciane Souza, secretária da SPR. Responsabilidade social na pauta da nossa entidade.

## Relato de Caso

# ARTRITE REUMATOIDE E ACOMETIMENTO PULMONAR, UM DESAFIO DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

Dr. Marcus Vinícius Petruco<sup>1</sup>

Dra. Adriane Cristine Mesquita Petruco<sup>2</sup>

## RESUMO

Apresentamos um caso de artrite reumatoide em tratamento com metotrexato há mais de 1 ano, que ao exame clínico não apresentava indícios de acometimento articular ou história prévia de doença pulmonar. Desenvolveu queixas de tosse seca e dispneia que agudizaram após quadro de infecção respiratória recente, evoluindo com lesão pulmonar intersticial grave e insuficiência respiratória, necessitando de internação hospitalar, assistência em UTI, com tomada de decisão entre as diferentes possibilidades diagnósticas.

## INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide é uma doença autoimune inflamatória sistêmica que pode causar acometimento visceral além do tradicional foco nas articulações. O envolvimento pulmonar pode variar desde formas assintomáticas ou oligossintomáticas até quadros extensos e graves com significativa morbidade e mortalidade. Aproximadamente 1/3 dos pacientes apresentam doença pulmonar subclínica, contrariando um conceito mais antigo de que o pulmão reumatoide apenas ocorreria em pacientes com doença de longa data, erosões e deformidades instaladas.

Alguns fatores de risco para doença pulmonar intersticial são conhecidos, como idade avançada, sexo masculino, histórico de tabagismo e positividade para FR e Anti-CCP. Além disso, pacientes com AR também têm alto risco para in-

fecções e toxicidade medicamentosa, o que invariavelmente torna-se um fator complicador na tomada de decisão do tratamento.

## RELATO DE CASO

Paciente M.L.L., sexo feminino, 69 anos, natural do Acre, moradora do norte pioneiro paranaense, religiosa, comparece em consulta pneumológica com queixas de tosse seca há 4 meses, evoluindo com cansaço fácil e expectoração purulenta recorrente no último mês, piorando há 1 semana com dispneia aos pequenos esforços e febre de até 39 graus. Relato de ter usado azitromicina, levofloxacino e amoxicilina +clavulanato neste período sem melhora. Como antecedente apresentava diagnóstico de AR e uso de metotrexato há mais de 1 ano (4 cps/sem) sem sintomas articulares, trazendo exames que mostravam anti-CCP >200 UI/ml. Negava histórico de tabagismo, contato com tuberculose, asma, neoplasias, ou casos familiares relevantes. Ao exame físico a Sat O<sub>2</sub> era de 88%, FR (frequência respiratória) 20, afebril, acianótica e ausculta pulmonar com estertores subcrepitantes esparsos, sendo encaminhada para internação para diagnóstico e tratamento. Introduzido empiricamente antibioticoterapia de amplo espectro, agente antiviral, oxigenoterapia, e solicitação de tomografia de tórax de alta resolução. Esta mostrou múltiplas opacidades confluentes associadas a padrão de vidro fosco bilateral difuso (figura 1 e 2).

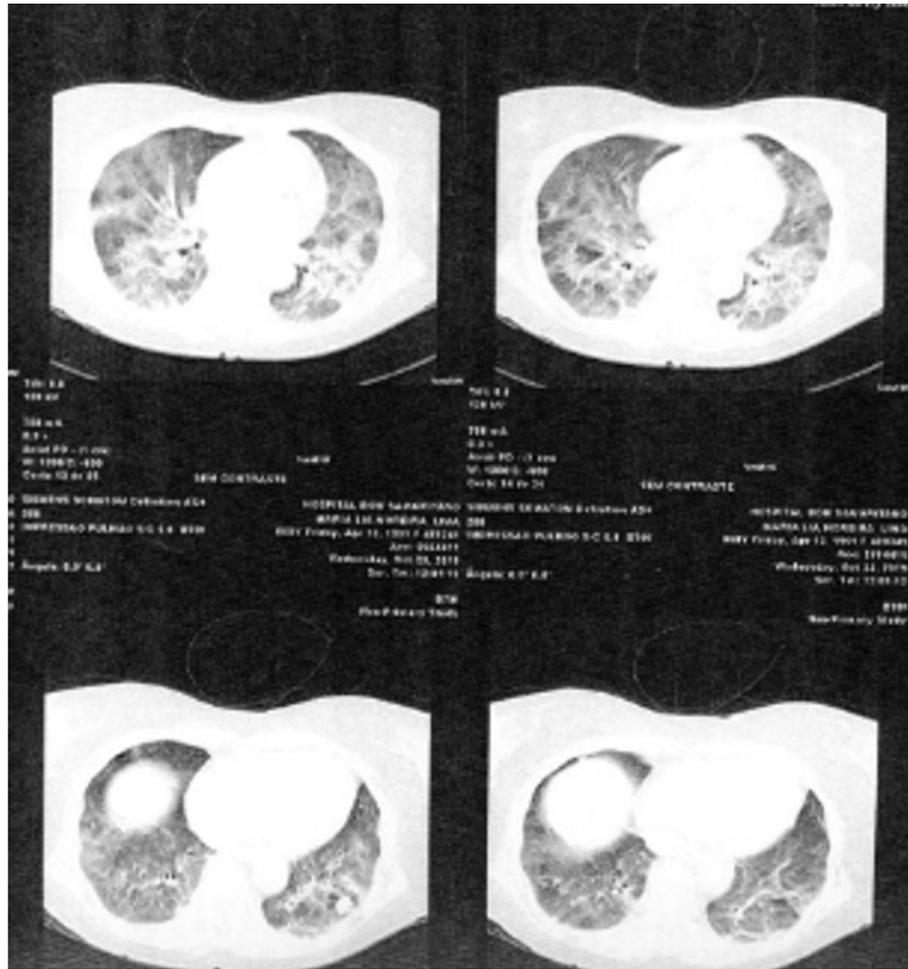


Figura 1

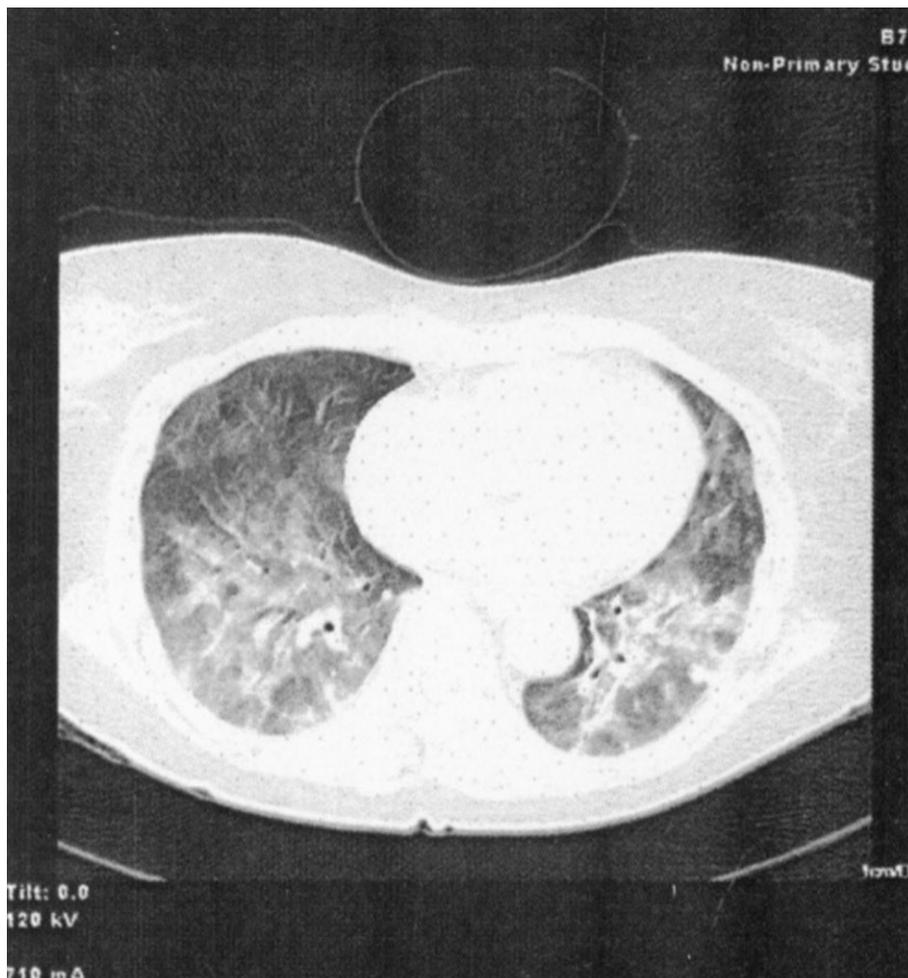


Figura 2

Evoluiu com normalização da leucocitose inicial (12500 leucócitos), porém com piora progressiva da dispneia e persistência de VHS elevada (vhs=94), sendo encaminhada à UTI, onde foi mantida com VNI (ventilação não invasiva) e adicionado agente antifúngico. Submetida à biópsia a céu aberto, levantou-se a possibilidade de acometimento pulmonar pela doença de base. A Descrição dos achados Anatomopatológicos foi compatível com BOOP (bronquiolite obliterante em organização), lesão pulmonar subaguda e PINE (pneumonia intersticial não específica). Indi-

cado pulsoterapia com metilprednisolona 1g por 3 dias, com subsequente melhora da saturação de O<sub>2</sub>, recebendo alta para o quarto com corticoide via oral diário, mantendo suporte de O<sub>2</sub> contínuo. Após regressão da insuficiência respiratória, foi prescrito micofenolato mofetil 2 gramas diários, recebendo alta para tratamento domiciliar com oxigênio suplementar e desmame progressivo ao longo de 1 mês. Retornou para reavaliação com 30 e 60 dias sem queixas respiratórias e nova tomografia com regressão praticamente total das lesões pulmonares (figura 3 e 4).

