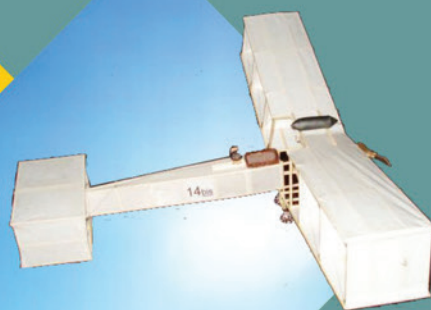


REUMATO

Em Revista

Jan-Fev-Mar-Abr/2021 - Número 4



*Navegar (e voar)...
é preciso*



SOCIEDADE
PARANAENSE DE
REUMATOLOGIA

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

XELJANZ[®]

citrato de tofacitinibe

Uma alternativa ao tratamento injetável.⁵

10 estudos clínicos comprovando eficácia⁶⁻¹⁵

9,5 anos de dados de segurança¹⁵

Com a vantagem de ser oral⁵

Disponível no Sistema Único de Saúde para AR⁵



Posologia para o paciente de AR ou APs¹

1 Comprimido 5mg
2X ao dia¹

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

Administrado via oral com ou sem alimento¹

COMPRIMIDO¹

- SEM injeções¹**
- SEM infusões¹**
- SEM jejum¹**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1. Bula de Xeljanz[®]. Disponível em www.pfizer.com.br/bulas/2. Diário Oficial da União (DOU - 06/12/2014). link: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/12/2014&journal=1010&pagina=138totalArquivos=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&journal=5316&pagina=248totalArquivos=51>. Acessado em: 03/4. Diário Oficial da União (DOU - 13/03/2019). link: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/03/2019&journal=5316&pagina=248totalArquivos=74>. Acessado em: 02/03/2020. 5. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatóide (PCDT 2019). link: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/relatorio_PCDT_Artrite_Reumatoides_CPT1_2019.pdf. Acessado em 02/03/2020. 6. Fleischmann, R., et al. (2012). "Placebo-controlled trial of tofacitinib monotherapy in rheumatoid arthritis." *New England Journal of Medicine* 367(6): 495-507. 7. Van Vollenhoven, R. F., et al. (2012). "Tofacitinib or adalimumab versus placebo in rheumatoid arthritis." *New England Journal of Medicine* 367(6): 508-519. 8. Burnstein, G. R., et al. (2013). "Tofacitinib (CP-690,550) in combination with methotrexate in patients with active rheumatoid arthritis with an inadequate response to tumour necrosis factor inhibitors: a randomised phase 3 trial." *The Lancet* 381(9865): 451-460. 9. Kremer, J., et al. (2013). "Tofacitinib in combination with nonbiologic disease-modifying antirheumatic drugs in patients with active rheumatoid arthritis: a randomized trial." *Annals of internal medicine* 159(4): 253-261. 10. Van Der Heijde, D., et al. (2013). "Tofacitinib (CP-690,550) in patients with rheumatoid arthritis receiving methotrexate: twelve-month data from a twenty-four-month phase III randomized radiographic study." *Arthritis & Rheumatism* 65(3): 559-570. 11. Lee, E. B., et al. (2014). "Tofacitinib versus methotrexate in rheumatoid arthritis." *New England Journal of Medicine* 370(5): 2377-2386. 12. Yamamoto, H., et al. (2016). "Tofacitinib, an oral Janus kinase inhibitor, as monotherapy or with background methotrexate, in Japanese patients with rheumatoid arthritis: an open-label, long-term extension study." *Arthritis research & therapy* 18(1): 34. 13. Fleischmann, R., et al. (2017). "Efficacy and safety of tofacitinib monotherapy, tofacitinib with methotrexate, and adalimumab with methotrexate in patients with rheumatoid arthritis (ORAL Strategy): a phase 3b/4, double-blind, head-to-head, randomised controlled trial." *The Lancet* 390(10093): 457-468. 14. Cohen, S. B., et al. (2019). "Methotrexate withdrawal in patients with rheumatoid arthritis who achieve low disease activity with tofacitinib modified-release 11 mg once daily plus methotrexate (ORAL Shift): a randomised, phase 3b/4, non-inferiority trial." *The Lancet Rheumatology* 11(1): e23-e34. 15. Wollenhaupt, J., et al. (2019). "Safety and efficacy of tofacitinib for up to 9.5 years in the treatment of rheumatoid arthritis: final results of a global, open-label, long-term extension study." *Arthritis research & therapy* 21(1): 89.

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

XELJANZ[®] (citrato de tofacitinibe). **Indicações:** Pacientes adultos com artrite 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 ao metotrexato ou a outros medicamentos modificadores do curso da doença (DMARDs); e para pacientes adultos com colite ulcerativa ativa moderada a grave com uma resposta inadequada, perda de resposta ou intolerância a corticosteróides, azatioprina (AZA), 6-mercaptopurina (6-MP) ou antagonistas do fator de necrose tumoral (TNF). **Contra-indicações:** Hipersensibilidade ao XELJANZ[®] ou a qualquer componente da formulação. **Advertências e Precauções:** Não iniciar XELJANZ[®] em pacientes com uma infecção ativa, incluindo infecções localizadas. Considerar terapia antituberculose antes da administração de XELJANZ[®] em pacientes com uma história de tuberculose latente ou ativa, e para pacientes com um teste negativo para tuberculose latente, mas que possuem fatores de risco para uma infecção por tuberculose. Monitorar o desenvolvimento de sinais e sintomas de infecção, incluindo tuberculose, durante e após o início do tratamento com XELJANZ[®]. Interromper o tratamento se o paciente desenvolver infecção grave, infecção oportunista ou sepse. Cautela ao tratar idosos e diabéticos devido à maior incidência de infecções. O risco de herpes zoster parece ser maior em pacientes japoneses e coreanos tratados com XELJANZ[®]. Cautela nos pacientes com maior risco de perfuração gastrointestinal. Avaliar os pacientes quanto a fatores de risco para TEV. Use 10 mg Xeljanz[®] duas vezes ao dia com cautela em pacientes para os quais 10 mg duas vezes ao dia é a dose recomendada e nos quais os fatores de risco são identificados. Não é recomendado iniciar o tratamento com XELJANZ[®] em pacientes com contagem baixa de linfócitos (ou seja, menor incidência de infecções). Não é recomendado iniciar o tratamento com XELJANZ[®] em pacientes com AN menor do que 1000 células/mm³. Se o AN persistir de 500-1000 células/mm³, interromper a administração até que o AN seja maior do que 1000 células/mm³. Não é recomendado iniciar o tratamento com XELJANZ[®] em pacientes com Hb<9 g/dL. Interromper o tratamento quando Hb<3 g/dL ou quando Hb diminuir >2 g/dL durante o tratamento. O tratamento com XELJANZ[®] foi associado a aumentos nos parâmetros lipídicos. Aumentos no colesterol total e LDL, associados a XELJANZ[®] podem ser reduzidos aos níveis pré-tratamento com uso de estatinas. O tratamento com XELJANZ[®] foi associado com um aumento da incidência de elevação das enzimas hepáticas. A maioria destas anormalidades ocorreu em estudos com base na terapia DMARD. A monitorização hepática de rotina e pronta investigação das causas da elevação das enzimas são recomendadas. Se houver suspeita de lesão induzida por drogas, interromper a administração de XELJANZ[®]. Reações como angioedema e urticária que podem refletir a hipersensibilidade ao medicamento foram observadas em pacientes que receberam Xeljanz[®]. Alguns eventos foram graves. Muitos desses eventos ocorreram em pacientes com histórico de alergias múltiplas. Se ocorrer uma reação de hipersensibilidade grave, 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[®]. O tratamento com XELJANZ[®] não é recomendado no comprometimento hepático grave. A segurança e eficácia de XELJANZ[®] em crianças e adolescentes 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[®]. Dirija veículos e opere 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[®] em monoterapia ou em combinação com DMARDs) são: cefaleia, infecções do trato respiratório superior, nasofaringite, hipertensão, náusea e diarreia. Reações adversas mais comumente relatadas na população com Artrite Psoriásica: bronquite, diarreia, dispepsia, fadiga, dor de cabeça, sinusite e faringite. Além dessas, foram relatadas como comuns: pneumonia, herpes zoster, infecção do trato urinário, aumento de peso, dor abdominal, vômitos, gastrite, artralgia, anemia, priapismo, 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[®] 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: ritonavir) e em pacientes que recebem uma ou mais medicações concomitantes que resultam na inibição moderada da CYP3A4 e inibição potente da CYP2C19 (ex: fluconazol). A administração com inibidores potentes de CYP pode resultar em perda ou redução da resposta clínica (ex: rifampicina). **Posologia** para o tratamento da Artrite Reumatóide: XELJANZ[®] pode ser usado como monoterapia ou em combinação com metotrexato ou outros DMARDs não biológicos. A dose recomendada é 5 mg, via oral, duas vezes ao dia. Posologia para o tratamento da Artrite Psoriásica: A dose recomendada de Xeljanz[®] é de 5 mg administrada duas vezes ao dia, em combinação com DMARDs sintéticos convencionais (csDMARDs). Posologia para o tratamento da colite ulcerativa: A dose recomendada de Xeljanz[®] é de 10 mg administrada oralmente duas vezes ao dia para indução por pelo menos 8 semanas e 5 mg administradas duas vezes ao dia para manutenção. Nenhum ajuste de dose é necessário em pacientes com 65 anos de idade ou mais, em pacientes com comprometimento renal leve e em pacientes com comprometimento hepático leve. A dosagem de Xeljanz[®] deve ser reduzida para 5 mg duas vezes ao dia se o paciente estiver tomando 10 mg duas vezes ao dia e a dose de Xeljanz[®] deve ser reduzida para 5 mg uma vez ao dia se o paciente estiver tomando 5 mg duas vezes ao dia em pacientes com comprometimento renal moderado ou grave e em pacientes com comprometimento hepático moderado. Pacientes submetidos à hemodiálise devem receber a dose de XELJANZ[®] após a sessão do dia. Caso essa tenha sido administrada antes do procedimento de diálise, doses suplementares não são recomendadas no período pós-dialítico. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. MS - 1.211.10.0465.** Para informações complementares, 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 04717-104 Tel: 0800-0160625. www.pfizer.com.br. Wyeth é uma empresa do Grupo Pfizer.

AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.



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



PP-XEL-BRA-0410 - Outubro/2020

Artrite Reumatóide (AR) e Artrite Psoriásica (APs)

A informação e o prazer da leitura

Chegamos à quarta edição da nossa Reumato em Revista.

Precisamos confessar a nossa alegria com esta publicação, a começar pelo apoio dos colegas reumatologistas, tanto na participação com textos e estudos, quanto com a leitura, a divulgação e o tão gratificante retorno, carinhoso e motivador.

Nas páginas das nossas revistas estamos mostrando o quanto amamos a nossa especialidade, o quanto estudamos e contribuímos para os tratamentos bem-sucedidos de nossos pacientes.

A troca de informações é sempre um caminho importante na medicina. Este número quatro traz relatos de casos muito interessantes e raros, com muitas informações relevantes.

Além da parte científica, muito tem agradado a todos as nossas entrevistas sobre os hobbies e as paixões dos colegas. Neste número 4, a entrevista surpreende e compartilha conosco as habilidades do colega Antonio Techy, contada por ele e relatada aqui de uma forma estimulante e cheia da sensibilidade.

O lado humano dos médicos apareceu ainda mais neste período difícil, de tantas mudanças e adaptações, de reconstruções e expectativas.

Os bons sentimentos e valores são cada vez mais exigidos entre nós, profissionais, e cada vez mais desejados pelas pessoas que nos procuram.

