JORNAL da ASSEX
62

Impresso Especial
9912221358/2008-DR/RJ
Assex
CORREIO

JORNAL da ASSEX

Órgão oficial da Associação dos Ex-Alunos do IEDE - julho 2009 – ANO 16
Distribuição dirigida à classe médica
www.assex.org .br

ASSEX IEDE

TUDO PRONTO PARA O XXXVIII ENCONTRO ANUAL DO IEDE

Preparativos terminados. Nesta edição, os nossos alunos, ex-alunos e amigos poderão encontrar todas as informações sobre o Encontro Anual do IEDE. Programação completa, convidados confirmados, temas empolgantes e controversos (com a cara de nossa presidente) e opções de hospedagem (para todos os gostos e com excelentes opções de custo), tudo já pronto. Comece a preparar as malas, que o evento deste ano será imperdível.

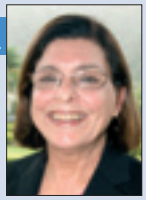
Fotos: Divulgação

- **Na Coluna do Serviço de Endocrinologia, a Dra. Vera Leal comenta sobre a importância da epidemia de "Gripe Suína" para os Endocrinologistas.** Pag. 7

- **A Dra. Laura Soares foi a endocrinologista convidada a estrear uma nova coluna no Jornal da ASSEX: "Isso é o IEDE, Este sou eu". Além da tradicional entrevista, ela também responde a algumas perguntas pessoais sobre a endocrinologia** Pag. 19

- **No "espaço PUC", mais notícias sobre o Primeiro Simpósio sobre Endocrinologia da Estética** Pag. 15

EDITORIAL



Caros Colegas,

É com imensa a satisfação que estamos apresentando o segundo número do jornal da gestão desta diretoria, em que houve integração das nossas notícias com as da PUC e do IEDE. O primeiro foi um sucesso, em que criamos as colunas dos Serviços de Diabetes, Endocrinologia e do Centro de Estudos. Agora acrescentamos a coluna do Serviço de Metabologia.

O Encontro Anual do IEDE no final do ano em Búzios já tem sua programação pronta e hotéis reservados. Garantimos a excelente qualidade científica e social do evento. Façam logo as suas inscrições!

Com orgulho e alegria que noticiamos a merecida homenagem feita ao nosso Presidente de Honra Dr. Luiz Cesar Póvoa pelos ex-alunos em Belém do Pará no ultimo CBAEM.

Finalmente, parabéns ao IEDE que apresentou um alto percentual de aprovação dos seus ex-alunos no TEEM, neste mesmo evento.

Um abraço fraterno.

Amanda Athayde

AGENDA

SETEMBRO

4° EndoRio 2009

Data: 11 a 12
Local: Hotel Windsor Barra, Rio de Janeiro
Informações: www.sbemrj.org.br
Email: contato@sbemrj.org.br

NOVEMBRO

1 Simpósio de Endocrinologia da Estética

Data: 07
Local: Academia Nacional de Medicina
Inscrições: www.assex.org.br

DEZEMBRO

XXXVIII Encontro Anual do IEDE

Data: 11 a 13 de dezembro
Local: Búzios, Rio de Janeiro
Informações: www.assex.org.br
Telefone: (21) 2224-8587

NOVEMBRO 2009

CURSO BÁSICO DE BIOLOGIA MOLECULAR

Informações, inscrições e local: a partir de30 setembro no site www.assex.org.br

Organização e Coordenação:
Prof. Dra. DAYSE CALDAS
IEDE - PUC/RJ - ASSEX

Programa:

- CICLO CELULAR REPLICAÇÃO E EMPACOTAMENTO DO DNA
- FATORES REGULADORES DA TRANSCRIÇÃO DO RNA TIPOS DE MUTAÇÃO
- ENDOCRINOPATIAS
  - Mutação nos receptores de 7 domínios transmembrana
  - Mutações em Neoplasia Endócrina Múltipla
- NOÇÕES BÁSICAS
  - PCR
  - Sequenciamento

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENDOCRINOLOGIA PUC/RJ

APOIO: ASSEX (Associação dos Ex-Alunos do IEDE)

EXPEDIENTE

ASSEX – Associação dos Ex-alunos do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione – Rua Moncorvo Filho, 90, Centro, Rio de Janeiro, RJ, Cep 20211-340, tel. (021) 2224-8587, e-mail: contato@assex.org.br, site www.assex.org.br