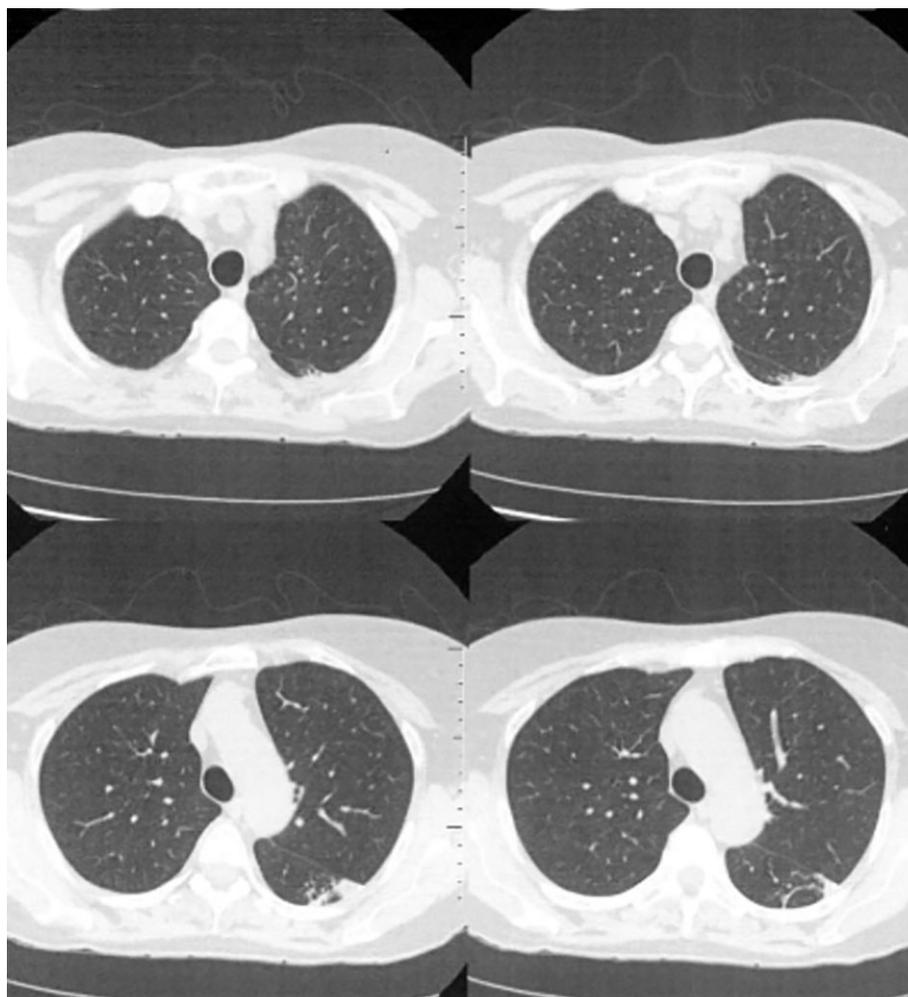


Figura 3

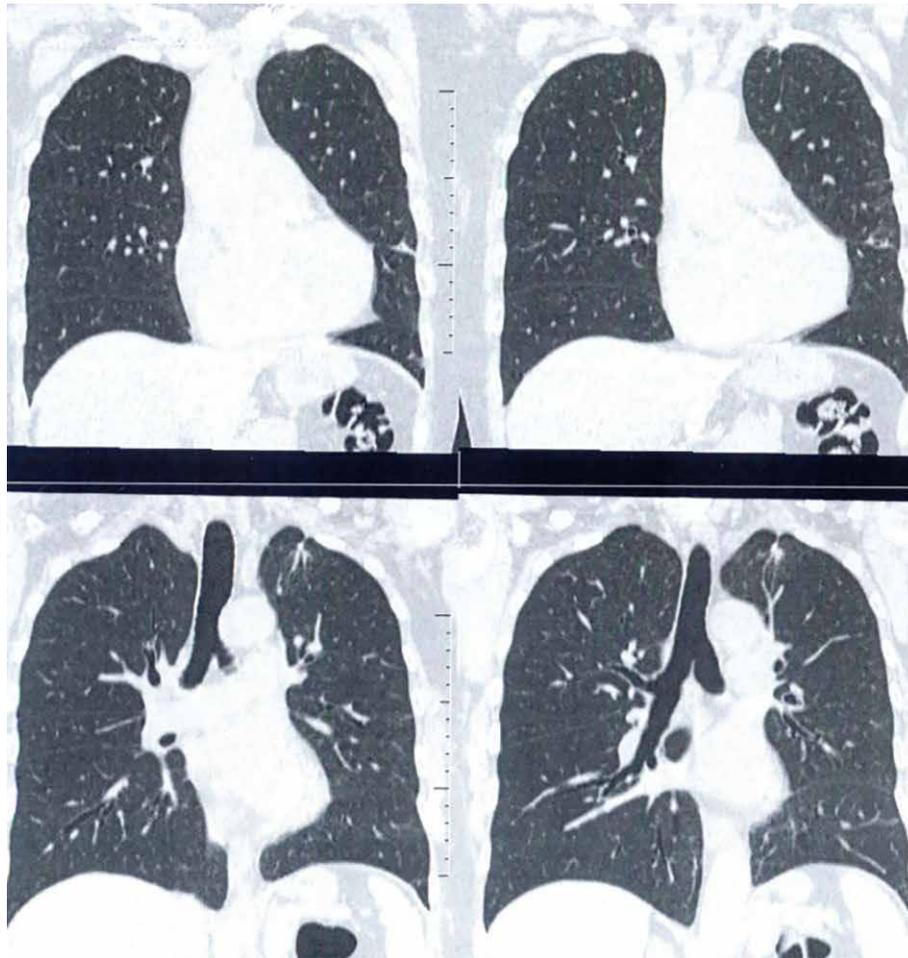


Figura 1

## DISCUSSÃO

O envolvimento pulmonar na artrite reumatoide é uma manifestação extra articular comum, ocorrendo em 60 a 80% dos pacientes com AR, podendo ser secundária à doença de base ou mesmo complicação da própria terapia medicamentosa, bem como pode ser resultado de quadro infeccioso oportunista. Tipicamente ocorre nos primeiros 5 anos após o diagnóstico, podendo preceder as manifestações articulares em 20% dos casos. Pacientes com AR avaliados por Tomografia de alta resolução independentemente de sintomas, apresentam achados compatíveis com anormalidades pulmonares em 19 a 67% dos casos, sendo que o risco de envolvimento pulmonar é 9 vezes mais provável que na população geral. A positividade do anti-ccp tem forte correlação com o risco de doença pulmonar, como também o histórico de tabagismo, fator reumatoide e sexo masculino, além do alto grau de atividade inflamatória, demonstrado em estudos que correlacionaram o evento pulmonar a maiores valores dos índices de atividade como DAS28. Outros marcadores de doença pulmo-

nar reumatoide são aventados, porém com correlação variável, entre eles CEA, CA125, CA 19-9, entre outros. Os sintomas mais frequentes são tosse seca, acompanhada ou não de dispneia aos esforços, podendo evoluir com períodos de agudização, assemelhando-se à fibrose idiopática. Redução de mais de 10% na FVC (capacidade vital forçada), ou redução de mais de 15% na Dlco (capacidade de difusão de monóxido de carbono) são altamente sensíveis na detecção de alterações pulmonares na artrite reumatoide. A Tomografia de tórax de alta resolução é o método de imagem mais adequado para o diagnóstico, associado quando possível, à biópsia pulmonar.

Além da lesão intersticial, uma extensa variedade de lesões pulmonares pode ocorrer, como pleurite, bronquiolite, anormalidades vasculares e nódulos reumatoides.

Frequentemente há sobreposição de diferentes tipos de lesão pulmonar, bem como de diferentes padrões de lesões intersticiais. Portanto não se pode esperar um padrão que seja considerado

típico da doença, pois são encontrados em diferentes patologias, tornando o diagnóstico ainda mais desafiador.

Os padrões de doença intersticial mais encontrados à tomografia são: pneumonia intersticial usual (PIU), pneumonia intersticial não específica (PINE), pneumonia organizante, dano alveolar difuso, pneumonia intersticial linfocítica e pneumonia intersticial descamativa. A maioria dos pacientes com acometimento clinicamente aparente apresenta padrão de PIU, sendo mais relacionado a pacientes mais velhos, sexo masculino e tabagismo, conferindo um prognóstico pior e semelhante ao da fibrose idiopática, com maior frequência de hospitalização do que outros subtipos, enquanto o padrão PINE costuma ter resposta mais rápida ao tratamento e evoluir com menos sequelas.

No caso relatado, além do quadro infeccioso sobreposto, havia o uso de metotrexato, levantando a possibilidade de toxicidade medicamentosa. Recente revisão tem demonstrado e reiterado o entendimento de que a lesão pulmonar por metotrexato é um evento raro, com incidência real difícil de se determinar, variando entre 0,43 e 1% em follow-up de 3 anos, geralmente se correlacionando com tempo de uso menor que 1 ano, ou coincidindo com o período de introdução da droga. A suspensão do uso de metotrexato frequentemente leva à resolução do quadro pulmonar. Outros medicamentos com relatos de associação com alterações pulmonares na AR são os Anti-TNFs, Rituximab, Abatacept e inibidores da Janus-kinase.

Com relação ao tratamento, o pulso de metilprednisolona EV ou corticoterapia oral em altas doses continua sendo a medida inicial mais adotada em diferentes protocolos. A associação de imunossupressores tem se mostrado de grande valor no tratamento a médio e longo prazo. Micofenolato Mofetil e Rituximab são os medicamentos que têm apresentado os melhores resultados no controle da lesão pulmonar, refletindo a experiência acumulada no tratamento da fibrose pulmonar idiopática.

## CONCLUSÃO

O caso relatado demonstra a necessidade de estarmos atentos ao acometimento pulmonar na AR, o qual pode ser subclínico ou ainda levar à insuficiência respiratória grave. Ressalta a importância dos fatores de risco como a posi-

tividade do Anti-CCP e a dificuldade do diagnóstico diferencial das lesões pulmonares, onde a tomografia de alta resolução e biópsia pulmonar são fundamentais para a definição diagnóstica e tratamento adequado. A busca ativa do acometimento pulmonar em pacientes com AR e fatores de risco deveria ser incorporada na rotina do reumatologista, considerando a alta prevalência de doença pulmonar no paciente reumatoide.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Curtis et al. Incidence and complications of interstitial lung disease in users of tocilizumab, rituximab, abatacept and anti-tumor necrosis factor  $\alpha$  agents, a retrospective cohort study. *Arthritis Research & Therapy* (2015) 17:319
2. Giles JT, Danoff SK, Sokolove J, et al. Association of fine specificity and repertoire expansion of anticitrullinated peptide antibodies with rheumatoid arthritis associated interstitial lung disease. *Ann Rheum Dis* 2014;73(8):1487–94
3. Serrano JR et al. Rheumatoid arthritis-related interstitial lung disease (RA-ILD): methotrexate and the severity of lung disease are associated to prognosis. *Clin Rheumatol* (2017) 36:1493-1500
4. George E. Fragoulis, Richard Conway and Elena Nikiphorou. Methotrexate and interstitial lung disease: controversies and questions. A narrative review of the literature. doi:10.1093/rheumatology/kez337
5. Kiely P et al. Incident rheumatoid arthritis interstitial lung disease associated with methotrexate treatment? Results from a multivariate analysis in the ERAS and ERAN inception cohorts. *BMJ open* article.
6. Conway R et al. Methotrexate and Lung disease in Rheumatoid Arthritis. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis & Rheum.* Vol.70. No 10, October 2018.
7. Sposito A J et al. Thoracic manifestations of rheumatoid arthritis. *Clin Chest Med* 40(2019) 545-590.
8. Curtis J R et al. Incidence and complications of interstitial lung disease in users of tocilizumab, rituximab, abatacept and anti-tumor necrosis factor  $\alpha$  agents, a retrospective cohort study. *Arthritis Research & Therapy* (2015) 17:319
9. Fischer A, Brown KK, Du Bois RM, et al. Mycophenolate mofetil improves lung function in connective tissue disease-associated interstitial lung disease. *J Rheumatol* 2013; 40(5):640–6.
10. Milene CK, Pereira IA, Nobre LFS, Neves FS.

Computed tomography of pulmonary changes in rheumatoid arthritis: carcinoembryonic antigen (CEA) as a marker of airway disease. *Rheumatol Int* (2016) 36:531–539.

## Relato de Caso

### ARTRITE REUMATOIDE E ACOMETIMENTO PULMONAR, UM DESAFIO DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

## AUTORES

### Dr. Marcus Vinícius Petruco<sup>1</sup>

Médico Reumatologista na Clínica de Reumatologia-Pneumologia Laboratório do Sono de Maringá e Hospital Bom Samaritano de Maringá. (reumassist@gmail.com).

### Dra. Adriane Cristine Mesquita Petruco<sup>2</sup>

Médica Pneumologista na Clínica de Reumatologia-Pneumologia Laboratório do Sono de Maringá, professora de Pneumologia no Centro Universitário Uningá. (labdosono@gmail.com)

FIM



## Relato de Caso

# ABSCESSO RETROFARÍNGEO EM PACIENTE COM ARTROPATIA MISTA COMO MANIFESTAÇÃO REUMATOLÓGICA DE RETOCOLITE ULCERATIVA. TRATAMENTO CONSERVADOR NÃO CIRÚRGICO.

\* Dr. Fernando de Souza

\*\* Dr. Felipe Merchan Ferraz Grizzo

\*\*\* Dra. Daniela Gonçalves de Souza

## RESUMO

Doenças inflamatórias intestinais (DII), Retocolite Ulcerativa (RCU) e Doença de Crohn (DC), são doenças crônicas que afetam o trato digestório, mais observadas em países desenvolvidos, com etiologia ainda desconhecida, mas associada a vários fatores ambientais, imunológicos e genéticos. O que confere maior complexidade a estas doenças são as manifestações extra-intestinais, sendo as reumáticas articulares as mais frequentes.

O tratamento implica em modulação do sistema imunológico de forma a atingir o objetivo terapêutico ao nível intestinal e articular. O sistema imunológico destes pacientes sofre influência da doença de base intestinal, vide mecanismo imunonutricional, do papel da doença reumatológica associada e do tratamento propriamente dito. Todos estes fatores podem predispor a infecções várias.

No caso aqui relatado, demonstramos complicações graves ao nível intestinal, com grave hemorragia, ao nível articular, com importante manifestação dolorosa e impotência funcional, e ao nível imunológico infeccioso com um fleimão

retrofaríngeo com potencial risco de graves complicações. No caso relatado, demonstramos a dificuldade da aderência ao tratamento instituído e da integração da equipe multidisciplinar, com uma DII com vários episódios de grave atividade, com manifestações articulares mistas e a presença de uma não frequente complicação infecciosa ao nível de coluna cervical, que implicou em diagnóstico diferencial com artropatia axial. E o mais importante, o excelente desfecho do caso ao longo de 5 anos de acompanhamento clínico.