Estamos conscientes do nosso papel e felizes pela união da reumatologia paenaense em favor da medicina e do bem-estar dos nossos pacientes.

Ficamos felizes que esteja aqui com a gente!

Boa leitura!



MARCO ROCHA LOURES,
Editor da REUMATO EM REVISTA

8

SÍNDROME PFAPA

Caso raro de Síndrome PFAPA em mulher jovem como diagnóstico diferencial de Doença de Beçhet.



7

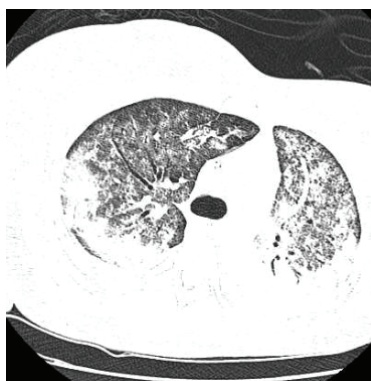
PALAVRA DO PRESIDENTE

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

14

OXIGENOTERAPIA

Casos de tratamentos para cicatrização e outras aplicações da oxigenoterapia.



22

RELATO DE CASO

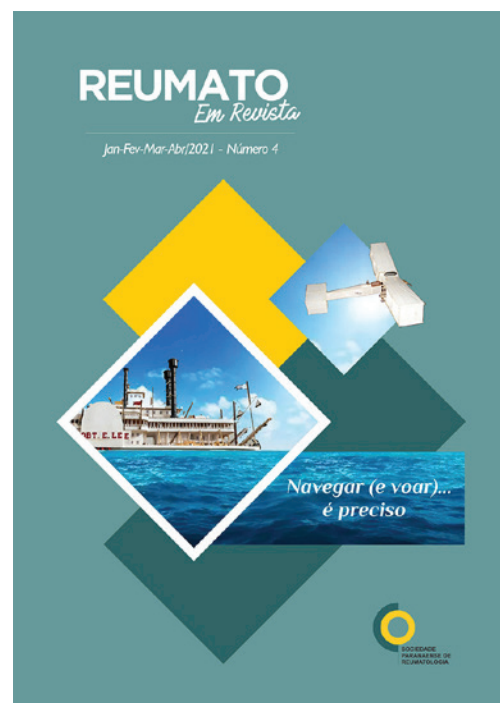
Granulomatose com poliangiíte desencadeada por dengue.



30

NAVEGAR (E VOAR)... É PRECISO

Entrevista com o Dr. Antonio Techy, reumatologista na cidade de Ponta Grossa. Dono de grande criatividade e habilidades manuais, transforma ideias em objetos.



JAN/FEV/MAR/ABR 2021
Número 4
Sociedade Paranaense de
Reumatologia

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

Presidente da SPR:
Dr. Antonio Carlos Monteiro
Ribas

Comissão de Mídias:
Coordenador,
Dr. Valderílio Feijó Azevedo

Jornalista:
Diniz Neto

- 3** Palavra do Editor,
Dr. Marco Rocha Loures
- 4** Índice
- 6** Diretoria da Sociedade Paranaense de
Reumatologia (SPR)
- 6** Expediente
- 7** Palavra do Presidente,
Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas
- 8** Síndrome PFAPA em mulher jovem como
diagnóstico diferencial de Doença de
Beçhet
- 14** Casos de oxigenoterapia e tratamento
de feridas
- 22** Granulomatose com poliangiíte
desencadeada por dengue
- 29** Resultados do Prêmio Acir Rachid 2020
- 30** Entrevista com o Dr. Antonio Techy



SOCIEDADE
PARANAENSE DE
REUMATOLOGIA



DIRETORIA EXECUTIVA

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

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

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

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

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

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

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

COMISSÃO CIENTÍFICA

Diretor Científico: **Dra. Carolina de Souza Müller.**

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

COMISSÃO DO INTERIOR

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

COMISSÃO DE MÍDIAS

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

Dra. Sinara da Silva Freitas, Dra. Maria Cristina Wallbach, Dra. Deborah Colombo Ito, Dra. Juliana Simioni, Dra. Ana Carolina Beer Baumle Cubilla, Dr. Leonardo Michaelis Schmidt, Dra. Bruna Chu e Dra. Fernanda Borghi.

COMISSÃO DOS EX-PRESIDENTES

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

SOCIEDADE PARANAENSE DE REUMATOLOGIA (SPR)

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

Fone: (41) 3324-6562

E-mail: reumatopr@gmail.com

Site: reumatologiapr.com.br

WhatsApp: +55 (41) 41 99512-4567

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

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

Caros colegas

Iniciando esta nova gestão na Sociedade Paranaense de Reumatologia damos as boas-vindas a todos os reumatologistas do Paraná e a todos aqueles que recebem a 4ª. Edição da Reumato em Revista, um dos principais meios de comunicação da SPR com seus associados.

Neste ano, em virtude da pandemia que não nos tem deixado tranquilos, os trabalhos da SPR serão virtuais. A diretoria da SPR está trabalhando muito pela possibilidade de termos reuniões científicas híbridas no segundo semestre deste ano, mas irá depender de como estaremos em relação à segurança de todos os colegas.

Este é um ano muito especial pois a Sociedade Paranaense de Reumatologia completa 50 anos de atividades ininterruptas e tem se tornado cada vez mais profissional e em crescimento constante, com reuniões científicas que trazem aspectos práticos das doenças da Reumatologia, sempre com professores de alto nível, a fim de que todos nós possamos usufruir dos conhecimentos e utilizar em nossa clínica diária.

Estamos com o firme propósito de uma gestão participativa na qual todos possam contribuir com ideias inovadoras para o crescimento da SPR e, com isso, torná-la conhecida em todo o Brasil. Para isto foi criada a Comissão de Mídias com um excelente grupo de colegas, extremamente atuantes e interativos, e que têm trazido informações principalmente pelo Instagram aos reumatologistas, pacientes, interessados e a colegas de outras especialidades, com vistas a tornar a nossa Sociedade bastante conhecida e com um caráter informativo e cultural todas as semanas. Também foi incluída uma revisão de atualização de nossos Estatutos através de uma Comissão especialmente criada para essa finalidade, já bastante adiantada em seu projeto e com mudanças que refletem o posicionamento da SPR em conformidade com a Sociedade Brasileira de Reumatologia, buscando maior agilidade nos processos de trabalho.

Estamos convictos de que a Sociedade Paranaense de Reumatologia é e será cada vez mais forte para que todos tenham orgulho de pertencer a ela.

Solicitamos a todos os colegas que não deixem de prestigiar a SPR, estimulando os novos reumatologistas a se associarem tornando a nossa Sociedade muito mais ativa e cada vez melhor.

Boa leitura!



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

Título:

***Síndrome PFAPA em mulher jovem
como diagnóstico diferencial de
doença de Beçhet***



DIOGO CUNHA LACERDA

Autores:

Diogo Cunha Lacerda

Christina Covolo de Carvalho

Júlio Moisés Cavalheiro

Giulia Gabriella de Melo Fritz

Título:

Síndrome PFAPA em mulher jovem como diagnóstico diferencial de Doença de Behçet

RELATO DE CASO:

Paciente, feminina, 23 anos, previamente hígida, com amigdalectomia há 12 anos, iniciou há 1 ano com crises mensais de febre alta (39 °C), odinofagia, adenite cervical (fig. 1 e fig. 2), cefaléia e vômitos e importante debilitação física, com duração de 5 dias e melhora total espontânea. Durante o período inter-crisis paciente apresentava-se assintomática. Em uma das crises manifestou uma úlcera genital dolorosa (fig. 3), a qual foi avaliada pela ginecologia, e após, diagnosticada como Úlcera de Lipschutz pós Mononucleose, apresentando melhora após duas semanas, deixando discreta cicatriz (fig. 4). Além disso, teve outra crise associada à aftas orais com placas características de faringite exsudativa não infecciosa (fig. 5 e fig. 6). Em ambas as lesões apresentadas, Úlcera de Lipschutz e estomatites aftosas, houve melhora significativa com uso irregular de corticoide sistêmico. Nas últimas crises, a paciente notou melhora importante com uso de corticoterapia em doses moderadas – Prednisona 40mg – logo no início dos sintomas, relatando melhora da febre e das linfonomegalias em poucas horas, porém, com recidiva da sintomatologia após um mês.

Na investigação direcionada, a paciente negava dores articulares, lesões cutâneas, alopecia, xerostomia, xeroftalmia, lesões oculares e sintomas neurológicos. Foi realizada então extensa investigação clínica, incluindo avaliação da Infectologia, a qual não identificou causa infecciosa para os episódios de febre recorrentes. Ademais, fora realizada extensa investigação laboratorial direcionada para as afecções reumáticas, dentre os exames feitos, pode-se destacar: FAN, Fator Reumatóide, Complemento, ANCA, Anticardiolipina, Anticoagulante Lúpico, obtendo todos os resultados dentro dos padrões de normalidade. Com relação aos exames alterados, a investigação constatou que as provas de atividade inflamatória estavam elevadas durante as crises da paciente, VHS=70mm (< 20) e PCR: 4,5 (< 0,5), além da presença de discreta anemia: Hb= 10,9 e Ht=31. Tais resultados foram avaliados pela Hematologia e manteve-se

sem conclusão diagnóstica.

Por fim, durante investigação do caso, aventou-se a hipótese de Doença de Behçet, devido à presença de úlcera oral e genital (com discreta sequela) e sem recidiva. Entretanto, com base nos dados clínicos, avaliação de especialistas, contexto da sintomatologia apresentada e pela melhora considerável com uso de corticoterapia, foi definido um diagnóstico clínico raro, mais comumente encontrado em crianças, a chamada Síndrome PFAPA, caracterizada por febres periódicas com estomatite aftosa, faringite e adenite.

Desse modo, pelas manifestações clínicas, pela periodicidade mensal das crises com picos febris, associado à linfonomegalias, os sintomas e as características se enquadram com a Síndrome PFAPA.

Caso raro e incomum.
A indicação de Doença de Behçet foi substituída pelo diagnóstico final de Síndrome PFAPA