Presidente de Honra: *Dr. Luiz Cesar Póvoa;* **Diretor Presidente:** *Dra. Amanda Valeria Luna de Athayde;* **Diretor Vice-Presidente:** *Dr. Rodrigo de Oliveira Moreira;* **Diretor 1º Tesoureiro:** *Dra. Rosane Kupfer;* **Diretor 2º Tesoureiro:** *Dr. Roberto Pereira Assumpção;* **Diretor 1º Secretária:** *Dra. Cristiane Marie de Assis Rangel;* **Diretor 2º Secretária:** *Dra. Flávia Regina Barbosa;* **Diretora Social:** *Dra. Márcia Magalhães Marinho* e **Diretor de Eventos Científicos:** *Dr. Alexander Koglin Benchimol*

JORNAL DA ASSEX – Coselho editorial: *Dra. Amanda Athayde; Dr. Ricardo Meirelles; Dr. Luiz Cesar Póvoa e Dr. Walmir Coutinho;* **Editor** *Dr. Rodrigo Moreira;* **Jornalistas Responsáveis:** *Elizabeth Pereira dos Santos* – MTRJ 12714; e *Cristina Dissat* – MTRJ 17518; **Redação:** *Flavia Garcia, Sandra Malafaia, Sandra Narita, Cíntia Salomão Castro e André Dissat*; **Projeto Gráfico:** *Celso Pupo*; **Publicidade:** *Roberto Dutra (ASSEX)*; **Tiragem:** 3 mil exemplares. **Fotolito e Impressão:** Primyl. **Distribuição dirigida à classe médica**

INFORMED – Rua do Catete, 311, sala 614, Rio de Janeiro, RJ, Cep 22.220-901, telefax: (21) 2205-2430/2205-0707, e-mail: informed@informedjornalismo.com.br.

HOMENAGEM

DORIS ROSENTHAL RECEBERÁ PRÊMIO JOSÉ SCHERMANN

Por Beth Santos

Dra. Dóris Rosenthal, homenageada do XXXVIII Encontro Anual do IEDE

Primeira mulher a ser indicada para o Prêmio José Schermann desde sua criação, em 2004, a endocrinologista Doris Rosenthal será a homenageada em 2009 – durante o XXXVIII Encontro Anual do IEDE - pela enorme contribuição à sua especialidade. Há algumas décadas dedicada à área de fisiologia endócrina, mais ligada à tireoide, ela vem deixando sua marca em diversas entidades e profissionais, principalmente através da pesquisa e do ensino. O Diretor do IEDE, Dr. Ricardo Meirelles, comenta que a indicação da Dra. Doris Rosenthal fez justiça a seu trabalho. "Ela realmente era a pessoa que precisava ser lembrada, pois tem uma trajetória dentro do IEDE extremamente importante".

Aposentada há poucos anos, mas mantendo-se ativa – dá aulas regularmente em cursos de graduação e pós, sendo "meio pesquisadora, meio consultora" – a Dra. Doris diz que sua carreira profissional, que inclui o trabalho no Instituto de Biofísica da UFRJ, teve início muito antes de ser cogitada a criação do IEDE. Ela começou a trabalhar no Hospital Moncorvo Filho por volta de 1955/1956, antes mesmo de se formar.

Medicina Nuclear

Ali, a partir do início dos anos 60, teve grande participação no desenvolvimento - com Luis Carlos Lobo e Jacques Fridman - do Serviço de Medicina Nuclear, "na parte mais diretamente envolvida com tireoide". Seu fundador, enfatiza, "foi Eduardo Pena Franca", mas foi ela quem ficou mais tempo no Serviço. O Dr. Ricardo Meirelles comenta o trabalho pioneiro: "foi o primeiro serviço público de Medicina Nuclear no Rio de Janeiro, extremamente importante para o desenvolvimento do próprio Instituto, em termos de tireoide".

Alguns anos depois desta etapa, conta a especialista, ela acompanhou "a luta do Francisco Arduíno e do Jaime Rodrigues para criar o Instituto". Entre os quatro grandes mestres que marcaram muito sua carreira, Jaime Rodrigues tem lugar cativo: "Era um sujeito excepcional, uma cabeça privilegiada e um professor fora de série", afirma.

Sobre o Ambulatório de Tireoide do IEDE, conta que participou dele enquanto esteve no Instituto – mais ou menos até 1980. Esclarece que colaborou muito e deu "muita bronca. Ensinei muito, mas não chefiei". Lembra particularmente de um estudo desenvolvido por um grupo de endocrinologistas, principalmente latino-americanos ("chefiado por John Stanbury") sobre bócio endêmico. Este grupo, segundo a especialista, foi o embrião da Sociedade Latino-Americana de Tireoide (LATS), da qual ela foi vice e presidente e pela qual foi agraciada com o Prêmio LATS em 1997.