## INTRODUÇÃO

Retocolite Ulcerativa (RCU) e Doença de Crohn (DC) são as duas doenças inflamatórias crônicas do trato digestório mais prevalentes, mais comum em países desenvolvidos. A exata etiologia das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) ainda não é bem conhecida, envolvendo vários fatores, incluindo ambientais, sendo resultado de uma condição imuno mediada, caracterizada por uma resposta inflamatória exacerbada e inadequada contra o tubo digestório, principalmente, e outros órgãos, em hospedeiro geneti-

camente suscetível, com tratamento definitivo e curativo ainda não disponível. O mecanismo patogênico proposto para relacionar Espondilite Anquilosante (EA) e DII seria a desregulação do microbioma e migração de linfócitos T e outras células do intestino para as articulações. Mais recentemente, tem-se sugerido que a interleucina IL-23 seria um dos componentes de manifestações extra-intestinais (10). O diagnóstico é realizado com avaliação evolutiva clínica, laboratorial, exames de imagem, exames endoscópicos e anatomopatológicos, visto que não existe um teste isolado patognomônico. Pacientes com DII podem apresentar várias manifestações sistêmicas e locais que adicionam complexidade ao tratamento. As manifestações extraintestinais podem afetar pele, olhos, boca, articulações e o fígado. Tais manifestações podem estar relacionadas à atividade da doença intestinal, antes, durante e após exacerbações da mesma, ou não, serem independentes. Algumas destas manifestações extra-intestinais podem melhorar com o sucesso do tratamento da doença intestinal. As anormalidades musculoesqueléticas associadas a RCU são agrupadas em doenças reumatológicas e doenças do metabolismo ósseo.

As doenças reumatológicas são divididas em artropatia periférica e axial.

A artropatia periférica ocorre em 5 - 20% dos pacientes com RCU, sendo maior o risco quanto mais extensa a doença colônica. A artropatia periférica pode ser classificada em dois tipos distintos, 1 e 2. O tipo 1 é a forma assimétrica ou pauciarticular, migratória, envolvendo menos de 5 articulações, preferencialmente grandes articulações (joelhos, cotovelos e tornozelos), com manifestações agudas e auto-limitadas, em média 5 semanas, durante atividade da doença intestinal colônica. O tipo 2, é a forma simétrica e poliarticular, envolvendo 5 ou mais de pequenas articulações (metacarpofalangeanas e interfalangeanas) ou articulações maiores, de forma persistente nos sintomas, chegando a 3 anos em média, independentemente da atividade da doença colônica. Ambos os tipos são sero-negativos e não deformantes. Em geral, artropatia periférica responde ao tratamento da colite, sendo que nos graves casos de RCU em que haja necessidade de colectomia, pode curar as referidas artrites.

A artropatia axial, que inclui sacroileíte e espondilite, ocorre menos frequentemente na RCU quando comparada com artropatia periférica.

Sacroileíte ocorre em 10-20% dos pacientes, de forma simétrica, com incidência semelhante em DC e RCU, em geral não concomitante com a atividade da doença colônica, sintomática (dor nas costas) ou assintomática, a maioria HLA-B27 negativo sem progressão para espondilite anquilosante (EA).

EA ocorre em 2-10% dos pacientes com DII, principalmente na DC, mas afetando os pacientes com RCU, sendo HLA-B27 positivos em 2/3 dos casos, com sintomas que podem aparecer muito tempo antes ou depois dos sintomas intestinais, e são independentes da atividade da doença intestinal, com fortes dores na evolução e com comprometimento esquelético permanente, independentemente da corticoterapia ou da colectomia se, eventualmente, realizada. O padrão ouro para o diagnóstico por imagem é a ressonância nuclear magnética (RNM) apontando inflamação antes do aparecimento de lesões ósseas visíveis ao exame de raios X. O tratamento da artropatia axial é semelhante ao da artropatia periférica, mas neste caso o controle da colite de base não altera a evolução da EA. Vale mencionar que a terapia imunobiológica anti-TNF, infliximabe, pode reduzir a inflamação espinhal, com melhora da dor, da amplitude de movimento e melhora da qualidade de vida.

Outras artropatias relacionadas à DII que podem ocorrer são osteoartropatia hipertrófica, osteomielite pelve-femoral e policondrite recorrente.

O tratamento das artrites relacionadas a RCU visa reduzir a inflamação e a dor, prevenindo incapacidade funcional. Nas artrites periféricas do tipo I, a remissão com o tratamento da RCU implica em melhora dos sintomas articulares em semanas, mas o paciente pode se beneficiar com sulfassalazina, repouso e fisioterapia. Nas do tipo II há necessidade de AINH ou corticoterapia.

Sulfassalazina, metotrexate e azatioprina não são efetivas para o controle dos sintomas da artropatia axial, sendo recomendada, principalmente nos casos mais sintomáticos, a terapia imunobiológica anti-TNF (infliximabe, adalimumabe e golimumabe, exceto o etanercept), visto que o uso de AINH pode causar ativação da doença intestinal (RCU). Esta é uma recomendação da Associação de Reumatologia/Espondilite do Colégio Americano (9).

Abscesso retrofaríngeo é uma coleção infectada que se origina a partir dos gânglios linfáticos

cos da parede posterior da faringe, adjacente às vértebras cervicais e é uma infecção em um dos espaços mais profundos do pescoço, delimitado anteriormente pela fásia bucofaríngea, posteriormente pela fásia pré-vertebral, lateralmente pelas bainhas carotídeas e estendendo-se superiormente até a base do crânio e inferiormente até o mediastino (4). Ocorre mais frequentemente em crianças entre 1 e 8 anos de idade porque tais gânglios iniciam um processo de involução a partir dos 4-5 anos de idade. Até então a abundância de gânglios linfáticos pode facilitar o processo infeccioso. Menos frequentemente ocorre em adultos, em geral associado a traumas locais pela presença de corpo estranho (espinha de peixe), em procedimentos médicos (intubação orotraqueal, implante de sonda nasoenteral, laringoscopia), por infecção dentária ou em contexto de doença associada como tonsilite, supra-glotite, fratura de mandíbula e tuberculose (4,13). Apenas como exemplo, quimioterapia é descrita como fator de risco porque predispõe a infecção por várias vias como mucosite facilitando translocação bacteriana, mielossupressão (neutropenia) e interferência na imunidade celular e humoral (13). Da mesma forma, pacientes portadores de SpA tem sistema de defesa imunológica comprometida, que predispõe o paciente a infecções, e ainda, sobretudo, em uso de terapia imunobiológica com seus efeitos colaterais, e apesar da segurança do uso da medicação, existe uma interferência na condição de defesa antimicrobiana (1).

### RELATO DE CASO

Trata-se de paciente, CCM, 27 anos de idade, solteira, da raça branca, 68 Kg de peso, que interna no Hospital Paraná - Maringá - PR, com história de intenso e grave sangramento via retal, hemorragia digestiva baixa, com diagnóstico anterior de Doença Inflamatória Intestinal (DII), sendo necessária transfusão de 2 unidades de concentrado de hemácias devido a hemograma demonstrando hematócrito (Ht) 23%, hemoglobina (Hb) 7,9g% Leucócitos (Leu) 6800/mm<sup>3</sup> com bastonetes (bast) 6% e plaquetas (Plq) 344 mil/mm<sup>3</sup>. Em face à gravidade do sangramento, que persistia em função da atividade da doença intestinal, optou-se por cuidados intensivos (UTI) e Nutrição Parenteral Total (NPT), antibioticoterapia com ciprofloxacina e metronidazol via endovenosa e hidrocortisona 100 mg via endo-

venosa com 4 tomadas ao dia (total de 400 mg). Com a estabilidade hemodinâmica, realizamos um exame de colonoscopia que demonstrou fissura única em parede anterior do canal anal, e em topografia de colo proximal observou-se inúmeros pseudopolipos, inclusive em ponte, com exposição de camada muscular em várias áreas desta topografia, com sinais recentes de sangramento (classificação de Forrest II-c) e com íleo distal, sigmóide e reto preservados naquele momento, concluindo-se por colite ulcerativa proximal (**Figuras 1,2,3 - nas páginas 29 e 30**). Com importante melhora do quadro recebeu alta hospitalar 25 dias depois com Ht 35%, Hb 7,9g% Leu 6800/mm<sup>3</sup> bast 5% e Plq 344 mil/mm<sup>3</sup>. Vale ressaltar que 10 dias antes deste internamento, a paciente esteve internada no mesmo serviço recebendo corticoterapia com resposta satisfatória, durante 4 dias de internamento, com colonoscopia que demonstrava ulcerações e processo inflamatório evidente, com padrão de granulosidade de mucosa, de forma simétrica e contínua, interessando colo direito e colo esquerdo proximal, com íleo distal, colo sigmóide e reto preservados, cujo laudo anatomopatológico demonstrou compatibilidade com doença inflamatória intestinal em meio ao achado de colite crônica e aguda ulcerada (**Figuras 4,5,6 - nas páginas 31 e 32**). Em função do padrão evolutivo, concluiu-se pelo diagnóstico clínico, endoscópico e anatomopatológico de Retocolite Ulcerativa (RCU). Como história mórbida progressiva, a paciente havia sido submetida no passado à amigdalectomia e operação plástica de lipoescultura. Na história mórbida familiar, relata mãe com câncer de endométrio no passado. Antes destes dois internamentos já fazia uso de mesalazina, prednisona e plantago ovata, sem adequada aderência ao tratamento, com diagnóstico de DII desde o ano de 2015, frequentando, até então, outro serviço médico. Ambulatorialmente, passou a utilizar mesalazina via oral (4800 mg dia), prednisona via oral (40 mg dia) e sendo iniciada azatioprina (2,5 mg/Kg peso/ dia = 150 mg dia), além de probióticos em meio a orientação nutricional. Posteriormente, procedeu-se à redução gradativa da prednisona administrada, com sua retirada 5 meses depois. Após a alta hospitalar, por duas ocasiões, 30 e 70 dias após, necessitou atendimento no pronto atendimento da instituição devido a dores abdominais, cólicas e vômitos, apresentando aos exames laboratoriais de

mais significativo uma proteína Creativa (PCR) de 13 mg/dl (normal <6) e gama glutamil transpeptidase (GGT) de 169 U/L, no primeiro atendimento e no segundo atendimento Leu 15.300/mm<sup>3</sup> com metamielócitos 1%, bast 18%, plq 399 mil/mm<sup>3</sup>, GGT 105 U/L e PCR de 13 mg/dl. Após medicação endovenosa, antibióticos ciprofloxacina e metronidazol, recebeu alta hospitalar e apresentou evolução satisfatória sem queixas gastrointestinais.