Figura 1 - Adenite cervical



Figura 2 - Adenite cervical



Figura 3 - Úlcera genital em atividade

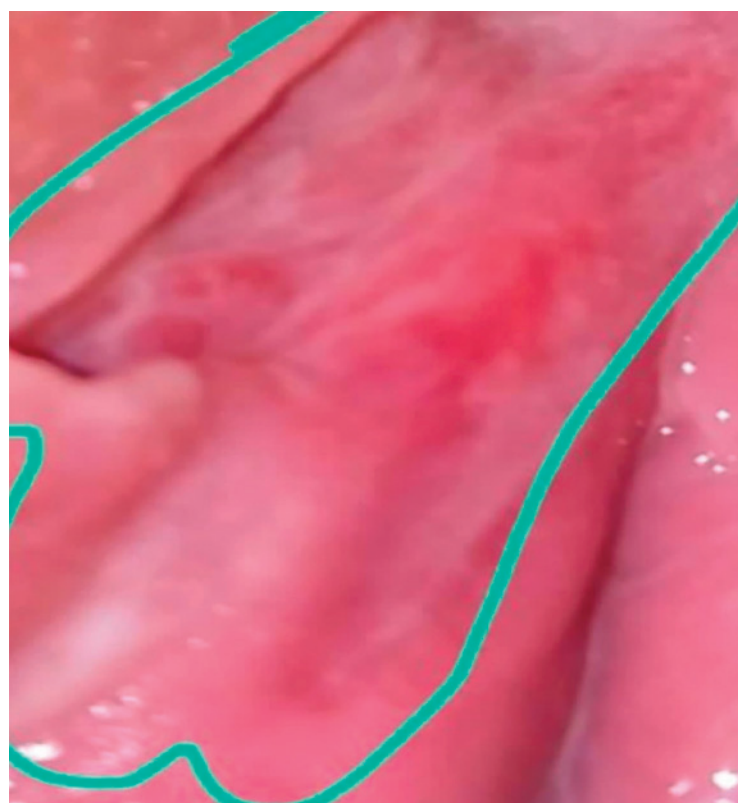


Figura 4 - Úlcera genital cicatrizada

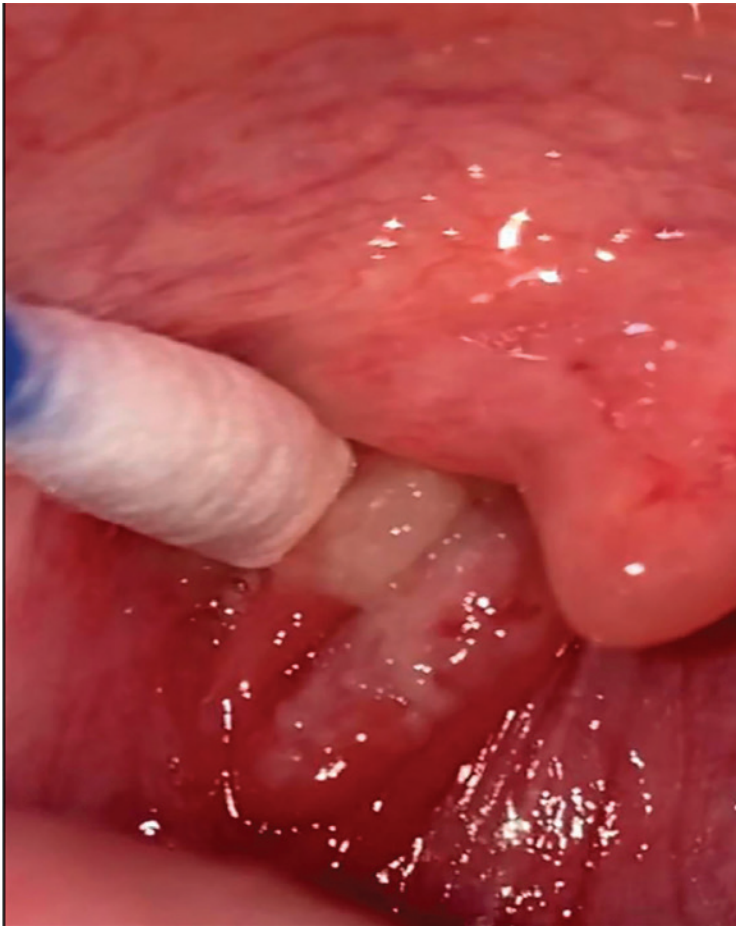


Figura 5 - Faringite exsudativa não infecciosa

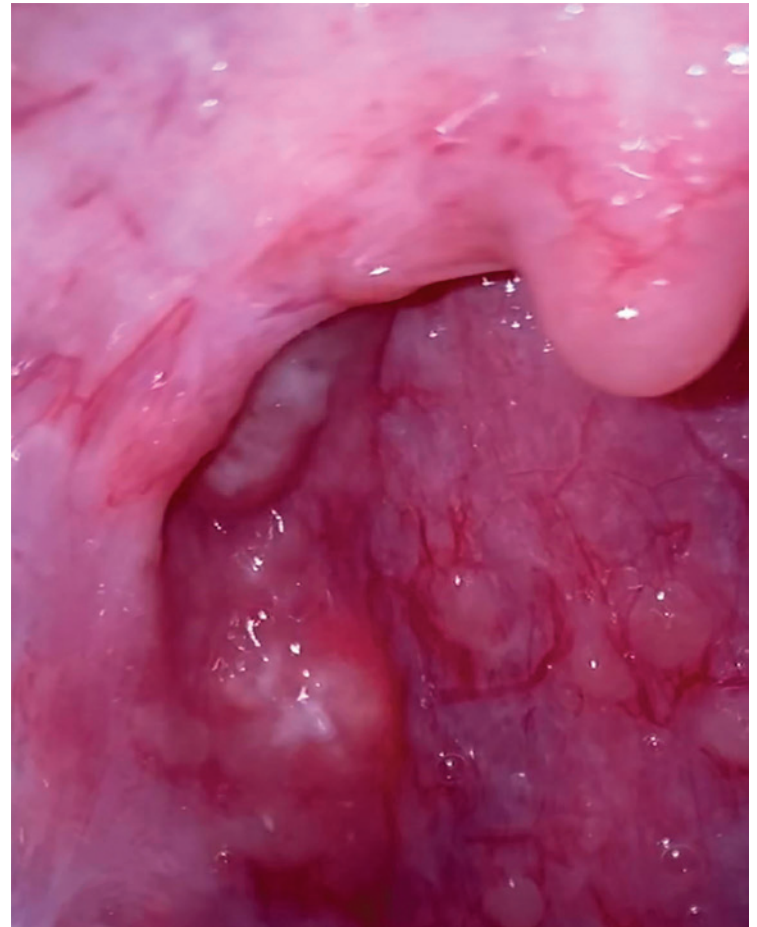


Figura 6 - Aftas orais

DISCUSSÃO:

A síndrome PFAPA (Febre periódicas/Aftas orais/Faringite/Adenite cervical) é uma doença rara e autoinflamatória, bimodal, não, genética, usualmente com início antes dos 5 anos de idade, com frequente resolução espontânea na adolescência, porém, possui capacidade de se prolongar até a vida adulta. Caracterizada por sintomas como febre periódica, aftas orais, faringite e adenite cervical. Para realização do diagnóstico, existem os critérios pediátricos e os adultos que foram estabelecidos por Marshal em 1987(2) e revisados por Thomas(2) em 1999. Para fins de elucidação do nosso caso clínico foi abordado o diagnóstico da doença no adulto, sendo os critérios:

I- Febre regular recorrente a partir dos 16 anos de idade

II- Presença de pelo menos um sintoma – faringite edematosa e/ou adenite cervical

III- Provas inflamatórias elevadas nas crises e normais entre elas (PCR, VHS, SAA, proteína amilóide sérica)

IV- ausência dos sintomas no intervalo das crises.

Não é necessário que haja apresentação de

todos os critérios diagnósticos, no entanto, há dois que devem estar presentes, sendo eles a periodicidade dos sintomas e ausência de sintomas no período intercrises. O diagnóstico é, em geral, de exclusão, com as doenças febris recorrentes e doenças imunomediadas sendo os principais diagnósticos diferenciais, Amigdalite Recidivante, Artrite Idiopática Juvenil, Neutropenia Cíclica Familiar, Febre Familiar do Mediterrâneo, Síndrome de Hiperglobulinemia D e Doença de Behçet. (1) (2) (3) (4)

Figura 5 – Faringite exsudativa não infecciosa

Figura 6 – Aftas orais

O tratamento da síndrome PFAPA pode ser clínico e cirúrgico. O primeiro consiste na utilização de corticoterapia – Prednisona ou Prednisolona em posologia de 1-2mg/kg, que é usado nas crises agudas com a característica de uma melhora dramática em algumas horas após a primeira dose. Além da fase aguda tem medicações que atuam na profilaxia das crises e como poupadores de corticóides como a colchicina (ação antineutrófila) (2), a cimetidina (um antagonista do receptor de tipo 2 de histamina que, apesar de ser um potente

inibidor da secreção do ácido gástrico apresenta também propriedades imunomoduladoras inibindo a ativação e quimiotaxia de linfócitos T) (2) e partindo do pressuposto que a microbiota oral esta envolvido no mecanismo da doença, os extratos bacterianos (Probióticos) (2) poderiam diminuir as crises. Existem também relatos na literatura do uso em casos refratários dos imunobiológicos, bloqueadores de interleucina 1 como o Anakinra e o Canaquinumabe (2). Já o tratamento cirurgico consiste na realização de amigdalectomia, a qual se mostra com grande efetividade em amenizar a sintomatologia e as crises da doença.

Devido aos sintomas apresentados sugerirem Doença de Behçet, esta foi evidenciada com principal diagnóstico diferencial deste caso clínico. A Doença de Behçet é uma vasculite inflamatória sistêmica, que geralmente acomete população entre 2ª e 4ª décadas de vida. Afecção de etiologia desconhecida, que possui associação com a mutação do alelo HLB-B51, localizado no cromossomo 6p. Para o diagnóstico é preciso do auxílio de critérios clínicos publicados pelo Internacional Study Group (ISG), que contém: Úlceras Orais recorrentes (3 vezes ao longo do ano) mais duas das seguintes características: úlcera genital recorrente, lesão ocular (uveíte anterior, posterior, vitrite ou vasculite retiniana), lesão cutânea (eritema nodoso, pseudofoliculite ou lesões papulopostulosas) e teste de patergia positivo (pústula após 24-48h local na picada estéril) (3).

Em consequência da apresentação de lesões orais e vaginais, além da paciente se enquadrar na faixa etária dos pacientes acometidos pela Doença de Behçet, sugeriu-se então, este diagnóstico. No entanto, na investigação, ao evidenciar a presença de febre alta periódica que não é comum no Behçet, associada à apresentação de linfonodomegalias e faringites exsudativas não infecciosas, teste de patergia negativo com a ausência do acometimento ocular e neurológico, e a melhora dramática das crises com uso de corticoterapia, o diagnóstico se expressou mais a favor da Síndrome PFAPA.

Outro dado importante foi que a paciente já tinha sido submetida a amigdalectomia há 12 anos, ficando reservado para o caso apresentado o tratamento clínico com corticóide e drogas poupadoras de corticóide.

CONCLUSÃO:

A síndrome PFAPA é uma rara condição cujo maior acometimento ocorre em crianças, apresentando-se com faringoamigdalites, linfonodomegalias,

aftas orais e febre periódica. A maior adversidade apresentada no caso relatado é a ausência de um exame que defina o diagnóstico, a idade da paciente, sendo uma jovem de 23 anos, o que torna o caso ainda mais incomum. Além disso, a paciente possuía sintomas e idade sugestivos para Doença de Behçet – úlceras orais e genitais – dificultando ainda mais o raciocínio para Síndrome PFAPA.

Soma-se a isso, a importância de salientar que, dentre o grupo de doenças que cursam com febre periódica, destaca-se a Neutropenia Cíclica familiar, Amigdalite Bacteriana de repetição, Artrite Idiopática Juvenil e a Síndrome de Hiperglobulinemia D.

Em suma, o caso supracitado evidencia dificuldade para diagnosticar a Síndrome PFAPA, inicialmente por conta da variedade de diagnósticos diferenciais, seguido do fato de se tratar de uma afecção incomum na prática diária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. MOREIRA F, et al. Síndrome PFAPA - Caso clínico. Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. 2012;; p. 165-169.
2. MENDONÇA O, et al. Síndrome PFAPA (febre periódica, aftas orais, faringite e adenite cervical) em crianças e adultos. Arquivos de Asma e Alergia e Imunologia. 2019;; p. 29-36.
3. COUTINHO I, et al. Doença de Behçet ocular: a nossa realidade. Revista Brasileira de Oftalmologia. 2017;; p. 210-212.
4. BERTOLLO M, CARVALHO M, LANNA C, FERREIRA G. Reumatologia - Diagnóstico e Tratamento 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019

AUTORES:

Diogo Cunha Lacerda – Médico Reumatologista, professor do curso de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz.

Christina Covolo de Carvalho – Médica Hematologista.

Júlio Moisés Cavalheiro – Acadêmico interno do 6º ano do curso de Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz.

Giulia Gabriella de Melo Fritz – Acadêmica interna do 5º ano do curso de Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz.