E se o assunto é prêmio, ela revela um carinho especial pelo que recebeu no Encontro Brasileiro de Tireoide, recentemente. Foi o primeiro concedido pelo evento. Diz que considera o EBT como um filho, "com uma mãe e dois pais", pois foi criado por causa do interesse que ela e os Drs. Rui Maciel e João Romaldini tinham no assunto. "Sentíamos muita falta de intercâmbio, de gente nova mostrando trabalhos".

Nódulo Quente

Ela recorda, com bom humor, que durante muito tempo em sua carreira foi conhecida como "Madame Nódulo Quente", por sua tese de doutorado, pesquisas e trabalhos sobre o tema, incluindo os que orientou. "Tive a oportunidade de começar a estudar algo que estava no começo. Acho que no Brasil sou a pessoa que mais estudou o assunto. Fui me enfronhando na bioquímica, na fisiologia da tireoide, nos mecanismos que levam à formação dos hormônios, e que desvios destes mecanismos podem originar as diversas doenças". E seguiu em frente, estudando a inter-relação entre insulina e atividade tireoidea, a mecânica da formação dos hormônios tireoideos, alterações que o envelhecimento e/ou a diminuição dos hormônios gonadais produzem na função da tireoide etc.

Atualmente integra uma grande equipe que leva adiante vários estudos no Laboratório de Fisiologia Endócrina, do Instituto de Biofísica da UFRJ. "Temos em andamento um estudo sobre a parte molecular de nódulos tireoideos, inclusive de câncer; temos um grupo que trabalha com obesidade e exercícios, e outros. Procuro estar em dia com tudo", comenta.

Perguntada sobre planos, diz que a única coisa que "efetivamente ainda quero é ser útil. Dou tudo que tenho: experiências, idéias, orientações. Mas não me vejo de pijama".

Sobre o anúncio de que receberá o Prêmio José Schermann, comenta que ficou "muito tocada". Lembra que o IEDE já lhe fez "vários reconhecimentos, homenagens. É muito bom. Fica-se com a impressão de que valeu a pena, de que fizemos alguma coisa". As palavras do Dr. Ricardo Meirelles confirmam: "A Doris é uma pessoa extremamente séria, com uma bagagem de conhecimento muito grande, muito ética e profissional. Foi um excelente exemplo para nós, que pudemos conviver e aprender com ela". E finaliza: "O Schermann e a Doris fazem parte da constelação do IEDE". ■

- **Reduz a resistência insulínica[8]**
- **Controla a glicemia[9]**
- **Melhora o perfil lipídico[10,11]**
- **Melhora a função endotelial[12]**
- **Diminui a resposta inflamatória pró-aterogênica[13]**

- Contra-indicado em pacientes com insuficiência cardíaca classe funcional III e IV (NYHA)[14]
- Pioglitazona pode interagir com anticoncepcional oral diminuindo a disponibilidade do etinilestradiol[14]