Na evolução, 5 meses depois, fazendo uso da medicação prescrita, apesar de aderência não muito satisfatória, sem sintomas gastrointestinais, necessitou de novo internamento, por 10 dias, devido à importante impotência funcional, dor e limitação de movimentos de coluna cervical. Dos exames laboratoriais solicitados, observou-se anemia com Ht 25,3%, Hb 7,4gr% reticulócitos 4,3%, plq 726.000/mm<sup>3</sup> inicialmente e na sequência 1.037.000/mm<sup>3</sup>, Leu 9700/mm<sup>3</sup>, mielócitos 1%, metamielócitos 4%, bast 28% , PCR 276 mg/dl, VHS 142 mm/h (normal <10), GGT 745 U/L (80 - 180) fosfatase alcalina (FA) 331 U/L (normal 46 - 116 para a faixa etária), ferritina 982 ng/ml (10 - 291), albuminemia 2,7 g/dl (3,4 - 5,5), com TGO TGP Bilirrubinas séricas e TAP normais. Vale ressaltar que vinha fazendo uso de celecoxibe (200 a 400 mg dia) para cervicalgia, sob acompanhamento com a especialidade de Neurologia, quando 1 mês antes havia sido submetida a exame de RNM que demonstrou canal raquidiano discretamente estreitado em coluna cervical entre C3-C5, sem outras alterações significativas. Neste internamento, solicitou-se o acompanhamento da especialidade médica de Reumatologia, visto que houve piora da cervicalgia, imobilidade cervical importante, odinofagia, além de dor no quadril ao nível de articulações sacroilíacas, bem como imobilidade, dores e inflamação de articulações de ambos os joelhos, tornozelos e punhos. Solicitada avaliação da especialidade de Hematologia, foi realizada biópsia óssea ao nível de espinha íliaca pósterosuperior esquerda para esclarecer a etiologia da reação leucoeritoblástica, e de posse do laudo de exame anatomopatológico, concluiu-se que se tratava de medula óssea hiperclular às custas de série granulocítica, normomaturativa com aumento de eosinófilos e plasmócitos, sugerindo alterações reacionais. No dia deste internamento foi realizado novo exame de RNM de região cervical que demonstrou hipo-hidratação discal

ao nível de C3-C4 e C6-C7, com canal medular amplo, com retificação na posição do exame, com presença de coleção laminar no espaço retrofaríngeo, ao nível de C2-C4, medindo 5,4 cm no eixo longitudinal e 0,4 cm no eixo anteroposterior, associado a realce de planos adjacentes (**Figuras 7 e 8 nas páginas 32 e 33**). Com o aval da especialidade cirúrgica de cabeça e pescoço, optou-se pelo tratamento clínico não operatório, sem indicação de drenagem da referida coleção laminar, com antibioticoterapia via endovenosa com ceftriaxone e clidamicina nas doses preconizadas. Ao exame de RNM do esqueleto axial inferior, demonstrou-se focos de edema e sinovite em regiões inferiores de sacroilíacas, inferindo-se o diagnóstico de espondiloartrite mista (axial e periférica) secundária a doença inflamatória intestinal. Também foi realizado exame de Colangiressonância magnética que não demonstrou alterações significativas em vias biliares, mas apenas esteatose hepática. Paciente foi submetida à biópsia hepática ecoguiada e laudo anatomopatológico. Concluiu-se por Esteatose Hepática Macroglotular grau 2, afastando-se a hipótese de colangite esclerosante primária. Realizou-se ultrassonografia de ambos os joelhos que não demonstraram alterações significativas, apesar das queixas. Concluiu-se que a paciente portadora de RCU, apresentava um infiltrado retrofaríngeo compatível com um abscesso, mais especificamente um fleimão, à princípio infectado, além de sacroileíte bilateralmente e artrite periférica, com exames laboratoriais negativos para Acs anti LKM, anti ASMA, anti AMA, p-ANCA, c-ANCA, marcadores de hepatite virais B e C negativos (exceto anti-Hbs = 18 UI/ml), FAN, FR e, ressaltando, HLA-B27 NEGATIVOS. Mesmo com a melhora cervical, a gravidade e intensidade dos sintomas da espondiloartrite, ainda na vigência de altas doses de corticoide e, na impossibilidade de uso de AINH, houve necessidade de se iniciar terapia imunobiológica com Adalimumabe 40mg via subcutânea no esquema preconizado de indução e programado para manutenção a cada 2 semanas. Foi iniciada prednisolona VO (60 mg dia), mantida azatioprina VO (150 mg dia), iniciado contraceptivo hormonal oral, e mantida sulfassalazina VO (3 gramas dia), anteriormente iniciada, para auxílio no controle do componente periférico de artrite, pois houve recidiva das manifestações somente com o uso do adalimumabe isolada-

mente. Sob acompanhamento da fisioterapia, apresentou evolução clínica mais satisfatória das dores articulares, sem manifestações gastrointestinais, ressaltando-se a importante melhora da cervicalgia, persistindo com discreta dor em joelho e tornozelo direitos, com leve dificuldade para extensão total do joelho direito. Ambulatorialmente, exames laboratoriais desta fase do acompanhamento médico demonstrou Ht 31%, Hb 10,6g%, série vermelha normocrômica e normocítica, leucocitose de 21.600/mm<sup>3</sup> com ausência de bastonetes, plaquetas em 451.000/mm<sup>3</sup>, VHS de 25mm/h, PCR de 6 mg/dl (normalidade < 6), GGT 403U/L e TGP 48 U/L. Realizada redução da prednisolona para 50 mg. Na evolução, paciente ainda não muito aderente ao acompanhamento médico, 10 meses após o último internamento, necessitou atendimento no pronto atendimento hospitalar devido à diarreia. Novamente, 8 meses depois, paciente necessitou novo internamento devido a sangramento via retal, em meio a diagnóstico de pielonefrite aguda tratada com antibioticoterapia com ceftriaxone, ciprofloxacina e metronidazol nas doses preconizadas e reiniciando-se azatioprina anteriormente suspensa pela própria paciente. Os exames laboratoriais, então, Ht 33,7% Hb 10,2gr%, Leu 7800/mm<sup>3</sup>, Plq 535.000/mm<sup>3</sup>, ferritina 106 ng/ml (10-241 ng/ml), Ferro sérico 24 µg/dl (35-150 µg/dl), PCR 104 ng/dl (<6 ng/dl). Paciente, além da reativação de doença intestinal, passou a apresentar dores articulares ao nível de articulações III interfalangeana proximal direita, cotovelo esquerdo, joelho esquerdo e tornozelo direito. Mantida corticoterapia, via endovenosa naquele momento, (400 mg dia) e de sulfassalazina VO (3 gramas dia) para as artropatias que a paciente havia descontinuado por conta própria novamente, bem como a terapia imunobiológica com adalimumabe que havia sido descontinuada, também pela própria paciente. Recebeu alta hospitalar melhorada e na sequência evolutiva apresentou exames laboratoriais com FAN negativo, hemograma com Hb 11,5gr%, com série vermelha normocítica e normocrômica, Leu 12.760/mm<sup>3</sup> sem desvio à esquerda, Plq 525.000/mm<sup>3</sup>, GGT 152U/L, PCR 15mg/dl (normalidade <10), TGO TGP FA normalizadas. Mantidos prednisolona VO (62,5 mg), adalimumabe SC (40 mg 15/15 dias), sulfassalazina VO (3 gr) e azatioprina VO (150 mg). Posteriormente, a paciente apresentou reações cutâneas ao adalimumabe(40 mg

15/15 dias), com 7 meses de uso após reintrodução, que não foi descontinuado pela ocasião. Na última consulta, já sem corticóide, e em meio a planejamento de se completar 2 anos de adalimumabe na dose padrão e passar para 40 mg SC mensalmente, a paciente evoluiu com "flare" periférico, adotando-se a conduta de reintrodução de sulfassalazina (500mg (1-0-1) uma semana e depois (2-0-2)).

Durante cinco anos de acompanhamento, a paciente apresentou pouca aderência às consultas ambulatoriais e por diversas vezes, apresentou recidiva da artrite periférica e de manifestações intestinais por reduzir ou abolir o uso das medicações por conta própria (corticoide, adalimumabe e sulfassalazina), que implicava em reativações e recorrências dos quadros da doença. Atualmente, com evolução satisfatória, está fazendo uso de Adalimumabe SC (40mg 15/15 dias), Azatioprina VO (200mg dia), Sulfassalazina VO (3g dia), Prednisolona VO (60mg dia), Celecoxibe VO (200mg 12/12h), Tramadol VO conforme necessidade e Noripurum VO, com excelente controle da espondiloartropatia e da RCU.

## DISCUSSÃO

As manifestações extra-intestinais das DII podem estar relacionadas com atividade da doença intestinal como artrites periféricas, eritema nodoso, episclerite, estomatite aftóide e pioderma gangrenoso. E podem ter evolução independente de atividade da doença intestinal como espondilite anquilosante, sacroileíte, uveíte e colangite esclerosante.

A terapia biológica é eficaz na indução e manutenção de remissão da doença e suas complicações, com melhora dos sintomas e dos marcadores inflamatórios. Uma das várias explicações é a via comum de inflamação dependente do TNF-alfa, cuja terapia anti-TNF exhibe resultados satisfatórios em pacientes com espondiloartropatias, principalmente nos casos mais graves e rebeldes ao tratamento. O envolvimento do esqueleto axial é mais comum na DC (5-20% dos pacientes) que na RCU (2-6%), onde sacroileíte tem uma prevalência de 10-20% e EA de 2-10%. Quando se avalia dor lombar de caráter inflamatório dos pacientes com DII podemos chegar a 30% dos casos. A grande importância dos sintomas axiais na evolução das DII reside no fato de que muitas vezes precedem os sintomas

intestinais, tem evolução clínica independente da atividade da DII e não se alteram com cirurgias intestinais. Importante ressaltar que diferente da forma Idiopática da EA, a forma associada à DII pode ocorrer em qualquer idade com prevalência semelhante em ambos os gêneros. O diagnóstico de EA associada a DII pode ser feito no paciente com dor lombar e rigidez matinal por pelo menos 3 meses, redução da mobilidade da coluna lombar, limitação da expansibilidade torácica e evidência radiológica de sacroileíte. Sabe-se que em pacientes assintomáticos, se consideramos alterações ao exame de RNM, teremos uma incidência maior de diagnóstico de sacroileíte, saindo de 10-20% e se elevando para mais de 30%.

As classificações deste tema em reumatologia são muito dinâmicas. A Classificação da Sociedade Internacional de Espondiloartrites (**Tabela 1 na página 34**) demonstra que sob o termo Espondiloartropatia (SpA) são classificadas várias artropatias inflamatórias com características clínicas e achados de imagem semelhantes, mas carecendo de achados laboratoriais e patológicos específicos. SpA acomete principalmente a coluna, mas pode apresentar manifestações articulares periféricas e em outros tecidos. As SpA incluem artrite psoriática (PsA), SpA periférica, artrite enteropáticas (relacionadas às DII), artrite reativa, SpA indiferenciada e SpA axial (axSpA), sendo que esta última engloba axSpA não radiológica (nraxSpA) e Espondilite Anquilosante (EA) (15). Finalmente, a Entesite é considerada o protótipo destas doenças aqui relacionadas, que é uma inflamação na área de inserção de ligamentos e tendões nos ossos, que por sua vez, seria um dos mecanismos de manifestações da SpA. Além disto, existem as manifestações extra articulares uveíte, psoríase e DII que ocorrem frequentemente. Ressalta-se que a presença de DII contribui para o diagnóstico de axSpA, visto que a probabilidade seria 4,3 vezes maior de axSpA em paciente com dor nas costas de evolução crônica (15). Nos pacientes com EA, a chance de DII é de 6-14%, possivelmente com um maior risco de manifestação da doença intestinal nos primeiros anos do diagnóstico de EA, e provavelmente com um declínio até a linha de base nos subsequentes 10 anos do referido diagnóstico (15).

De forma oposta, não se confirma que o paciente portador de DII desenvolve ou desenvolverá EA

acima da linha de base quando comparados aos que não apresentam doença intestinal (15). Segundo o Consórcio de Pesquisa de espondiloartrite do Canadá, os pacientes com maior índice de inflamação intestinal crônica se relacionavam com maior frequência de sacroileíte diagnosticada por RNM quando comparados aos pacientes sem lesões intestinais (15). Tem se associado lesões macroscópicas intestinais assintomáticas e lesões microscópicas a pacientes portadores de axSpA com o seguinte perfil, paciente jovem, gênero masculino, doença progressiva, início precoce da doença, sacroileíte com diagnóstico radiológico, alto índice de atividade de doença e restrição de mobilidade espinal (15).

O paciente portador de DII tem chance de desenvolver SpA em 10-39% das vezes, sendo a manifestação extra intestinal mais frequente, mais em DC que RCU. De uma maneira geral, a ocorrência de EA e sacroileíte, sintomáticas ou não, ocorrem no paciente com DII, em 3% (2-10%) e 10% (10-20%) das casos, respectivamente. Em geral, as artrites e manifestações axiais são posteriores a doença intestinal, mas em 20% das vezes é o contrário, principalmente na doença axial. Interessante mencionar que pacientes com DC com colite tem maior associação com artrite quando comparados aos com DC com ileíte e RCU. Os pacientes com apenas retite isolada na RCU, raramente apresentam manifestações reumáticas. Pacientes com DII relacionado a EA e sacroileite isolada, apresentam HLA-B17 positivo em 25-78% e 7-15%, respectivamente (15). SpA periférica é relativamente comum nas DII, com uma prevalência de 13% (0,4 - 34,6%), sendo que no jovem entre 20-30 anos de idade chega a 25%, comparado com 2% nos pacientes entre 50-60 anos de idade (15).