Casos de oxigenoterapia e tratamento de feridas



MEDICINA HIPERBÁRICA

OXIGENOTERAPIA / TRATAMENTO DE FERIDAS



Autores:
Marco Antonio Rocha Loures
Vinicius Pena
Orides Merino
Edgar Valente
Felipe Rocha Loures
João Félix da Silva Júnior

Tratamentos: *Casos em medicina hiperbárica*

O que é?

Oxigenoterapia hiperbárica (OH) é definida como uma intervenção em que um indivíduo respira perto de 100% de oxigênio intermitentemente dentro de uma câmara hiperbárica que é pressurizada maior do que a pressão do nível do mar (1 atmosfera absoluta [ata])” (1).

A câmara sofre pressão atmosférica como se estivesse a 13 metros da superfície do mar, fazendo com que o oxigênio oferecido seja totalmente aproveitado pelo paciente. Seria como uma “inalação” pressurizada, ou como um submarino imerso.

Histórico

A primeira câmara foi construída e dirigida por um clérigo britânico chamado Henshaw em 1662, mas foi somente em 1917 que os inventores alemães Bernhard e Heinrich Dräger aplicaram com sucesso oxigênio pressurizado para tratar doença de descompressão devido a acidentes de mergulho.

A doença da descompressão permaneceu a única indicação por muito tempo, mas a OH tem sido mais recentemente investigado como um tratamento primário ou adjuvante para uma série de lesões e condições médicas, incluindo isquemia traumática, lesões necrotizantes nos tecidos moles, úlceras não curativas e osteoradionecrose (1).

Com funciona?

A oxigenoterapia hiperbárica (OH) aumenta a saturação de hemoglobina e leva a um aumento de dez a vinte vezes na quantidade de oxigênio dissolvido no plasma, possibilitando entregar maior pressão parcial de oxigênio aos tecidos.

Os efeitos terapêuticos incluem a diminuição de edema, proliferação de fibroblasto oxigênio-dependente, neo-angiogênese, combate oxidativa aos leucócitos que contenham bactérias, elevação de radicais livres e diminuição de substâncias tóxicas (2).

O crescente interesse da OH em medicina clínica e cirúrgica é pelo seus efeitos fisiopatológicos, ainda não bem entendidos, apesar de seu efeito ser altamente benéfico. Feridas, infecções, traumas e cirurgias envolvem vários mediadores químicos, que comprometem citocinas, prostaglandinas e óxido nítrico (2).

A OH suprime transitoriamente a produção de citocinas pró-inflamatórias produzida por estímulo

e afeta a liberação de TNF α e endotelinas. Os níveis de VEGF (fator de crescimento endotelial vascular) são aumentados, enquanto os valores de PGE2 e COX2 são marcadamente reduzidos com a oxigenoterapia (3).

Úlceras crônicas em doenças reumáticas e vasculites auto imunes podem receber ajuda adjuvante da OH, com resultados compensadores de resolução (2).

Estudos no tratamento da Osteonecrose de cabeça femoral também já foram relatados, porém mais estudos necessitam ser realizados (2).

A OH inibe efeitos nociceptivos mediada pela liberação neural dependente de óxido nítrico de peptídeos neurais (2).

Indicações

Fraturas ortopédicas de difícil resolução (fratura de fêmur em idosos), fraturas cominutivas, osteonecroses, dores crônicas de várias etiologias (fibromialgia), vasculites autoimunes (2) .

Estudo de revisão de um grupo da Itália de 2020, levantou a hipótese e que os mastócitos talâmicos podem contribuir para a inflamação e a dor, ao liberar moléculas neuro-sensibilizantes como a histamina, TNF α , IL-1 β e peptídeos relacionados ao gen da calcitonina, que estimulam neurônios nociceptivos , que são modulados pela Oxigenioterapia Hiperbárica (OH), assim como modula a ativação de Th1 na fibromialgia (4).

Vasculites primárias e secundárias (AR, Lúpus, Doença Mista e Esclerodermia) respondem bem ao tratamento com OH (2). Trabalhos com tromboangiite obliterante evidenciaram boa resposta clínica com OH (5).

As seleções de futebol da Alemanha, dos EUA e do Japão, sempre levam câmaras hiperbáricas monoplaces em jogos de Copa do Mundo, na recuperação rápida de atletas que sofrem lesões musculares. Grandes equipes, de vários tipos de esportes, usam a OH para a recuperação de atletas. O jogador Gabriel Jesus, do Manchester City, usou OH no tratamento de fratura de osso de dedo do pé, assim como o jogador Cristiano Ronaldo usou para recuperação de estiramento muscular.

Visão geral

Pesquisas e estudos futuros podem identificar quais as pacientes que podem se beneficiar com a OH. Sendo tratamento adjuvante, auxilia bastante os



Cristiano Ronaldo usa HBOT em seus tratamentos para apressar recuperação. O Corinthians tem uma câmara hiperbárica no seu Centro de Treinamentos

tratamentos básicos, definindo o momento ideal da intervenção em cada patologia e em cada paciente em particular.

Lesões vasculares, feridas causadas pela diabetes, infecções resultantes do Fournier respondem muito bem ao tratamento da Medicina Hiperbárica.

As Câmaras Hiperbáricas podem ser disponibilizadas em monoplace (somente um lugar) ou multiplace (de 6 a 14 lugares)

Referências

- 1 – Tibbles PM. Edelsberg Hyperbaric-oxygen therapy. N Eng J Med 1996; 334, Jun, 1642-1648.
- 2 – Barilano G, Masala IG, Parrachini R et al. The Role of Hyperbaric Oxygen Therapy in Orthopedics and Rheumatological Diseases. IMAJ: 2017 vol 19 July 429-434.
- 3 – Al-Waili NS, Butler GJ. Effects of Hyperbaric Oxygen on Inflammatory Response to Wound and Trauma: Possible Mechanism of Action. The Scientific World Journal; 2006 6 425-441.
- 4 – Bazicchi L et al. One year in review 2020: fibromyalgia.
- 5 – Hemsili D, Altun G, Kaplan ST. Hyperbaric oxygen treatment in thromboangiitis obliterans: a retrospective clinical audit. 2018; 48 march 31-35.



Indicações

- Arterial air or gas embolism
- Acute decompression illness
- Acute carbon monoxide poisoning/carbon monoxide poisoning complicated by cyanide poisoning
- Necrotising soft tissue infections
- Acute thermal burns
- Crush injury, compartment syndrome, other traumatic ischemias
- Gas gangrene (clostridial myonecrosis)
- Compromised graft or flap preservation
- Arterial insufficiency: central renal artery occlusion, to enhance healing of selected problem wounds
- Intracranial abscesses
- Severe anemia
- Chronic refractory osteomyelitis
- Osteoradionecrosis, soft tissue radiation necrosis
- Sudden idiopathic sensorineural hearing loss

Síndrome de Fournier por diabetes II

Sd. Fournier dx em 04/out/16 submetido a colostomia protetora, SVD, e antibioticoterapia curativo com saf-gel.

HAS + DM2 em uso e losartan e metformina
Nega TBG, claustrofobia, neoplasia prévia, doenças pulmonares, doenças auditivas, macro ou microcomplicações da DM2.

Paciente E. S. O., 61 anos. Fez 40 sessões.



Antes



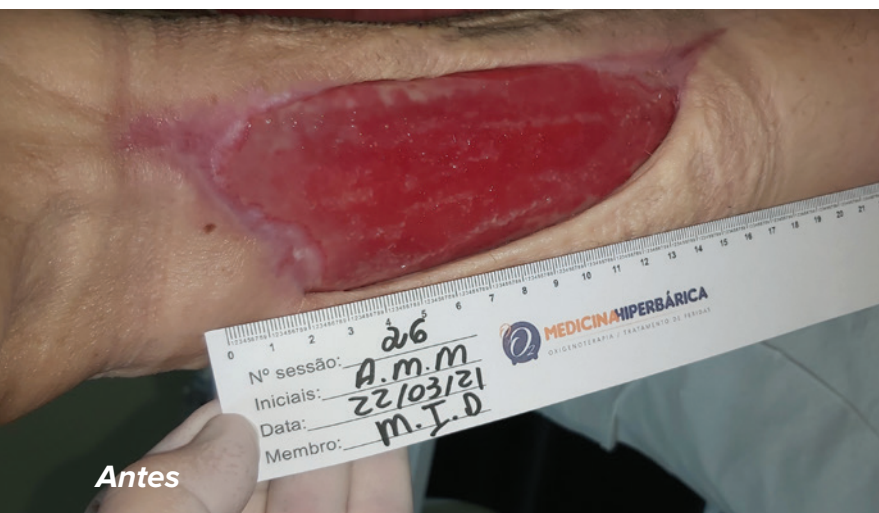
Depois

Paciente diabético

Paciente diabético de difícil controle. Apresentou quadro de celulite e abscesso em coxa direita. Foi submetido a desbridamento cirúrgico há 4 semanas.

No exame, apresentou ferida em face posterolateral da coxa de 30cmx5cm, com secreção serosa, sem odor fétido.

Paciente com 67 anos.



Antes



Depois

Pioderma gangrenoso

Pioderma gangrenoso?

Em investigação e seguimento com Reumatologia e Dermatologia do HU e com crescimento de *S. epidermidis* e *K. pneumoniae* S: tigeiclina (já em uso associado a anfo B).

TAB - uso de haldol e ácido valpróico

Medicação:

- MetilPD N 125mg/dia
- Haloperidol 1mg VO 1-0-1
- Ranitidina 50mg ev 1-0-1

- Anfo B 50mg/dia

- Valproato de Na⁺ 250mg 1-0-1

- Ondansetrona 8mg 1-0-1

- Ciclosporina 150mg 1-0-1

Sem contraindicações a câmara hiperbárica.

Escala USP G. II.

Paciente S. U. S., 34 anos. Fez 17 sessões.



Trombose obliterante

Paciente acometido com trombose obliterante, durante um ano e meio.

Feito revascularização há 3 meses. Ex-tabagista.

Amputado metade do 1º pododáctilo pé E.

Com curativos diários e uso de Marevan 5 mg, Cilostazol e Prednisolona 5 mg.

Nega outras comorbidades.

Sem contraindicações a OHB.

Paciente P. S. A., 37 anos. Fez 50 sessões.



Pé diabético

Paciente com diagnóstico de artrite reumatóide, hipertensa, dislipidêmica e diabética, apresentando quadro de pé diabético à direita, submetida a desbridamento cirúrgico extenso e amputação do quinto dedo.

Ao exame, apresenta-se com úlcera plantar extensa com 12cm x 14cm de extensão no pé direito, com amputação do quinto dedo, sem sinais de infecção no momento.



Paciente M.I.F.R.S., 72 anos. Fez 70 sessões de oxigenoterapia.



Avenida Cerro Azull, 2724 - Maringá - PR
Fone: (44) 3221-2740

Título:
**Relatos de *casos* de oxigenoterapia
e tratamento de feridas**



Autores:
***Marco Antonio* Rocha Loures**
***Vinicius* Pena**
***Orides* Merino**
***Edgar* Valente**
***Felipe* Rocha Loures**
***João Félix* da Silva Júnior**

Granulomatose com poliangiíte desencadeada por dengue



DRA. NEIDE TOMIMURA COSTA

***AUTORES**

Dr. *Rodrigo* Maldonado Franco

Dr. *Bruno* Carnevalli

Dra. *Neide* Tomimura Costa

Dra. *Meline Angelica* Cunha Rotter Ferreira

Dr. *Luiz Eduardo* de Paula

Dra. *Cecilia* Resende Brunow Bazzo

Dra. *Anna Herminia* Castro Gomes de Amorim

Dr. *Iurik* Kooiti Uchida

Dr. *João Paulo* Frasson

Dr. *Gustavo* Lawin

Dra. *Milene* Tieno Sakata Vasconcellos

Granulomatose com poliangiíte desencadeada por dengue

RESUMO:

Apresentamos um caso de granulomatose com poliangiíte (GPA) possivelmente desencadeada por dengue em paciente que ao exame clínico não apresentava indícios de acometimento articular ou história prévia de doença pulmonar. Desenvolveu queixas de mialgia, cefaleia e febre, evoluindo com hemorragia alveolar difusa e insuficiência respiratória aguda, necessitando de internação hospitalar e assistência em UTI.