Na fisiopatologia da relação DII e SpA existe a hipótese do eixo intestino-sinovial, envolvendo fatores ambientais e hospedeiro, em meio a uma atuação de gatilho em hospedeiro suscetível. Uma disbiose bacteriana intestinal facilitaria uma migração de linfócitos ativados e macrófagos do intestino, em pacientes geneticamente predispostos, com alterações no alelo DRB 10103, HLA-B27, HLA-B35, HLA-B44 e variações no gene CARD15/NOD2, deflagrando DII e SpA por ativação de IL23, IL12, TNF-alfa, proteína CD163, E-caderina e integrina alfaEbeta7, dentre outros (15).

No que se refere a tratamento podemos con-

siderar um mecanismo patogênico subjacente comum, delineando uma abordagem semelhante para a concomitância das doenças. Os AINH muito usados na SpA são contraindicados nas DII pelo risco de ativação ou piora da doença intestinal. Corticoterapia por curto período se mostra efetiva na DII, mas sem bons resultados na axSpA, ao passo que baixas doses podem ser efetivas na SpA periférica, em conjunto com injeções tópicas de corticoide. Metotrexato e sulfassalazina, as chamadas drogas antirreumáticas modificadoras da doença (DMARDs), têm se mostrado eficazes no tratamento de SpA periférica, mas não na axial. Além disto, metotrexato se mostra útil na indução e manutenção de remissão de DC mas não indicado como tratamento de primeira linha na RCU. Da mesma forma, sulfassalazina se mostra eficiente na forma colônica da DC, mas não na forma ileal e não na RCU. Tratamento imunobiológico anti-TNF é o padrão ouro para DII com coexistência de SpA que não respondem às DMARDs (metotrexato e sulfassalazina). Aprovadas para uso na axSpA, as mais estudadas são infliximabe e adalimumabe para o uso em DII, tanto na DC como na RCU. Etanercept não é efetivo nas DII possivelmente por não induzir nível de apoptose suficiente das células T na lâmina própria, além de outros fatores em estudo. Vedolizumabe, um antagonista seletivo intestinal da integrina alfa4beta7, tem se mostrado efetivo na DC e na indução e manutenção de remissão de RCU, apesar de resultados conflitantes nos sintomas articulares, arrolando-se a possibilidade da medicação estar associada à exacerbação ou deflagração de artrite inflamatória, sendo que em recente análise do estudo GEMINI, a droga estaria relacionada à atenuação de piora ou de aparecimento de artralgia/artrite na DC, enquanto não haveria diferença em relação ao grupo placebo da RCU (15). Certolizumabe pegol, um anti-TNF peguilado, apesar de ausência de efeito pró-apoptótico, foi aprovado para tratamento e manutenção de resposta na DC moderada a intensa, nos casos com resposta inadequada à terapia convencional nos EUA. Não havia indicação conclusiva para o uso em EA, que certamente pode vir a ser uma opção futura para tratamento destas duas doenças no mesmo paciente (16,17,18).

Interessante ressaltar que a calprotectina fecal, uma proteína que se eleva com o processo inflamatório ativo intestinal e a proteína C reativa,

poderiam ser utilizadas como biomarcadores em resposta a tratamento com infliximabe na axSpA e etanercept na SpA periférica, visto que elevação destes mesmos biomarcadores se correlacionam a uma piora endoscópica e histológica da inflamação intestinal (11,15).

Pacientes em uso de medicação que bloqueia o TNF alfa podem estar mais sujeitos a complicações infecciosas, como o abscesso retrofaringeo ocorrido na paciente em questão (1). Baeten, em uma série de 107 pacientes portadores de SpA tratados com infliximabe, 6 deles apresentaram focos de infecção não graves, mas 8 deles apresentaram infecções mais graves, sendo reportados 3 casos de abscesso retrofaringeo (1). Outros fatores de risco são estados de imunodepressão, Diabete Melito, drogadição endovenosa, idosos, baixo nível educacional e tabagismo (14).

A infecção, em geral, é polimicrobiana, sendo que os agentes etiológicos mais comuns são bactérias aeróbias *Streptococcus beta hemolítico* e *Staphylococcus sp*, bactérias anaeróbias *Bacteroides* e *Fusobacterium* e *Veillonella* e Gram negativas *Haemophilus* para influenza e *Bartonella henselae* (4,13,14). As complicações mais graves relacionadas ao abscesso retrofaringeo incluem obstrução das vias respiratórias, mediastinite, choque séptico, ruptura do abscesso em via respiratória resultando em pneumonia por aspiração ou asfixia, abscesso epidural, fascíte necrotizante, ruptura de carótida e tromboflebite supurativa das veias jugulares internas (síndrome de Lemierre), o que confere um índice de mortalidade de 1,6-2,6%, em geral devido à septicemia (4,13). Como manifestação em crianças pode-se observar odinofagia, disfagia, febre, linfadenopatia cervical, estridor, dispneia, roncos ou respiração ruidosa, cervicalgia e rigidez de nuca. Em adultos, sintomas semelhantes podem ser observados, mas dor de garganta intensa é mais frequente e estridor muito menos. A parede posterior da faringe pode estar abaulada para um dos lados com achado de uma coleção mais volumosa. Exames de imagem podem elucidar o diagnóstico, por ultrassonografia, tomografia computadorizada e RNM. Os achados de imagem de CT e RNM são espessamento tecidual pré-vertebral, deslocamento da via aérea anteriormente e a perda da lordose cervical, sendo que a presença de gás, que seria patognomônica, é incomum (13). No caso relatado, não se

observou coleção propriamente dita, mas um fleimão, com uma cervicalgia muito importante e alterações laboratoriais exuberantes, com leucocitose e reação leucemóide e plaquetose, com alterações à RNM que sugeriram a hipótese diagnóstica.

O tratamento consiste em antibioticoterapia com Ceftriaxone e Clindamicina e drenagem de coleção por incisão ou punção de parede posterior de faringe pela via oral, com proteção das vias aéreas pérvias com intubação traqueal, se pertinente. No caso específico de nossa paciente, por se tratar mais exatamente de um fleimão infectado do que propriamente uma coleção, a antibioticoterapia foi suficiente para a cura, não sendo tecnicamente necessária a drenagem da lâmina coletada.

Em face à evolução crônica e arrastada, já existe uma tendência à baixa aderência por parte destes pacientes, o que se confirmou com a nossa, dando margem para uma pior e complicada evolução clínica. O relacionamento com a equipe multiprofissional e apoio psicológico são fundamentais para o sucesso do tratamento e resultados satisfatórios.

Finalizando, temos que ratificar que estes pacientes normalmente acompanhados por gastroenterologistas e reumatologistas, podem não ter valorizadas as manifestações articulares e intestinais por estes profissionais, respectivamente, o que certamente irão impactar nos resultados terapêuticos. Desta forma o tratamento multidisciplinar é fundamental e obrigatório. A evolução do tratamento destas doenças é cada vez mais promissora com os resultados obtidos com drogas anti-TNF, drogas direcionadas para IL-23 e IL-17, JanusKinase inibidor, antagonistas das integrinas e muitas outras que vêm se somando ao arsenal terapêutico nos últimos anos, com muitas perspectivas futuras.

#### **BIBLIOGRAFIA:**

1- Baeten, B. et al. Systematic Safety Follow Up in a Cohort of 107 Patients With Spondyloarthritis Treated With Infliximab: A New Perspective on the Role of Host Defence in the Pathogenesis of the Disease? *Ann Rheum Dis.* 2003 Sep;62(9):829-34. doi: 10.1136/ard.62.9.829.

2- Mark T. Osterman and Gary R. Lichtenstein. In: *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal*

and Liver Disease. Pathophysiology/Diagnosis/Management. 9th Edition Saunders. Philadelphia PA. 2010. pg 2010-2012.

3- Sonia Friedman and Richard S. Blumberg. *Inflammatory Bowel Disease*. In: Dan L. Longo; Anthony S. Fauci. *Harrison's Gastroenterology and Hepatology*. Derived from *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17th Edition. New York. McGraw Hill Medical. 2010. pg 187.

4- Harkani, A. et al. Retropharyngeal Abscess in Adults: Five Case Reports and Review of the Literature. *Scientific World Journal*. 2011;11:1623-29. doi: 10.1100/2011/915163

5- Ferrari, M. L. A.; Castilho, A. F. S.; Penna, F. G. C. Manifestações extra-intestinais. In: Zaltman, C. e Zerôncio, M. A. *Como não tratar Doença Inflamatória Intestinal*. 1th Edição. São Paulo. Springer Health do Brasil. 2012. pg.149-52.

6- Montgomery, S. C. et al. Nutritional Support of Patient with Inflammatory Bowel Disease. *Surg Clin N Am* 95. 2015. pg 1271-79. <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2015.08.006>

7- Hannah L. Miller and Francis A Farraye. *Inflammatory Bowel Disease*. In: Andreoli and Carpenter's *Cecil Essentials of Medicine*. 9th Edition. Philadelphia PA. Elsevier Saunders. 2016. pag. 419.

8- Zheng, M. et al. A Case Report of Multiple Aseptic Facial and Spinal Abscesses in a 45-Year-Old with Inflammatory Bowel Disease. *The Medicine Forum*. 2016; vol. 17, Article 16. doi: <https://doi.org/10.29046/TMF.017.1.017>

9- Magro, F. et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery and Ileo-anal Pouch Disorders. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2017. pg 1-39. doi:10.1093/ecco-jcc/jjx008.

10- Rubi, D.T. Recent Research on Joint Pain and Arthritis in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology & Hepatology*. 2017 Nov;13(11):688-90.

11- Darr, U. and Khan, N. Treat to Target in Inflammatory Bowel Disease: An Updated Review of Literature. *Curr Treat Options Gastro* (2017) 15:116–125. doi:10.1007/s11938-017-0130-6

12- Klapproth, J. A. Inflammatory Bowel Disease. In: Sitaraman and Friedman's Essentials in Gastroenterology. 2th Edition. Hoboken NJ. Wiley Blackwell. 2018. pag.117.

13- Mettias, B. at all. Retropharyngeal Abscess after Chemotherapy. *BMJ Case Re.* 2018: bcr2017222610. doi: 10.1136/bcr-2017-222610.

14- Joshua, J. at all. Otolaryngology in Critical Care. *Ann Am Thoracic Soc.* 2018 Jun; 15(6):643-54. doi: 10.1513/AnnalsATS.201708-695FR

15- Fragoulis, F. G. at all. Inflammatory bowel diseases and spondyloarthropathies: From pathogenesis to treatment. *World J Gastroenterol* 2019 May 14; 25(18):2162-76. doi: <https://dx.doi.org/10.3748/wjg.v25.i18.2162>.

16- Peluso, R at all. Management of arthropathy in inflammatory bowel diseases.

*Ther Adv Chronic Dis* 2015, Vol. 6(2) 65–77. doi: 10.1177/2040622314563929.

17- Gomollón, F. at all. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2017, 3–25. doi:10.1093/ecco-jcc/jjw168.

18- Cholapranee, A at all. Systematic review with meta-analysis: comparative efficacy of biologics for induction and maintenance of mucosal healing in Crohn's disease and ulcerative colitis controlled trials. *Aliment Pharmacol Ther* 2017; 45: 1291–1302. doi:10.1111/apt.14030.