INTRODUÇÃO:

A granulomatose com poliangiíte (GPA) é uma vasculite sistêmica anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) associada que acomete predominantemente vasos de pequeno calibre, e tem característica pauci-imune.

Acomete igualmente ambos os sexos e tem maior incidência na faixa dos 40 anos. Afeta com maior frequência seios da face, pulmões e rins; mas pode afetar territórios como olhos, ouvidos, pele, coração e cérebro.

As manifestações iniciais podem ser inespecíficas, mas sinusite e tosse crônica sugerem a doença, além de destruição de seios paranasais e septo nasal, hemorragia alveolar difusa e cavitações pulmonares. Como manifestação renal, glomerulonefrite pode ocorrer em até 85% dos pacientes com GPA nos primeiros anos de doença. As manifestações variam desde hematúria assintomática com função renal normal, variáveis graus de proteinúria (geralmente subnefróticas), elevação de creatinina, associação com nefropatia membranosa, até glomerulonefrite rapidamente progressiva, que é comum nas vasculites ANCA associadas.

A causa da granulomatose com poliangiíte é desconhecida. No entanto, estudos têm mostrado maior prevalência de anticorpos contra Epstein-Barr vírus e citomegalovírus em pacientes com esta doença. Infecção pelo vírus sincicial respiratório

também foi descrita em associação com esta condição. É possível que infecções virais possam ter um papel na iniciação e exacerbação da doença.

RELATO DE CASO:

LS, sexo feminino, 38 anos, previamente hígida, encaminhada ao Hospital Universitário de Londrina intubada em serviço externo por hemorragia alveolar difusa, para avaliação da Reumatologia. Tinha história de mialgia, cefaleia, febre e plaquetopenia de início em dezembro de 2020.

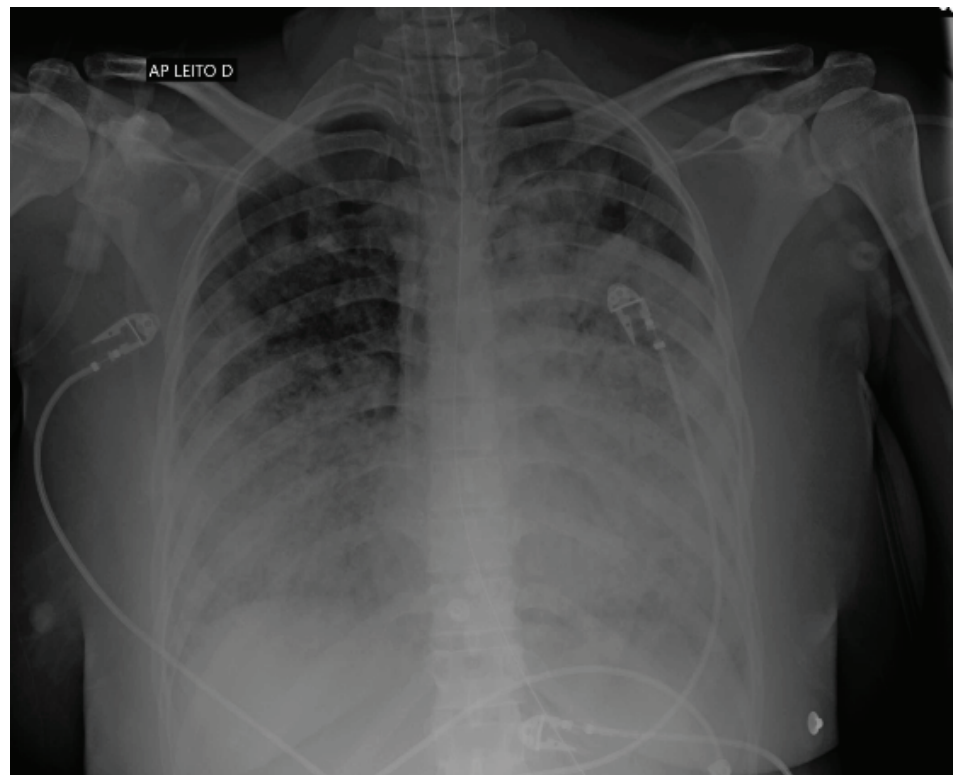


Figura 1

Na avaliação inicial, paciente não apresentava lesões cutâneas, nem artrite ou deformidades, nem úlceras orais; apenas murmúrio vesicular reduzido bilateralmente na ausculta pulmonar e tempo de enchimento capilar aumentado.

Sendo assim, prosseguimos a investigação laboratorial e de imagem:

23/12/2020	23/12/2020
Hemograma completo: Hb 8,5 / Ht 25,7 VCM 85,4 / Leucócitos 9950 / Plaquetas 167mil	C3 103 (normal) C4 16,9 (normal) FAN negativo / FR negativo
Fibrinogênio 349 (normal)	HBsAg Reagente
KPTT 23,4 seg (normal)	AntiHBc Reagente
TAP 85% com INR 1,11 (normal)	AntiHBs Não Reagente
AST 16 / ALT 26 (normais)	Anti-HCV Não Reagente
Ureia 32 / Creatinina 0,56 (normais)	Anti-HIV Não Reagente
PCR 47 / VHS 60 (aumentados)	VDRL Não Reagente
Urina I: Células Epiteliais 1000 Leucócitos 70mil / Hemácias 1.520.000 / Hb 3+ / Proteínas ausentes	c-ANCA 1:80 (positivo)

24/12/2020	28/12/2020
Anti-Proteinase 3 – 215 (moderados a altos títulos)	Sorologia Dengue IgM Reagente (repetido e confirmado dia 02/01/2021)
Razão proteína/Creatinina em Urina Isolada: 1,38	Anti-RNP negativo
Anti-Mieloperoxidase negativo	Proteinúria 24 horas: 1,68g
Anti-Membrana Basal Glomerular negativo	
Anticoagulante Lúpico Presente	
AntiCardiolipina IgM 20,2 (baixos títulos)	
AntiCardiolipina IgG negativo	
Anti-Beta2-Glicoproteína negativo	

30/12/2020	26/01/2021
Ecocardiograma: FE 0,69 / PSAP 74mmHg / Aumento de câmaras direitas / Derrame pericárdico discreto / Remodelamento Concêntrico de VE	Carga Viral Hepatite B: 79 UI /ml (baixos títulos)
USG Abdome Superior: hepatopatia crônica, sinais de barro biliar	

Tomografia Computadorizada de Tórax (25/12/2020):

- Extensas opacidades consolidativas em ambos os pulmões, associado a opacidade em vidro fosco, com predomínio no lobo inferior esquerdo, podendo estar relacionadas a hemorragia alveolar difusa

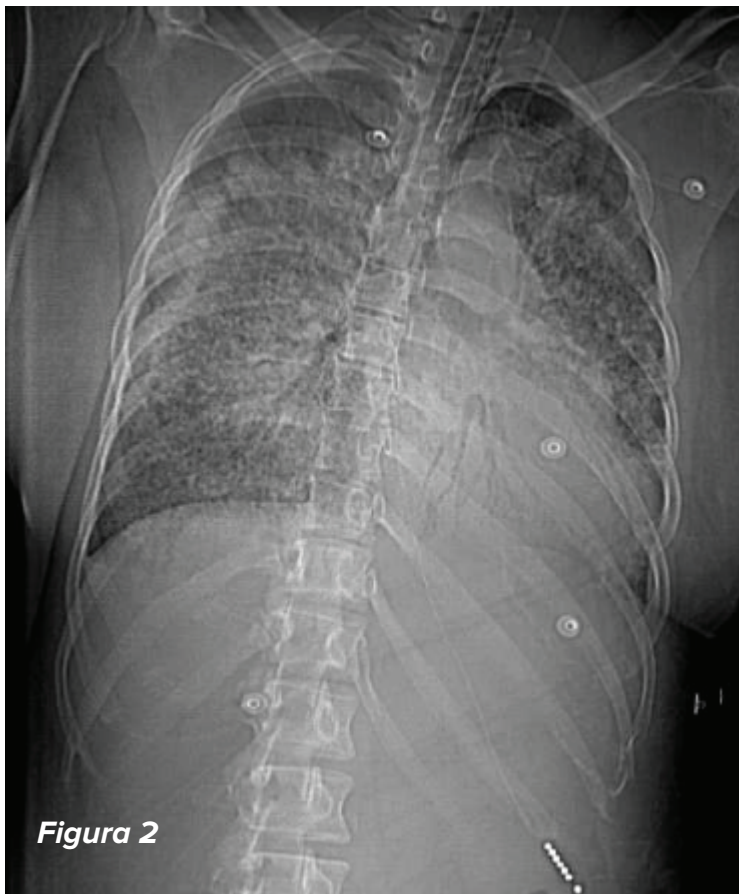


Figura 2

Tomografia Computadorizada de Crânio e Seios Paranasais (12/01/2021):

- Velamento subtotal das células das mastoides bilateralmente, inferindo otomastoidopatia

Após coleta de exames, devido à gravidade do caso, e associação com Hepatite B crônica, antes mesmo do diagnóstico definitivo, foi iniciado tenofovir 300mg por dia com orientação da Infectologia e foi optado pela realização de Imunoglobulina 26 frascos divididos em 4 dias.

Apesar disso, a paciente manteve hemoptise importante, com necessidade de múltiplas transfusões de concentrados de hemácias, e drogas vasoativas para manter uma PAM acima de 65. Foi posteriormente indicada plasmaférese por 5 dias intercalados.

Após um período de uso de tenofovir para a Hepatite B, iniciada pulsoterapia com metilprednisolona 1g por 3 dias, e mantido corticoide na dose de 1mg/kg.

Paciente evoluiu com melhora da hemorragia alveolar, passou por múltiplas infecções hospitalares, com insuficiência renal aguda dialítica e traqueostomia. Ao decorrer da internação, recuperou função renal, cessou hemodiálise, cessou sangramentos, fez decanulação rápida de traqueostomia, e recebeu alta hospitalar.

No retorno ambulatorial, foi iniciada Ciclofosfamida 500mg a cada 15 dias nos primeiros três pulsos, e depois ciclos a cada 3 semanas (com aumento da dose, optado por dose reduzida no início devido à múltiplas infecções graves recentes), com programação de no mínimo 3 a 6 meses.

DISCUSSÃO:

A capilarite pulmonar é uma manifestação presente na granulomatose com poliangiíte; o quadro pode variar desde hemoptise de pequena monta até insuficiência respiratória aguda, por hemorragia alveolar maciça.

A GPA também pode apresentar manifestações granulomatosas, que acometem predominantemente as vias aéreas superiores (rinossinusite; úlceras orais e nasais, com epistaxe; perfuração do septo nasal; nariz em sela) e inferiores (estenose subglótica; estenose endotraqueal; traqueobroncomalácia; nódulos pulmonares cavitados ou não), aparelho auditivo (otite média aguda ou crônica; mastoidite) e a órbita (orbitopatia inflamatória).

O acometimento renal manifesta-se com síndrome nefrítica (hematúria dismórfica glomerular, cilindros

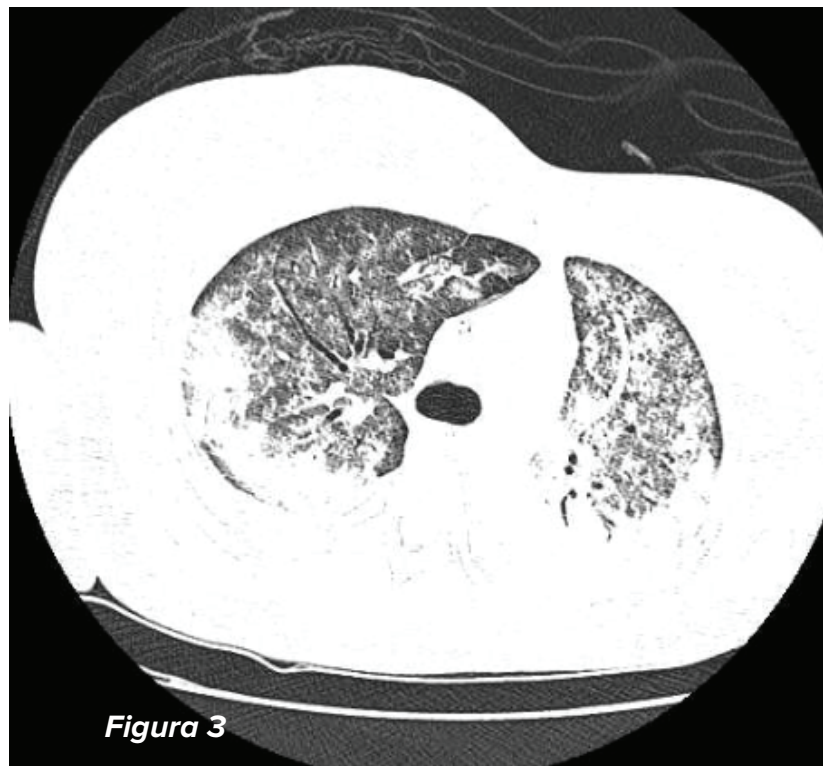


Figura 3

celulares hemáticos ou leucocitários, proteinúria subnefrótica, hipertensão arterial sistêmica e/ou oligúria), sendo rara a presença de síndrome nefrótica. Em uma proporção significativa dos casos, o quadro pode evoluir com glomerulonefrite rapidamente progressiva, principalmente nas formas crescênticas, podendo haver necessidade de terapia renal substitutiva.

As alterações laboratoriais sugestivas de doença incluem anemia, aumento de PCR e VHS e hematuria com dismorfismo eritrocitário no sedimento urinário.

O ANCA é positivo em 70 a 90% dos casos de GPA, geralmente com padrão citoplasmático, e presença de antiproteinase-3 é altamente específico.

Nos cortes histopatológicos, encontram-se artérias e veias de pequeno calibre com necrose fibrinóide cercada por um processo inflamatório com células polimorfonucleares, mononucleares e células gigantes formando granulomas.

No caso da paciente relatada, foi inicialmente aventada a hipótese de hemorragia alveolar decorrente da dengue, mas logo após foi feito o diagnóstico de GPA através do padrão de hemorragia alveolar aguda, c-ANCA positivo, otomastoidopatia, hematuria e proteinúria em faixa não nefrótica, sem realização de biópsia devido à difícil controle de sangramentos, associado ao diagnóstico de dengue.

A dengue é uma doença viral veiculada por artrópodes, transmitida aos seres humanos pela picada das fêmeas infectadas de mosquitos do gênero *Aedes*. O dengue vírus (DENV) pertence à família *Flaviviridae*, e os seres humanos podem ser infectados por qualquer um dos quatro sorotipos antigenicamente distintos (DENV 1 a 4). As complicações pulmonares são menos comuns e podem se apresentar como derrame pleural, pneumonite, edema pulmonar não cardiogênico, síndrome do desconforto respiratório agudo e hemorragia pulmonar. Hemorragia alveolar difusa é rara e tipicamente está associada a formas graves - muitas vezes fatais - da doença.

Acreditamos que a dengue possa ter sido um gatilho para a doença da paciente, pois na sua fisiopatologia, uma série de citocinas e quimiocinas como fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), interleucina (IL) -6, IL-8 e RANTES (regulado na ativação, células T normais expressas e secretadas) foram detectados no soro dos pacientes infectados e em sobrenadantes de cultura de células endoteliais em alguns estudos. Anticorpos

produzidos durante a infecção por dengue podem apresentar reação cruzada com plaquetas humanas e células endoteliais. Foi demonstrado que os anticorpos anti-NS1 estimularam a produção de citocinas e quimiocinas, responsáveis pelo início do processo inflamatório.

Com relação ao tratamento de formas sistêmicas graves, deve ser realizado tratamento de indução com corticosteroides e ciclofosfamida. O esquema padrão utiliza pulso de corticosteroide endovenoso (metilprednisolona 1g por 3 dias consecutivos), seguido de corticosteroide diário (prednisona 1mg/kg/dia) e ciclofosfamida endovenosa (15mg/kg) a cada 15 dias nos primeiros três pulsos e, depois, a cada 3 semanas ou ciclofosfamida oral (2 a 3mg/kg/dia).

O uso de Rituximabe associado a corticosteroides também pode ser escolhido na fase de indução. Após essa fase de 3 a 6 meses, deve-se introduzir um imunossupressor para manutenção, sendo o metotrexato ou a azatioprina por pelo menos 24 meses. O rituximabe também pode ser utilizado a cada 6 meses para manutenção.

No presente caso, foi utilizado inicialmente imunoglobulina seguida de plasmaférese como alternativa à imunossupressão, devido ao fato de a paciente apresentar hepatite B crônica e infecções hospitalares.

CONCLUSÃO:

O caso relatado demonstra a necessidade de estarmos atentos ao diagnóstico diferencial de vasculites sistêmicas, e de seu possível desencadeamento a partir de um quadro viral, com raros relatos de casos que mostram associação da dengue com a granulomatose com poliangiíte, e tratada com sucesso após realização de múltiplas terapias – imunoglobulina, plasmaférese, metilprednisolona e ciclofosfamida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. DE SOUZA, A. W. S., CALISH, A. L., MARIZ, H. A., OCHTROP, M. L. G., BACCHIEGA, A. B. S., FERREIRA, G. A., RÊGO, J., PEREZ, M. O., PEREIRA, R. M. R., BERNARDO, W. M., LEVY, R. A. (2017) Recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia para a terapia de indução para vasculite associada a ANCA. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 57, s. 2, p. 484-496. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbr/v57s2/pt_0482-5004-rbr-57-s2-s484.pdf
2. GHOSH, A., BANERJEE, A., SAHA, S., PANDE, A.,

& GHOSH, B. (2011) Wegener's granulomatosis with dengue fever: an unusual association. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 15: e47-e49.

Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1756-185X.2011.01692.x>

3. CARVALHO, M. A., LANNA, C. C. D., BERTOLO, M. B., FERREIRA, G. A. (2019) *Reumatologia, Diagnóstico e Tratamento*, 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda, 832p. 459-474

4. HOCHBERG, M. C., GRAVALLESE, E. M., SILMAN, A. J., SMOLEN, J. S., WEINBLATT, M. E., WEISMAN, M. H. (2019) *Rheumatology*, 7. ed. Philadelphia: Elsevier, 1931p. v.2, n. 164, p. 1424-1433

5. MARCHIORI, E., HOCHHEGGER, B., ZANETTI, G.

(2020) Pulmonary Manifestations of dengue. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 46 (1). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132020000101004&tlng=en

6. WHITEHORN, J., SIMMONS, C. P. (2011) The Pathogenesis of Dengue. *Vaccine, The Official Journal of The Edward Jenner Society and The Japanese Society for Vaccinology*, Elsevier, v. 49 (42), p. 7221-7228

7. KHETARPAL, N., KHANNA, I. (2016) Dengue Fever: Causes, Complications, and Vaccine Strategies. *Journal of Immunology Research*, Hindawi Publishing Corporation, v. 2016, p.14. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/jir/2016/6803098/>

*AUTORES

Dr. Rodrigo Maldonado Franco, médico residente em Reumatologia, Universidade Estadual de Londrina - PR

Dr. Bruno Carnevalli, médico residente em Reumatologia, Universidade Estadual de Londrina - PR

Dra. Neide Tomimura Costa, reumatologista, docente pela Universidade Estadual de Londrina - PR

Dra. Meline Angelica Cunha Rotter Ferreira, reumatologista, docente pela Universidade Estadual de Londrina - PR

Dr. Luiz Eduardo de Paula, reumatologista, docente pela Universidade Estadual de Londrina - PR

Dra. Cecilia Resende Brunow Bazzo, reumatologista, docente pela Universidade Estadual de Londrina - PR

Dra. Anna Herminia Castro Gomes de Amorim, reumatologista, docente pela Universidade Estadual de Londrina - PR

Dr. Iurik Kooiti Uchida, reumatologista formado pela Universidade Estadual de Londrina - PR

Dr. João Paulo Frasson, reumatologista formado pela Universidade Estadual de Londrina - PR

Dr. Gustavo Lawin, médico residente em Reumatologia, Universidade Estadual de Londrina - PR

Dra. Milene Tieno Sakata Vasconcellos, médica residente em Reumatologia, Universidade Estadual de Londrina - PR

Contato:

Dr. Rodrigo Maldonado Franco

E-mail: rmfranco@outlook.com

FIM





Resultado do prêmio Acir Rachid 2020

Relatos de caso

Terceiro Lugar: Adolescente com doença desmielinizante no ambulatório de reumatologia – um desafio diagnóstico e terapêutico Autores: Amanda Wilceki, Isabelle Faoro Glaser, Juliana Pauli, Maria Eduarda Ferreira de Freitas, Natália de Oliveira Rêgo Freire, Luciane Filla e Patricia Martin Escola de Medicina – PUCPR – Hospital Evangélico Mackenzie de Curitiba.

Segundo Lugar: Doença de Madelung Tipo I e Gota Tofácea Grave – Duas Doenças de depósitos interligadas Autores: Maicon Nunes Loureiro, Fernando Augusto Fressato Hecke, Michel Pandolfo Estefanel, Manuela Lourdes dos Santos.

Primeiro Lugar: Anacusia bilateral e Hemorragia intralabiríntica como Manifestação atípica de Granulomatose com Poliangeíte. Autores: Heloisa Maria Lopes Scarinci, Matheus Campos Carneiro, Lais Zanlorenzi, Jady Ellen de Pontes, Kamilla de Bessa Jorge, Pablo Daniel Serrano Ossorio, Juliana Simioni, Fabíola Pabst Bremer, Patricia Martin.

Trabalho Original

Terceiro Lugar: Gynecological/obstetric background and rheumatoid arthritis: a cross sectional study in brazilian patients Autores: Anauá Fernanda dos Santos Cavalcante, Patrícia Martin, Thelma Larocca Skare, Serviço de Reumatologia do Hospital Evangélico Mackenzie (HUEM).

Segundo Lugar: Covid 19 Pandemic and exercising: A cross-sectional study with 1156 fibromyalgia patients Autores: Isabela Paula Mundim Martins, Pedro Henrique Kopp Bodenmuller, Daniel Bozza de Oliveira Mello, Thiago Alberto F. G. dos Santos, Thelma Larocca Skare.

Primeiro Lugar: Efetividade da proteína/creatinina na amostra isolada de urina na avaliação da nefrite lúpica Autores: Sueny de Paula Munarin Sanches, Paulo Roberto Donadio, Sérgio Seiji Yamada Juliana Yuri Sekiyama, Fernanda Maria Borghi, Emerson Barili, Pedro Henrique Pelissari, Lorena Bossoni Miosso Marchiott.