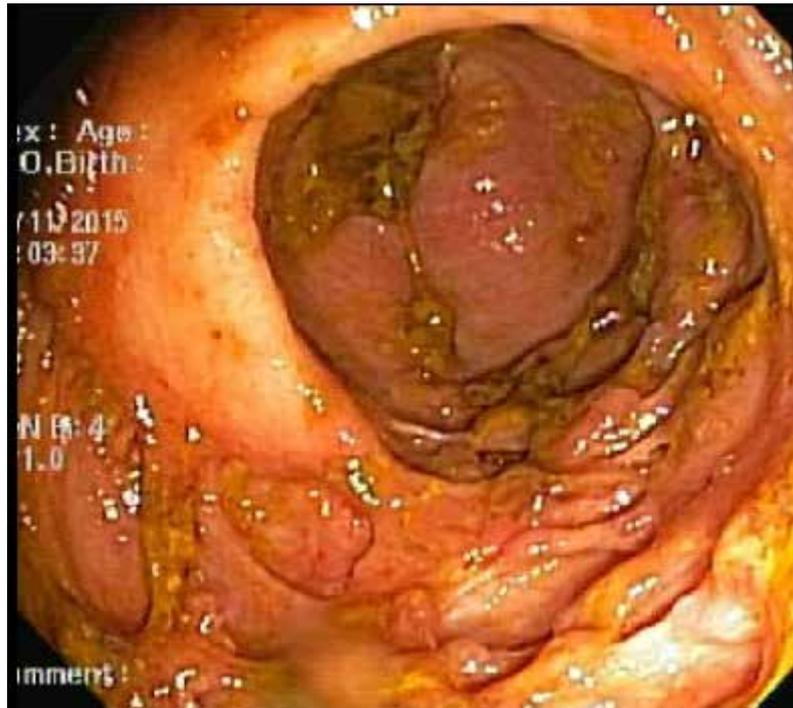
Contato:

DR. FERNANDO DE SOUZA

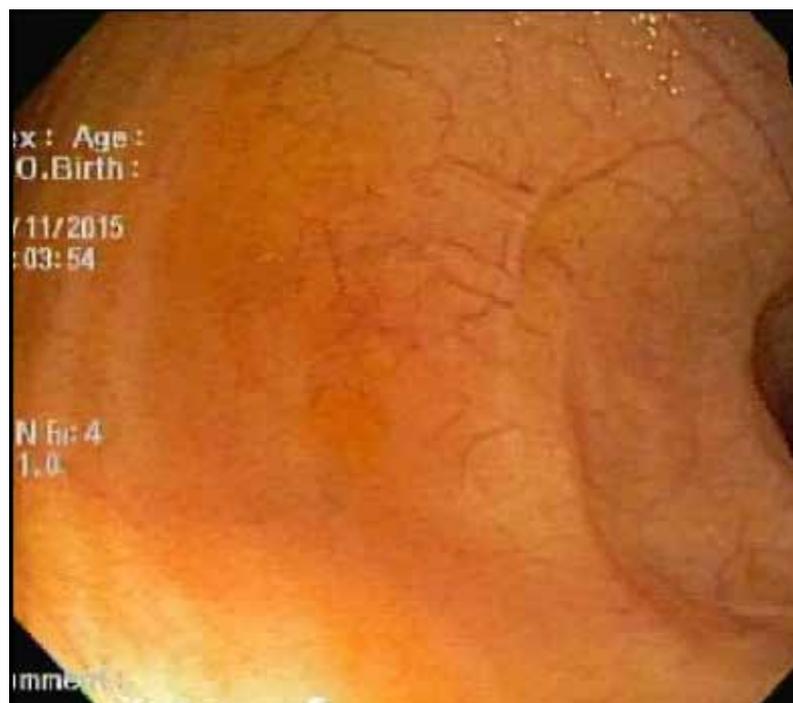
[fernandohp PhD@gmail.com](mailto:fernandohp PhD@gmail.com)



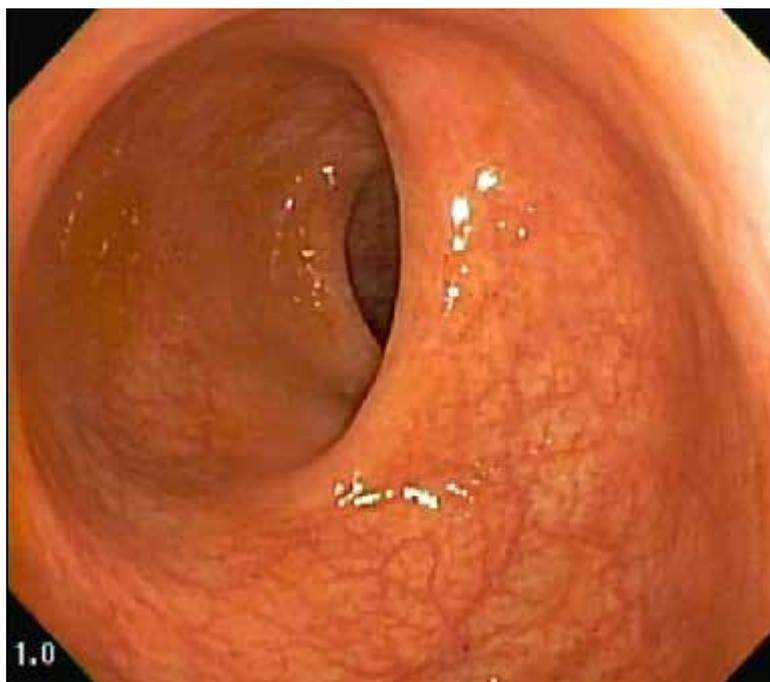
Figura 1 - Reto



*Figura 2 - Colo ascendente proximal*



*Figura 3 - Íleo distal*



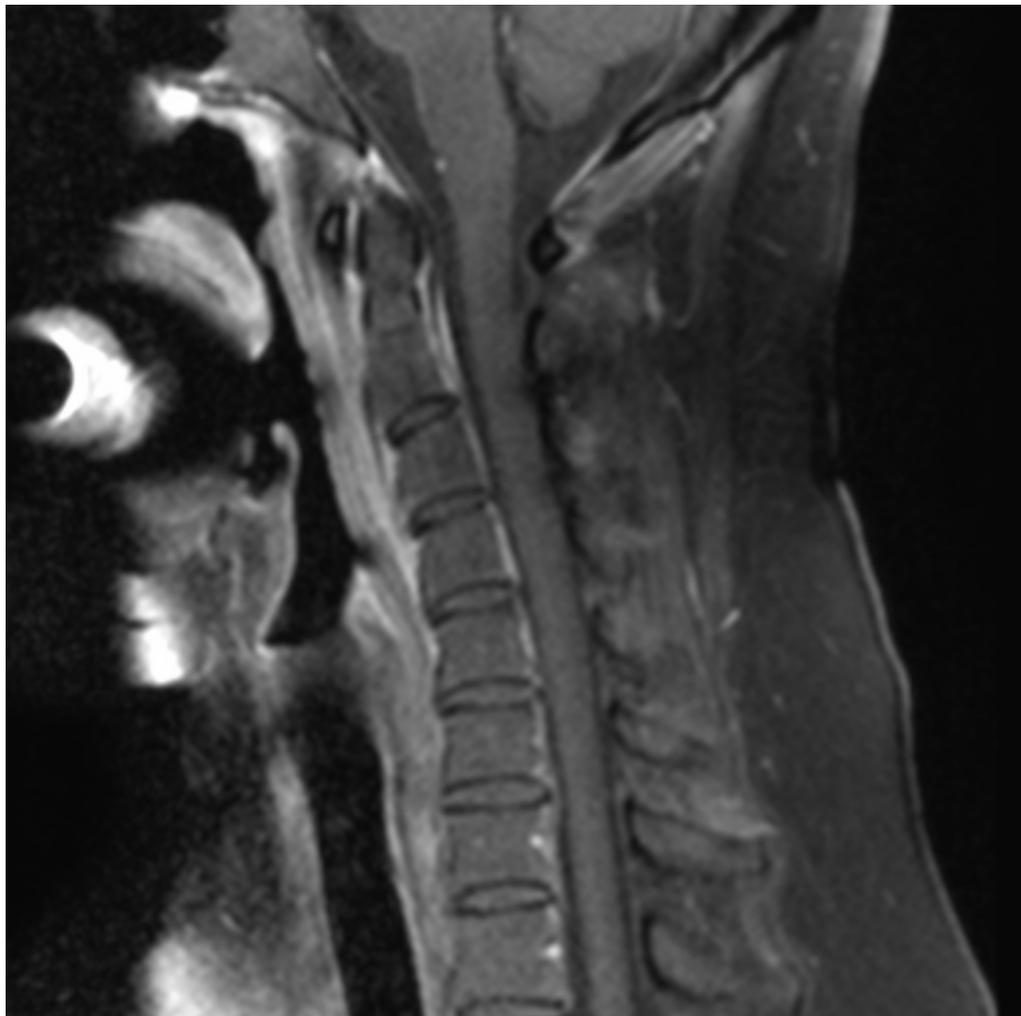
*Figura 4 - Reto*



*Figura 5 - Colo descendente*



*Figura 6 - Íleo distal*



*Figura 7 - RNM - Região cervical - sequência SE em T1 - sagital*



*Figura 8 - RNM - Região cervical - sequência SE em T2 - sagital*



*Figura 9 - RNM - Região cervical - sequência SFE - sagital*

Tabela 1

| <b>CLASSIFICAÇÃO DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE ESPONDILOARTRITES</b>  |   |  |
|---|---|--|
| <b>ESPONDILOARTROPATIA AXIAL</b>  |   |  |
| Dor nas costas ≥ 3 meses + idade ≥ 45 anos  |   |  |
| Sacroileite - Imagem RNM* mais ≥1 Características Espondiloartropatias (Braço Imagem)   | OU  | HLA B-27 mais ≥2 outras Características Espondiloartropatias (Braço Clínico)                         |
|   | Características Espondiloartropatias<br>Dor nas costas - inflamatória<br>Artrite<br>Entesite (pé)<br>Uveíte<br>Dactilite<br>Psoríase<br>DII<br>Boa resposta AINH<br>Hx familiar Espondiloartropatia<br>HLA-B27<br>PCR elevada |  |
| <b>ESPONDILOARTROPATIA PERIFÉRICA</b>   |   |  |
| Artrite OU Dactilite OU Entesite**<br>MAIS  |   |  |
| ≥ 1   | OU  | ≥ 2  |
| Uveíte<br>Psoríase<br>DII<br>Infecção prévia<br>HLA-B27<br>SACROILEITE (imagem)   |   | Artrite<br>Entesite<br>Dactilite<br>Dor nas costas - inflamatória<br>Hx familiar Espondiloartropatia |
| *Sacroileite definida radiologicamente - critérios de Nova York modificado ou imagem de RNM<br>**Ausencia de dores nas costas ATUALMENTE<br>Fragoulis, F. G. at all. World J Gastroenterol 2019 May 14; 25(18):2162-76. |   |  |

## Relato de Caso

### ABSCESSO RETROFARÍNGEO EM PACIENTE COM ARTROPATIA MISTA COMO MANIFESTAÇÃO REUMATOLÓGICA DE RETOCOLITE ULCERATIVA. TRATAMENTO CONSERVADOR NÃO CIRÚRGICO.

Contato:

DR. FERNANDO DE SOUZA  
fernandohp@d@gmail.com

AUTORES:

\* **Dr. Fernando de Souza**

Cirurgião do Aparelho Digestivo e Coloproctologista, professor associado de Cirurgia do Aparelho Digestivo e ColoProctologia do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Maringá (UEM), mestre e doutor em Clínica Cirúrgica pela UFPR - Curitiba - PR. Proctologista e Cirurgião do Aparelho Digestivo - Hospital Paraná - Maringá - PR.

\*\* **Dr. Felipe Merchan Ferraz Grizzo**

Reumatologista, mestre e doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Maringá (UEM).

\*\*\* **Dra. Daniela Gonçalves de Souza**

Médica residente em Cirurgia Geral, Hospital das Clínicas de Botucatu - SP.

# Juramento de Hipócrates

“Eu juro, por Apolo médico, por Esculápio, Hígia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue:

Estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes.

Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém.

A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva.

Conservarei imaculada minha vida e minha arte.

Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam.

Em toda casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução, sobretudo dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados.

Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto.

Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça.”

O juramento original foi escrito em grego jônico (século V a.C.). Existem duas versões do Juramento de Hipócrates: a original, escrita em Lausana em 1771, e uma outra, ratificada em 1948 pela Declaração de Genebra (posteriormente atualizada em 1968, 1983,[1] e 2017), a qual vem sendo utilizada em vários países por se mostrar social e cientificamente mais próxima da atual realidade.

**SUS, desafios e inovações****MUDANÇAS DA JORNADA DOS  
PACIENTES EM REUMATOLOGIA NO  
MUNICÍPIO DE CURITIBA.  
UMA MOSTRA DE AÇÃO EM SAÚDE  
PÚBLICA.**

\* Dr. Varlei Antonio Serratto  
\*\* Dr. Sergio Candido Kowalski



Por décadas vivemos um represamento no atendimento da população através do SUS, na especialidade de reumatologia, com uma espera de meses e até anos para que uma primeira consulta com um especialista fosse agendada.

Em abril de 2015, para exemplificar, tínhamos uma fila de espera para a primeira consulta em nosso município com a reumatologia de 600 dias, em média. Na prática, notávamos que esse prazo era alongado em até 6 anos de espera pela primeira consulta. Certamente essa demora propiciou a evolução das doenças pré-existentes, que ao chegarem ao médico reumatologista lamentavelmente já apresentavam diversas deformidades articulares, se não com danos mais graves. Muitos destes pacientes ficavam em tratamento com os clínicos gerais das unidades básicas de saúde, que por sua vez, não tinham como ter contato com os reumatologistas, para apoiar no melhor diagnóstico e tratamento in loco das mais diversas doenças reumatológicas.