Leia na edição número 5 todos os trabalhos.



*Navegar (e voar)
é preciso...*

hobbies e paixões



Entrevista com o
Dr. ANTONIO TECHY

Dr. ANTONIO TECHY

reumatologista

O Dr. Antonio Techy é reumatologista na cidade paranaense de Ponta Grossa.

À REUMATO EM REVISTA descreveu o que chamou de “habilidades manuais”, herdadas dos avós e pais, muito criativos.

Seus trabalhos são feitos em madeira, metais e outros materiais. O computador é usado para desenhos que ele aplica em algumas das suas criações.

Enfim, um artista criativo e versátil, nascido de vocação, sensibilidade e com propósitos bem além de hobby e simples lazer: presentear os filhos, netos, amigos e decorar ambientes.



DR. ANTONIO TECHY

Formado na Faculdade de Medicina da UFPR em Curitiba, no ano de 1973, fez dois anos de Residência em Clínica Médica e mais um em Reumatologia, com especialização em Medicina do Trabalho.

Começou a atividade médica em Ponta Grossa no ano de 1976, com Clínica e Medicina do Trabalho – a partir de julho de 1977 ingressou no Serviço Público (INPS), fazendo Ambulatório de Reumatologia até 1995, quando se transferiu ao INSS, passando a trabalhar como Médico Perito.



“Gosto da frase: ‘Não sabia que era impossível, foi lá e fez!’”

O médico reumatologista Antonio Techy é formado na Faculdade de Medicina da UFPR, em Curitiba, no ano de 1973. Fez dois anos de Residência em Clínica Médica e mais um em Reumatologia, com especialização em Medicina do Trabalho.

Começou a atividade médica em Ponta Grossa, no ano de 1976, com Clínica e Medicina do Trabalho. A partir de julho de 1977 ingressou no Serviço Público (INPS), fazendo Ambulatório de Reumatologia até 1995, quando se transferiu ao INSS, passando a trabalhar como Médico Perito.

Desde a infância e juventude, desenvolveu as habilidades manuais, geneticamente transmitidas dos avós e pais (o avô materno era marceneiro e “inventor” ou “reprodutor” de máquinas que tinha visto na Europa antes da imigração, no final do século XIX), aliada a curiosidade de desmontar e tentar remontar os brinquedos das décadas de 50-60, procurando entender o funcionamento dos mesmos. Inicialmente, “sobravam peças”, depois as montagens ficaram perfeitas. Fazia “pipas” (papagaios de papel), arco e flecha, estilingue, carrinhos de rolamento, aquários, criação de animais exóticos e vários consertos domésticos.

Por mais de 30 anos, desenvolveu paralelamente às atividades de atendimento aos pacientes, o hobby de fotografia de casos clínicos para apresentação em Jornadas e Congressos de Clínica Médica e da Reumatologia.

As dificuldades da década de 1970 na aquisição de material fotográfico para fotos com aproximação e maior destaque das alterações cutâneas dos pacientes, estimularam, por necessidade, a improvisação e adaptação de lentes ópticas nas máquinas, conseguindo fotos ilustrativas de casos de ótima qualidade.

Casou com Marli Macias Techy, médica ginecologista e obstetra. Eles se conheceram na faculdade, namoraram desde o primeiro ano (1968) e casaram no sexto ano, em 1973.

O casal tem três filhos e quatro netos que, segundo Techy, “estimularam a manutenção da prática de construção de brinquedos e pequenos móveis em madeira”.

Tendo a facilidade, a habilidade, sabe reconhecer os limites dos materiais que se propõe a utilizar, para reproduzir alguns objetos para decoração, uso doméstico e brinquedos.

Por alguns poucos anos, dedicou-se ao ferromodelismo, tendo construído uma maquete que foi doada à Associação do Ferromodelistas de Ponta Grossa. Outros objetos foram feitos para uso exclusivo de familiares e presentes para alguns amigos.

Continua em atividade médica e “arejando a cabeça” com alguns trabalhos manuais, leitura e um pouco de fotografia.

Ele conta que não desenvolveu nenhuma “especialização”, para se dedicar a um hobby de uma maneira exclusiva. Nada é feito com prazo de entrega fixo ou para venda, é um “passatempo” para relaxar e intercalar com as atividades profissionais.

Estuda em vários compêndios para conseguir desenvolver o hobby, de maneira mais técnica possível, dentro das limitações dos materiais utilizados.

O mais relaxante é descobrir como fazer as coisas, ir atrás de materiais para concretizar as ideias, misturando diversos tipos de produtos, vendo o resultado final e depois se perguntando:

- “Como é que eu consegui fazer isso?”

E ele arremata: - “Gosto da frase: ‘Não sabia que era impossível, foi lá e fez!’”

Criar e produzir objetos é uma forma de “arejar a cabeça” nas horas vagas.

Robert E. Lee, Mississippi

O Dr. Antonio Techy sempre admirou esse barco, uma das lendas do rio Mississippi.

Essa miniatura foi construída de madeira bruta e foi sendo confeccionada, durante três meses.

Primeiro foi feito um projeto, com desenho. Depois, foi feito o cálculo da escala e teve início a busca pelos materiais.

Alguns detalhes: as madeirinhas que sustentam o paçadicho foram feitos com palitos japoneses (hashi). Os barris foram torneados um a um, lixados em máquina circular. As chaminés são tubos, fechadas com tampinha de garrafa. A parte superior,



Sino, feito de um brinco



são ilhoses, vendidos para colocação em lonas e barracas.

As janelinhas foram feitas com telas para bordados. A cerquinha foi de material plástico tirado do interior de filtros para banheiro.

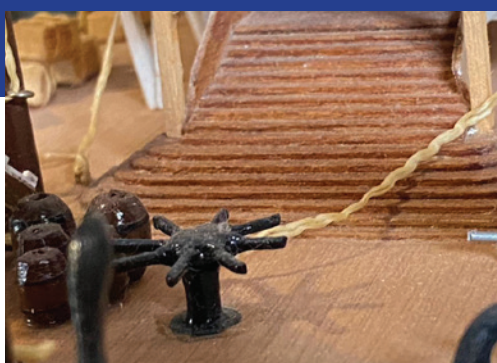
O sino foi difícil de achar, até que foi encontrado encontrou um brinco, em uma joalheria.

As bandeirinhas foram desenhadas no computador, depois impressas, recortadas e aplicadas. Recebem uma cola ou verniz, para se manterem intactas e impermeáveis.

As lanternas são feitas com vidrilhos, colados em alfinetes de cabeça. São finalizadas com cola.

Techy conta que “esse processo de busca de materiais e a construção é muito estimulante, areja a cabeça”, é um hobby muito prazeroso.

A miniatura tem 65cm de comprimento, 36cm de altura e 19cm de largura.



Decoração com estilo

Este suporte de vela tem 1,20m. Totalmente de ferro. Foi cortado e soldado por um ferreiro.

A vela, como não existe desse tamanho na sua cidade, foi feita por ele. Fez a forma e o pavio com uma cordinha propocional ao tamanho da vela.

Na primeira vela, vazou parte do material, mas o problema foi corrigido nas velas seguintes.

Detalhe: a vela pesa cerca de dois quilos.



Esta é uma outra peça, muito elegante, desenhada e produzida com muita criatividade e talento por Antonio Techy.



Coruja, escultura

O olho dessa coruja é um parafuso de cabeça francesa. O contorno dos olhos e o bico são pedaços de rolamento ou de engrenagens.

O corpo é madeira recortada. A base é feita com dois quadrados de ferro com um martelo, que tem 500 gramas. Sobre o martelo, há um prego soldado, que sustenta a escultura.

Agora um segredo: a Dra. Marli odeia essa coruja! Ela acha que os olhos da coruja a seguem, por onde ela vai.



São Francisco, o quadro

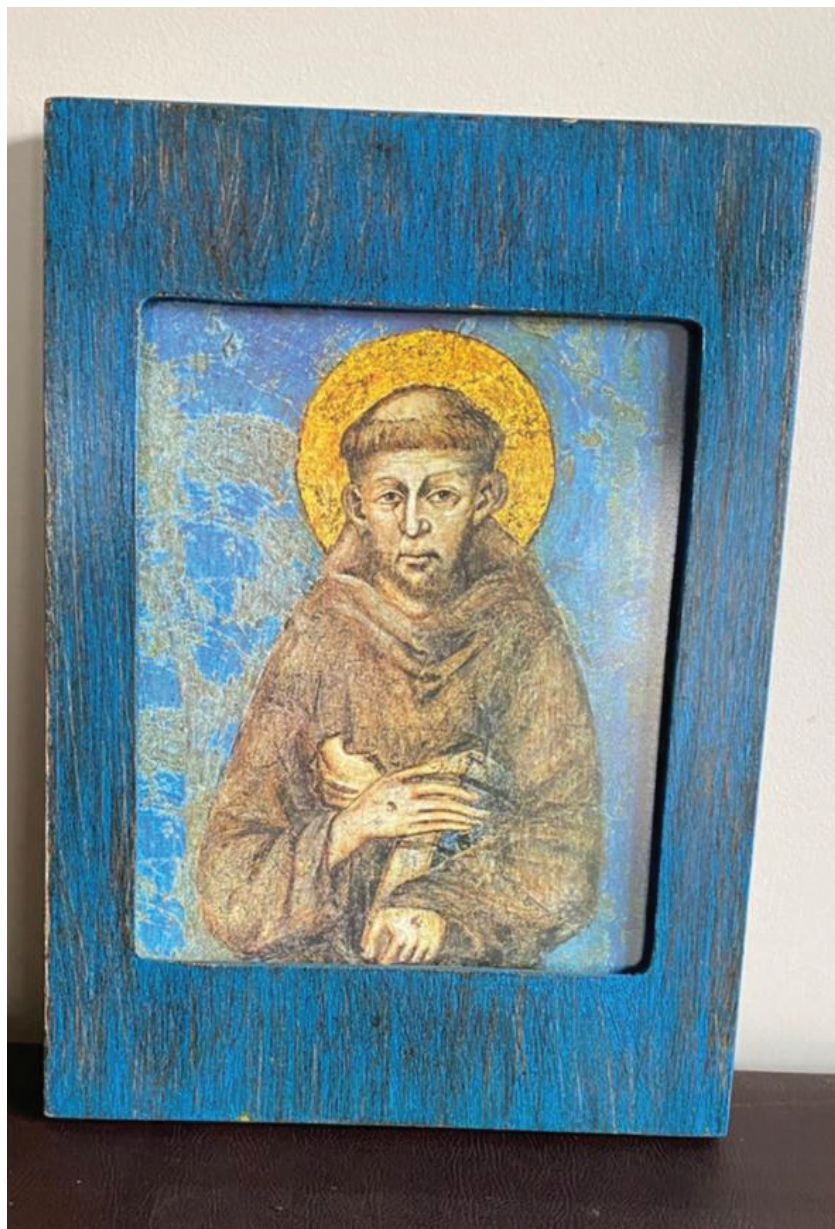
Essa gravura de São Francisco foi colocada em um quadro com uma moldura diferente.

Como isso foi feito?

A moldura é uma tampa de uma caixa comum de madeira. A tampa foi recortada e pintada tipo patna.

Ela é uma madeira fina, como se percebe vendo atrás, mas o efeito é de um moldura grande e mais estruturada.

A pintura em patna tem uma técnica para ser feita, que Antonio Techy considera “extremamente fácil”. A vantagem é dar uma aparência de uma coisa mais antiga, envelhecida, nas peças sobre as quais é aplicada.





Para a netinha

O baú foi feito para a netinha, quando era criança. Hoje ela tem 13 anos.

Além da beleza da peça, um detalhe merece destaque. Para a tampa, pesada, não cair sobre os dedinhos da criança, ele colocou um amortecedor que impede o fechamento abrupto e, por consequência, um acidente que seria, em qualquer circunstância, muito desagradável.



Para o netinho

O carrinho de rolimã foi feito para o netinho.

Cada detalhe bem elaborado, no capricho.

Como vocês já perceberam, não conseguiremos mostrar toda obra do Dr. Techy. Ele tem três, filho, um cirurgião de coluna, residindo no EUA, um advogado e um microempresário. Os netos são quatro: três meninas, duas que moram no Brasil, 13 anos e um ano e meio, uma de cinco anos que mora nos EUA, junto com um irmão de 9 anos.

Difícil dizer quantos brinquedos foram feitos para essa linda família e inclua-se aí a Dra. Marli. Só um registro: no caso da esposa, a escultura da coruja não vale!

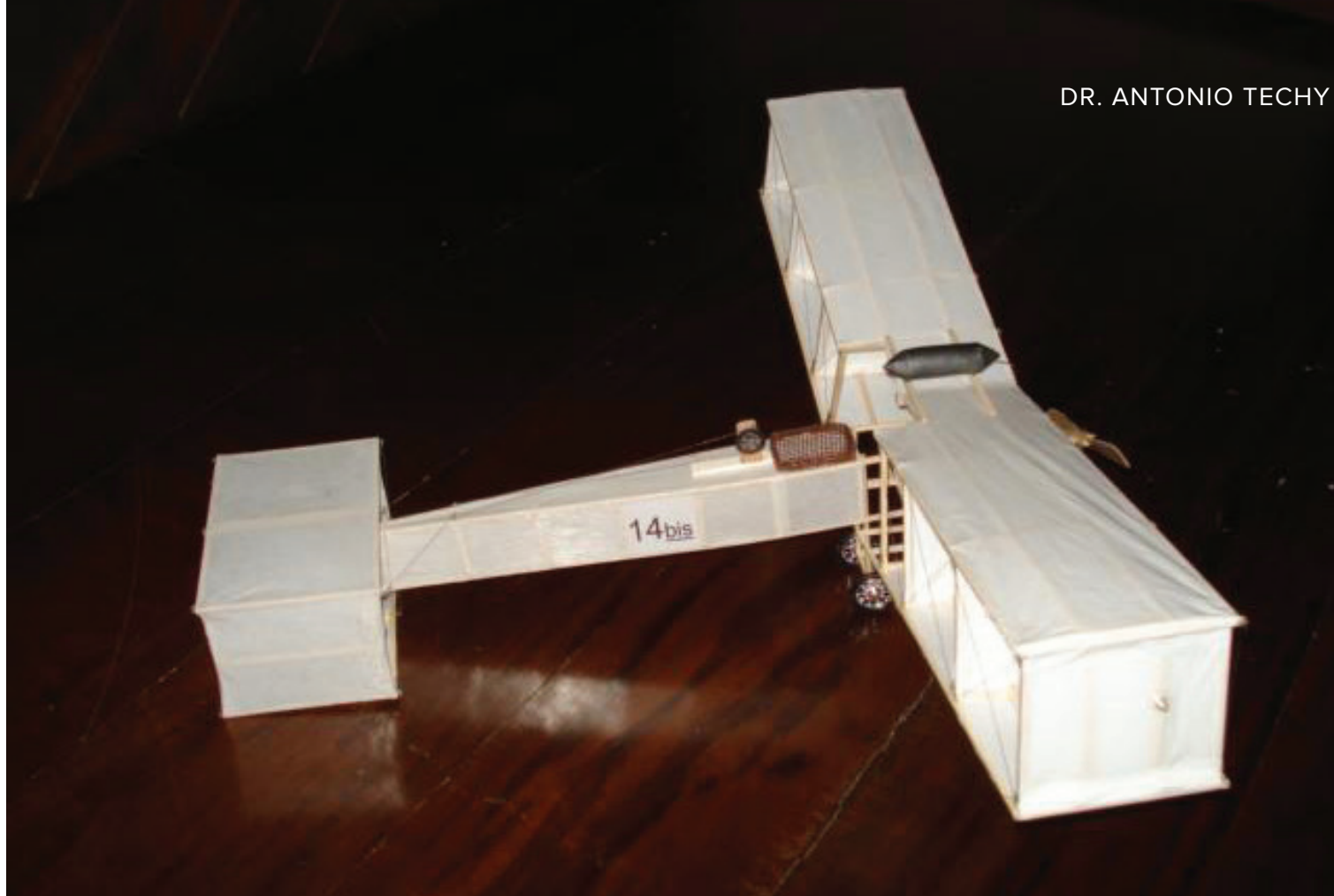


Os aviões... e os voos

Nosso entrevistado sempre gostou dos aviões da primeira guerra mundial. Essa miniatura que ele construiu é o famoso avião do Barão Vermelho, Manfred Albrecht Freiherr von Richthofen, até hoje considerado o “ás dos ases”.

O avião é um triplano, não foi feito com tantos detalhes como a miniatura para montar da Revell, como letrinhas e outras coisas, mas foi feito o mais parecido possível. Os decalques dão a identidade.

Os aviões e os voos sempre nos fascinaram. Viva os sonhos em que voamos!

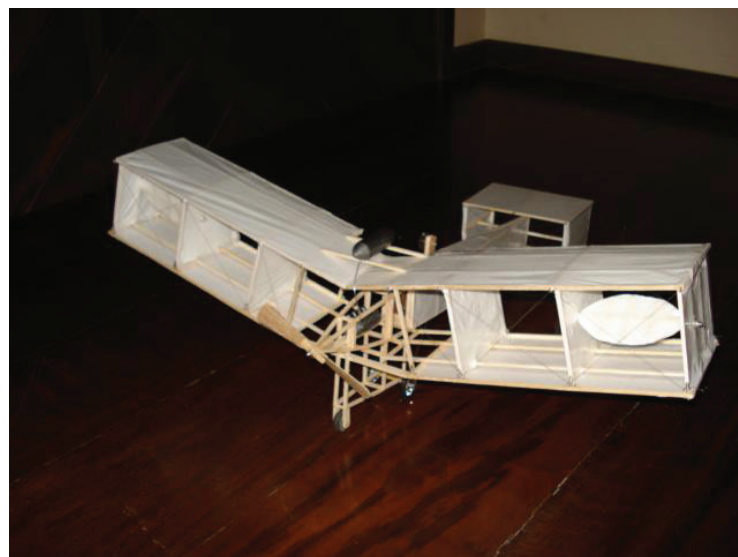
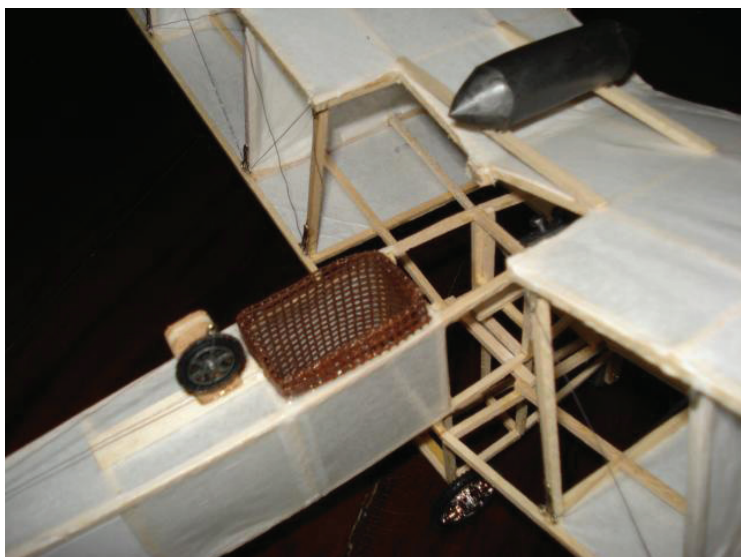


Hobby, invenções e... poesia em objetos

Bendita criatividade! Felizes aqueles que conseguem dedicar tempo aos seus sonhos, ideias e pensamentos. De criatividade deve ser feita grande parte da felicidade, dessa doce ventura da vida.

Antonio Techy encontrou e tem espaço para essa energia motivadora, que cria beleza, expõe sensibilidade, ressalta sentimentos e os imortaliza nas criações mais diversas.

Feliz é a sua família e seus amigos, por tanto carinho, felizes somos nós pelo privilégio dessa entrevista-exposição, em que vimos, também, um pedacinho seu coração. Parabéns, Dr. Techy. Receba nosso aplauso e gratidão!



Yellow Submarine

Nosso entrevistado sempre foi “fissurado nos Beatles”. Então, fazer uma miniatura do Yellow Submarine foi praticamente natural.

Ele conta que fez a miniatura antes da Lego lançar a sua versão para montagem.

A miniatura é baseada a imagem do filme. Techy fez uma foto, fez um desenho, ampliou para que ficassem bem claros todos os detalhes.

As escotilhas foram feitas de etiquetas de marcação de preços em produtos, especialmente

nas liquidações.

Os contornos pretos, são pequenas tiras de fita isolante. Seria muito difícil a pintura, neste caso. Sobre a fita colada ele aplicou cola branca, que forma uma proteção, como um verniz. Essa cola também não deixa a fita se descolar.

A chaminé é presa à base por um imã.

O plano era de que o neto levasse o submarino. Mas o avô terminou fazendo uma miniatura maior para o neto.



Em cima, a comparação com o submarino da Lego. Ao lado, o imã e o parafuso que prende as chaminés.

Escultura Criativa



Na opinião do nosso entrevistado esse foi um dos trabalhos mais interessantes que ele realizou.

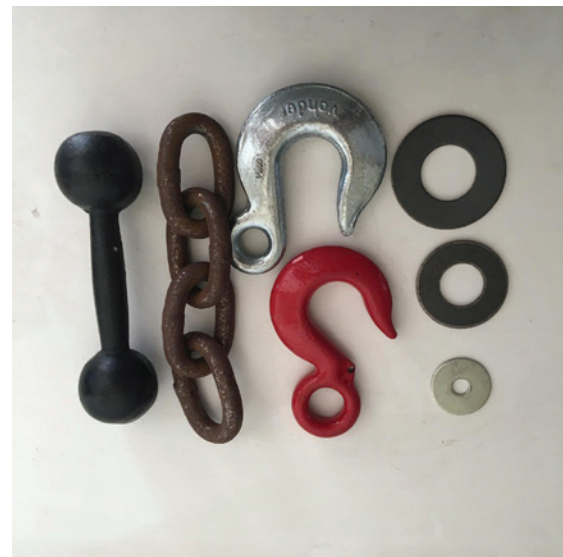
Selecionou uma porção de sucatas, ganchos, corrente, algumas arruelas, e resolveu fazer uma escultura retratando um abraço apaixonado, em metal.

As cabeças são alteres que eram usados para equipamentos de ginástica. Cortados, viraram a cabeça.

A corrente, enferrujada, foi lixada, os ganchos também.

A partir daí as peças foram sendo encaixadas, uma a uma.

Essa escultura foi baseada no escultor francês Jean-Pierre Augier, um mestre da arte em ferro.



L892r

Loures, Marco Rocha (org.).

Reumato em revista / Organizador: Marco Rocha Loures. – 4ª ed. – Maringá, PR :

SPR Publisher Editora, 2021.

42 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 Reumatologia (SPR).
Editor: **Marco Antonio Araújo da Rocha Loures** - E-mail: mloures@gmail.com
Jornalista: **Diniz Neto** - E-mail: dinizne@gmail.com | WhatsApp: (44) 99122-8715

Acesse a Sociedade Paranaense de Reumatologia na web:



Site: reumatologiapr.com.br