Portanto, o modelo de atendimento "oferta vs demanda" em reumatologia, até então adotado para dar demanda as necessidades dos pacientes para a reumatologia, se tornou insustentável

pela sua ineficiência junto à população.

Somado a isso, pudemos notar uma demanda crescente para a especialidade, não somente pelo aumento populacional, não somente pela crise econômica que adveio após 2015 que sobrecarregou o SUS, mas também pelos atuais tratamentos das doenças inflamatórias autoimunes que requerem cada vez mais profissionais especializados.

Foi por estes motivos que se iniciou uma alteração do modelo antigo para um modelo mais eficiente, que pudesse repercutir na redução do tempo de espera para a primeira consulta, bem como reduzir o número de pacientes na fila e por fim, gerar uma redução no custo social.

Foi através da implantação da atividade do médico reumatologista triador (a partir de abril de 2015) e de reumatologista telerregulador (outubro de 2017), que pudemos afetivamente reduzir a jornada dos pacientes para ter acesso a um reumatologista de modo sustentável.

O modelo produziu uma redução de 6429 para 51 pacientes na fila de espera; uma redução de 600 dias para 21 dias em média de tempo de espera para a primeira consulta; e uma redução no custo de consultas médicas pagas, comparativo

a 2015 (último ano do modelo antigo) na ordem de 40% (tabela 1 e gráfico1).

Portanto, o modelo se mostrou mais eficiente, oferecendo mais equidade no tratamento das doenças reumatológicas, menor custo social e a possibilidade dos serviços médicos de cumprir com as melhores orientações de guidelines em reumatologia, bem como com os documentos da Organização Mundial da Saúde, não somente para o cumprimento destes guidelines, mas para o uso racional das medicações.

Nossa mostra evidencia que, apesar das inúmeras dificuldades de um serviço público com recursos escassos, não esquecendo das particularidades inerentes de cada cidade/local, pudemos oferecer a população de Curitiba um serviço que pode atender as melhores práticas médicas no que tange a assistência médica pública e porque não dizer que hoje proporcionamos algo semelhante ao que acontece nos melhores serviços médicos do mundo, tanto a nível de atendimento primário, secundário e terciário e sempre em evolução e adaptação constante.

Esperamos que nossa amostra possa despertar o interesse e motivação aos demais serviços do nosso estado.





tabela – 1 Custo Anual em Consultas Médicas em Reais

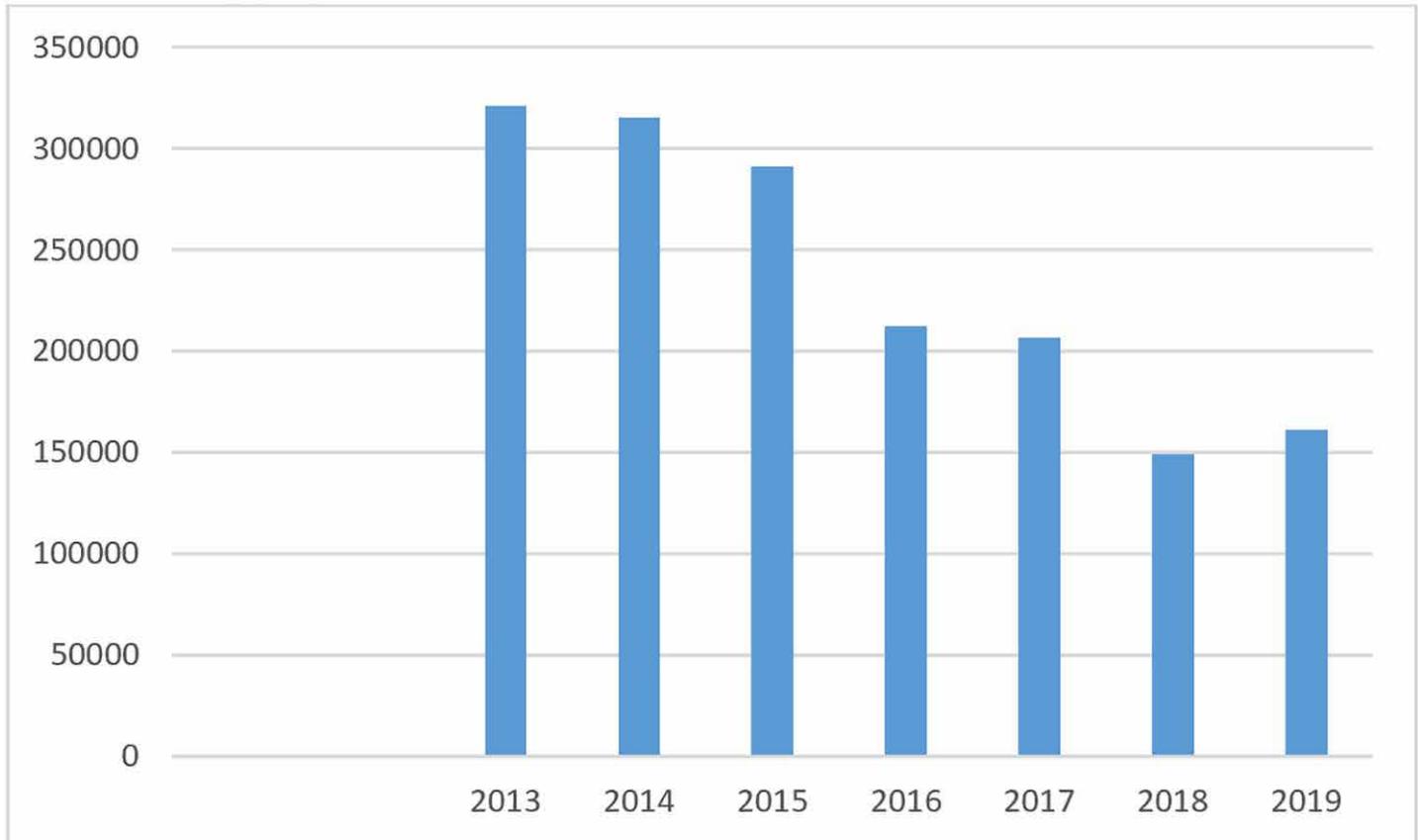
| ano         | 2013       | 2014       | 2015       | 2016       | 2017       | 2018       | 2019       |
|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| valor total | 320.900,00 | 315.170,00 | 291.183,00 | 212.250,00 | 206.360,00 | 148.880,00 | 161.010,00 |

Fonte: [TwinData SUS](#) (fev. 2020)



Unidade de Saúde de Santa Quitéria, em Curitiba, Paraná

Gráfico 1 - Custos Anual em Reais com a Reumatologia



Fonte: [TwinData SUS](#) (fev. 2020)

**BIBLIOGRAFIA:**

Hazlewood, GS; Barr, SG; Lopatina; E, Marshall DA; Lupton, TL; Fritzler, MJ; Mosher, DP; Steber, WA; Martin, L. Improving Appropriate Access to Care With Central Referral and Triage in Rheumatology. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016 Oct;68(10):1547-53. doi: 10.1002/acr.22845. Epub 2016 Aug 19.

West, SG; Pearson, DW; Striebich, CC; Goecker, R; Kolfenbach, JR. The Effect of pre-appointment consultation triage on patient selection and revenue generation in a University Rheumatology practice. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019 May;71(5):689-693. doi: 10.1002/acr.23701.

Ten Brinck, RM; van Dijk, BT; van Steenbergen, HW; le, Cessie S; Numans, ME; Hider, SL; Mallen, C; van der Helm-van, Mil A. Development and validation of a clinical rule for recognition of early inflammatory arthritis. *BMJ Open*. 2019 Feb 22;8(11):e023552. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023552.

**AUTORES:**

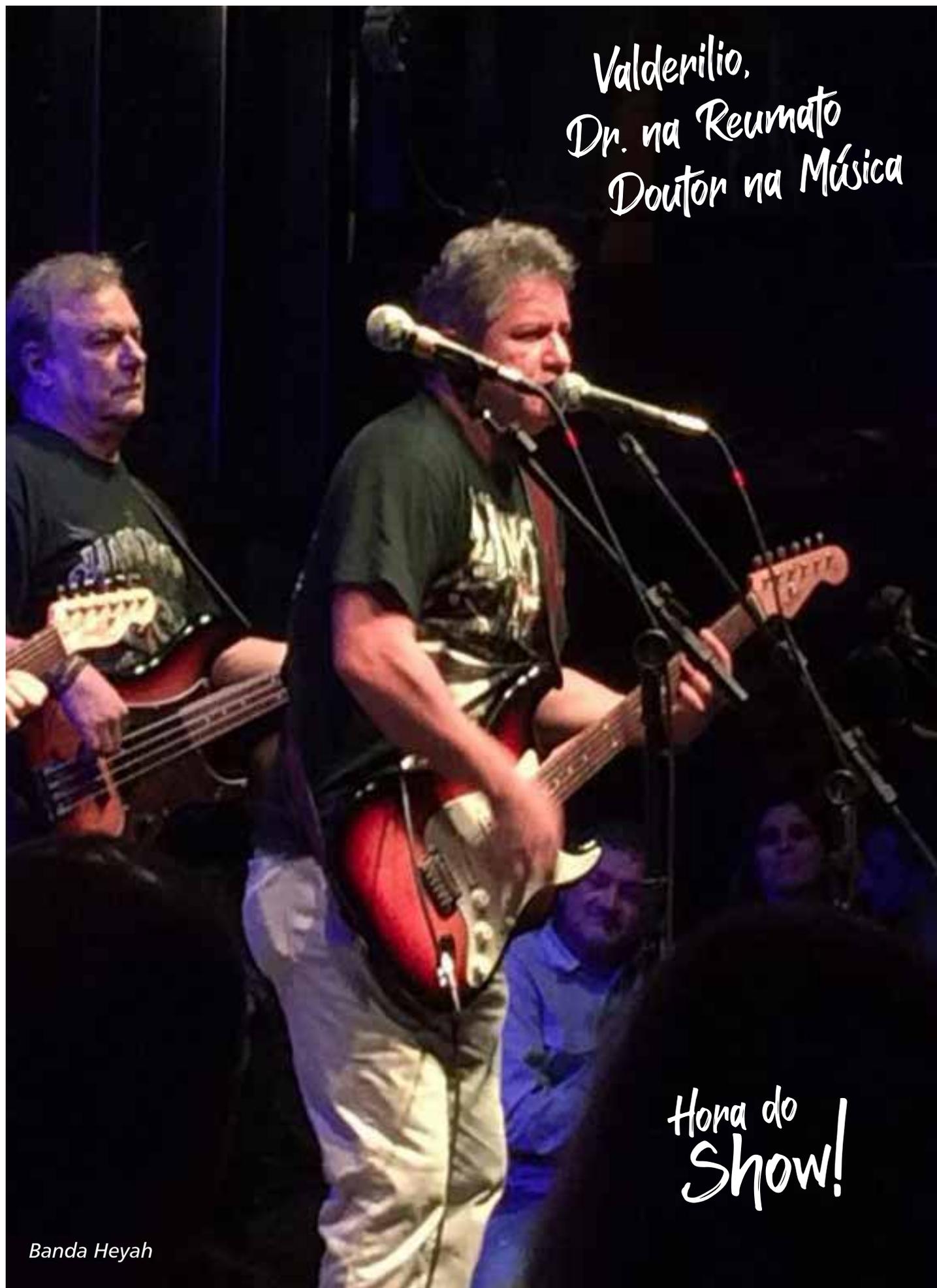
**\*Varlei Antonio Serratto**

Médico Reumatologista da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba. Mestrando em Medicina Interna e Ciências da Saúde pela UFPR

**\*\*Professor Dr. Sergio Candido Kowalski**

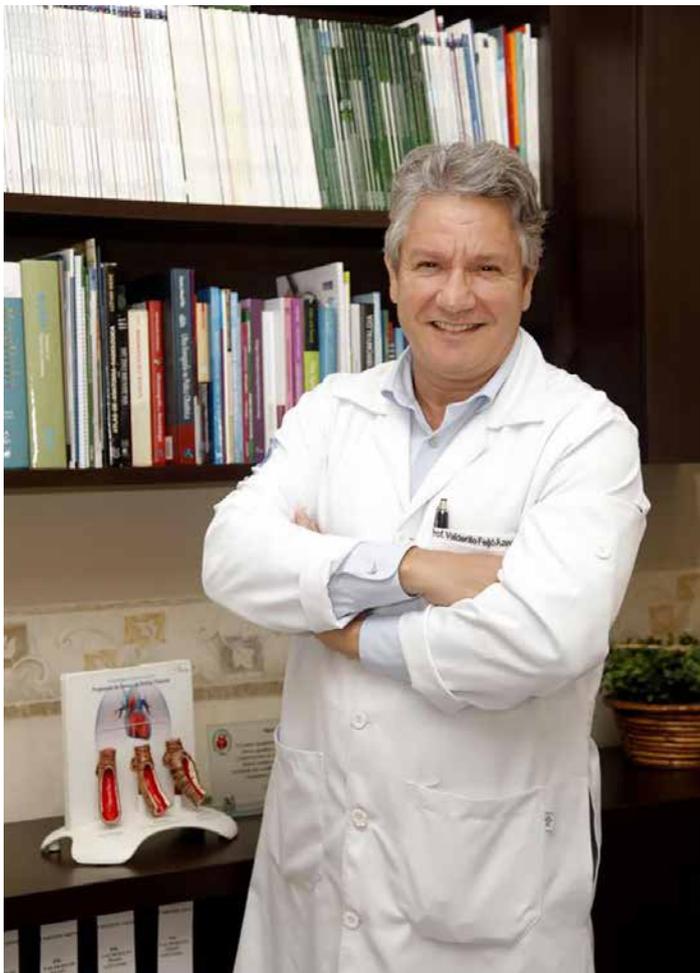
Professor Adjunto de Reumatologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Orientador do Mestrado.-

Valdenilio,  
Dr. na Reumato  
Doutor na Música



Banda Heyah

# Conhecimento e Talento



O Dr. Valderilio Feijó Azevedo tem um currículo como médico e reumatologista digno de aplausos. Mas hoje não vamos falar sobre o médico, vamos falar do músico. Quem o conhece, quem convive com ele, sem dúvida conhece o seu amor e o seu talento pela música. Hoje, nosso capítulo é dedicado a quem sempre está disposto a compartilhar o melhor da música e da arte para nos alegrar e inspirar. Médico respeitado, músico aplaudido, ainda consegue tempo para projetos de responsabilidade social e surpreende a todos retornando aos plantões para ajudar colegas e pacientes em tempos de pandemia. E agora, com todos nós:

## Dr. Valderilio

O reumatologista Valderilio aceitou contar para a REUMATO EM REVISTA sobre o seu amor pela música e as suas constantes participações em projetos e apresentações musicais.

Ele respondeu às nossas perguntas e nos mandou muitas fotografias de eventos importantes das suas atividades como músico.

A primeira pergunta foi:

*REUMATO EM REVISTA - O músico apareceu quando na sua vida? Antes do médico?*

VALDERILIO - A música apareceu muito antes da carreira médica, certamente. Compus um samba com 13 anos e ganhei um festival no Rio de Janeiro, na época tive a oportunidade de dividir o palco com Clementina de Jesus, Xangó da Mangueira, Conjunto Exporta Samba e com apresentação do Adelson Alves, marido da Clara Nunes, na Quadra da Escola de Samba Vila Isa-

bel. Foi uma experiência incrível para um garoto. Nesse festival ganhei meu primeiro violão, logo em seguida, aprendi a tocá-lo, inspirado pelo meu irmão mais velho, Francisco Erisson, e comecei a compor. Hoje, acumulei dezenas de composições que vão da MPB clássica ao Rock n' roll. Algumas gravadas, como a Estrada Graciosa, que faz parte da propaganda do novo vagão da Litorina, famoso passeio pela serra do mar, com arranjos de outro sensacional médico, já falecido, o colega Alfreli Amaral.

*REUMATO EM REVISTA - A música e a medicina, como é essa relação?*

VALDERILIO - Devo dizer que a relação da música com a medicina é perfeita, pelo menos no meu caso. A medicina nasceu como arte e depois se tornou ciência, e, não faz muito tempo, seu

desenvolvimento científico é basicamente impulsionado entre o século XVIII e XIX. Apolo, na mitologia grega, era o pai das artes, da música e da medicina. Depois essas áreas se separaram com Esculápio e influenciaram a mitologia romana e todo o ocidente. Conto isso num texto publicado há alguns anos na Revista Látrico do CRM-PR, revisando a participação das Artes na Formação Médica ao longo da história. Além disso, consegui transformar e influenciar meus dois filhos a tocar instrumentos. O mais velho é músico profissional e largou o curso de medicina para se dedicar exclusivamente à produção musical. O mais novo está dividido entre tecnologias, medicina e a música.

anos, dividindo o palco com músicos como Jorge Ben e Orquestra Sinfônica do Paraná. Depois tive grandes experiências com a Heyah, banda com a qual até hoje faço questão de me apresentar. Com a Heyah, temos tocado em vários eventos internacionais. Tivemos a oportunidade de fazer dançar, em nossas apresentações, grandes reumatologistas americanos como Dr. James Rosenbaum, Dr. Ted Pincus, Dr. Philip Mease, Dr. John Moll (um dos pais das espondiloartrites), dentre muitos. Tocamos em diversos encontros do GRAPPA (Group of Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis) e ano passado no jantar de gala (encontro anual) da National Psoriasis Foundation, em Seattle, Washington.

Além disso tocamos em muitos eventos brasileiros promovidos por várias entidades médicas e instituições.

*Valderilio com os filhos Giancarlo (do seu lado, à sua esquerda) e Gianluca (último à direita na foto), na apresentação da National Psoriasis Foundation.*

*Embaixo, incentivando o seu filho mais velho, Gianluca. Hoje ele é músico.*



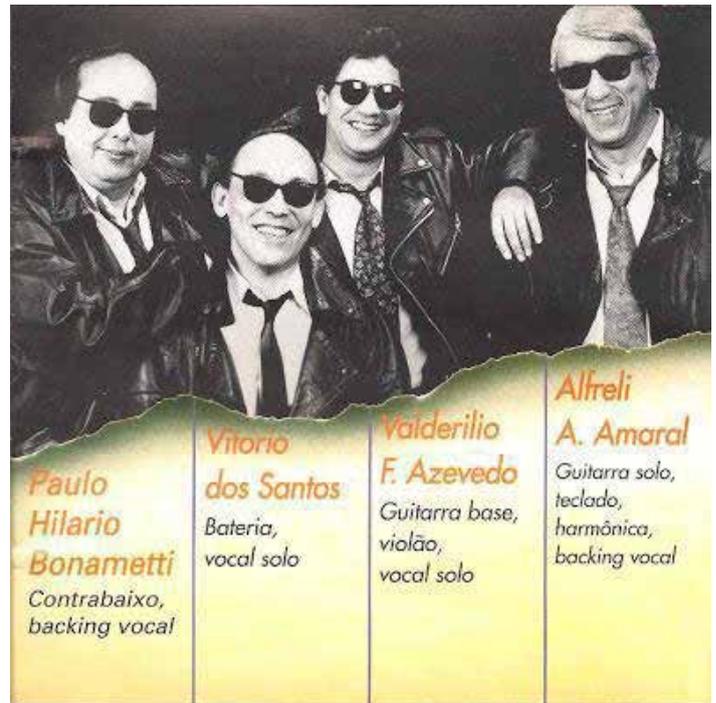
**REUMATO EM REVISTA - Qual o seu projeto na música marcou mais?**

**VALDERILIO** - Na minha carreira artística, sim, sou profissional, tenho registro na Ordem dos Músicos, foram vários projetos marcantes. Participei de muitos festivais e conheci muita gente. Talvez minha participação na banda "Os Metralhas" tenha sido uma das experiências que mais me abriu portas artísticas e me deu grandes emoções. Tive a oportunidade de tocar com essa famosa banda do Paraná, dezenas de vezes, no Cavern Club, em Liverpool, durante o Festival Internacional dos Beatles. Participamos muitas vezes com matérias na Revista Oficial do evento. De 1994 a 2001 foram dezenas de shows, todos os



*REUMATO EM REVISTA - Como estão sendo as apresentações na Internet em tempos de isolamento social?*

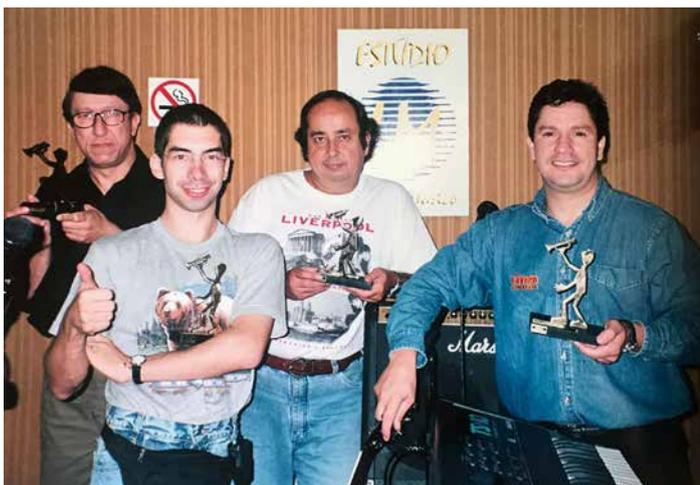
**VALDERILIO** - Em tempos de Covid19, temos tido um feedback favorável de nossas lives por meio de nossos amigos e fãs. Temos feito transmissões pelo Youtube, facebook e instagram. E com isso damos o exemplo, "fique em casa", até essa pandemia passar. Estamos aprendendo! No dia 30 de maio nos apresentamos, distanciados, pelo YouTube, em uma live beneficente para arrecadar fundos para os Amigos do HC, entidade que ajuda o nosso Hospital de Clínicas da UFPR. Dividimos a noite com muitos músicos conhecidos aqui do Paraná.



*Show da Heyah em Toronto, Canadá, em evento do GRAPPA 2018*



*Valderilio, há mais de 20 anos, em reportagem veiculada no jornal do HC sobre a sua vida de médico e artista*



*Ganhando o prêmio Saul Trumpet de Melhor Banda do Paraná, com os Metralhas, em 1999*

# Rock <sup>in da</sup> House especial



LIVE EM PROL DOS AMIGOS DO HC

QUEEN IMMORTAL - ROGERIO CORDONI - BANDA HEYAH



YOUTUBE/MUNDOLIVREFM

19H - 30/05



MUNDOLIVREfm  
UMA ATITUDE SONORA



Associação dos Amigos  
do Hospital de Clínicas



*Valderilio Feijó Azevedo em foto clássica no Cavern Club, Liverpool, Inglaterra, em 2003*



*Valderilio tocando com a Camerata Arturo Toscanini no Teatro Guaíra, em 2019*

*REUMATO EM REVISTA - E os novos projetos?*

VALDERILIO - Fui recentemente convidado para cantar algumas árias de óperas num show que ocorrerá no Museu do Olho de Curitiba. Será o show CWB Eye of Science. Estou ansioso com essa apresentação pois será a minha primeira cantando algumas árias famosas como "Una Furtiva Lagrima", de Donizette, e "Ave Maria", de Schubert, além da famosa "La Donna é Mobile", de Giuseppe Verdi.

Nos meus projetos, embora eu já tenha gravado vários discos, não tenho ainda produzido um disco só com minhas músicas autorais. É o próximo desafio.

# Dr. Valderilio



*Show no Festival Internacional do Vale dos Dinossauros, na Paraíba*

*Conhecimento  
e Talento*

L892r

Loures, Marco Rocha (org.).

Reumato em revista / Organizador: Marco Rocha Loures. – 2. ed. – Maringá, PR :

SPR Publisher Editora, 2020.

48 p.; il.; tabs; fotografias.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-86170-07-8

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

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

CDD 611.7

CDU 611.73

#### ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Sistema ósseo/muscular.

2. Medicina: sistema muscular; sistema ósseo.



### REUMATO EM REVISTA

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

Edições em 2020: Jan/Fev/Mar, número 1; Abr/Mai/Jun, número 2; Jul/Ago/Set, número 3.

Editor: **Marco Antonio Araújo da Rocha Loures** - E-mail: [mloures@gmail.com](mailto:mloures@gmail.com)

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

Acesse a Sociedade Paranaense de Reumatologia na web:



Site: [www.reumatologiapr.com.br](http://www.reumatologiapr.com.br)



Facebook: [www.facebook.com/](http://www.facebook.com/)



9786586170078