ACTOS® (Cloridrato de Pioglitazona). USO ADULTO. Frascos com 15 comprimidos. Cada comprimido contém Cloridrato de Pioglitazona 15 mg, 30 mg ou 45 mg. Excipientes q.s.p. (1 comprimido): Lactose monoidratada, hidroxipropilcelulose, carboximetilcelulose cálcica e estearato de magnésio. Indicações: antidiabético oral utilizado como coadjuvante de dieta e exercícios para melhorar o controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2: como monoterapia e também para uso em combinação com sulfoniluréia, metformina, ou insulina. **Contra-indicações:** hipersensibilidade a pioglitazona ou a qualquer um de seus excipientes. **Precauções e advertências:** Não deve ser utilizado em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1 ou para o tratamento de cetoacidose diabética. Em combinação com insulina ou agentes hipoglicemiantes orais há risco de hipoglicemia, podendo ser necessária a redução do agente concomitante. Pacientes que estejam em período anovulatório pré-menopausa podem ter reinício da ovulação. A pioglitazona pode causar decréscimos na hemoglobina (de 2 a 4%) e hematócrito. Estudos clínicos observaram o aparecimento de edema leve a moderado. Não está indicada em pacientes com insuficiência cardíaca classe III ou IV da NYHA. As elevações de TGP em pacientes tratados com cloridrato de pioglitazona foram reversíveis e não foram relacionadas com a terapia com pioglitazona. Embora os dados clínicos disponíveis não mostrem nenhuma evidência de hepatotoxicidade ou elevações de TGP induzidas por pioglitazona, a mesma está estruturalmente relacionada com a troglitazona. Recomenda-se que pacientes tratados com cloridrato de pioglitazona sejam submetidos a monitorações periódicas de enzimas hepáticas. A terapia com cloridrato de pioglitazona não deve ser iniciada se o paciente exibir evidência clínica de doença hepática ativa ou níveis de TGP 2,5 vezes acima dos limites da normalidade. A pioglitazona não deve ser usada em pacientes que apresentaram icterícia durante o uso de troglitazona. Medidas de glicemia de jejum e hemoglobina glicosilada (HbA1c) devem ser realizadas periodicamente para monitorar o controle glicêmico e a resposta terapêutica, bem como enzimas hepáticas. Pioglitazona deverá ser usada durante a gravidez somente se os potenciais benefícios justificarem o risco potencial para o feto. Não deve ser administrada a mulheres durante o período de amamentação. O uso da pioglitazona não é recomendado para pacientes com menos de 18 anos de idade. Nenhuma diferença significante na eficácia e segurança foi observada entre pacientes idosos. **Interações medicamentosas:** Devem ser adotadas precauções adicionais relativas à contracepção em pacientes que estejam recebendo pioglitazona. Cetoconazol parece inibir significativamente o metabolismo da pioglitazona. **Reações adversas:** Eventos adversos relatados em estudos clínicos com frequência > 5%: infecção do trato respiratório superior, cefaléia, sinusite, mialgia, alterações dentárias,diabetes melitus agravado, faringite. Hipoglicemia leve a moderada foi relatada durante a terapia combinada com sulfoniluréia ou insulina. Em estudos de monoterapia, edema foi registrado em 4,8%. Na combinação com insulina, o edema ocorreu em 15,3% dos pacientes. Posologia e modo de usar: Uma vez ao dia, independentemente da alimentação. A monoterapia com ACTOS® em pacientes sem controle adequado de dieta e exercícios pode ser iniciada com 15 mg ou 30 mg uma vez ao dia. A dose pode ser aumentada até 45 mg uma vez ao dia (dose máxima diária recomendada). Em pacientes que não respondem adequadamente à monoterapia, uma terapia combinada pode ser considerada. ACTOS® deverá ser iniciado na dose de 15 a 30 mg ao dia. Se o paciente apresentar hipoglicemia na associação com sulfoniluréia, a dose desta deverá ser diminuída. Nos pacientes que estejam recebendo ACTOS® e insulina, a dose de insulina pode ser diminuída em torno de 10 a 25% se o paciente apresentar hipoglicemia ou se as concentrações de glicose plasmática diminuírem para valores menores de 100 mg/dl. Não é recomendado o ajuste de doses em pacientes com insuficiência renal. Superdosagem: deve ser iniciado tratamento de suporte adequado, de acordo com os sinais e sintomas do paciente. REG. MS.: 1.0553.0238. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Fabricado por Takeda Chemical Industries, Ltd. - Osaka – Japão. Distribuído por: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda. Informações adicionais: Diretoria Médica - Abbott Laboratórios do Brasil Ltda. Rua Michigan, 735 - Brooklin, São Paulo / SP - CEP: 04566-905. Abbott Center: 0800 7031050.

Referências: 1 - Hu, FB et al. Elevated Risk of Cardiovascular Disease Prior to Clinical Diagnosis of Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2002, 25:1129-1134. **2 -** Haffner, SM et al. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. New Eng J Med 1998, 339(4):229-234. **3 -** Panzram, G. Mortality and survival in Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus. Diabetologia 1987, 30:123-131. **4 -**Dormandy JA, Charbonnel B, Eckland DJ, et al. Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macroVascular Events): a randomised controlled trial. Láncet 2005;366(9493):1279-89. **5 -**Erdmann E, Dormandy JA, Charbonnel B, Massi-Benedetti M, Moulès IK, Skene AM. The effect of pioglitazone on recurrent myocardial infarction in 2,445 patients with type 2 diabetes and previous myocardial infarction: results from the PROactive (PROactive 05) Study. Journal of the American College of Cardiology 2007;49(17):1772-80. **6 -** Wilcox R, Bousser MG, Betteridge DJ, et al. Effects of pioglitazone in patients with type 2 diabetes with or without previous stroke: results from PROactive (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macroVascular Events 04). Stroke: a journal of cerebral circulation 2007;38(3):865-73. **7-** Lincoff AM, Wolski K, Nicholls SJ, Nissen SE. Pioglitazone and risk of cardiovascular events in patients with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of randomized trials. Jama 2007;298(10):1180-8. **8 -** Pavo, I et al. Effect of pioglitazone compared with metformin on glycemic control and indicators of insulin sensitivity in recently diagnosed patients with type 2 diabetes. The Journal of clinical endocrinology and metabolism 2003, 88, (4):1637-45. **9 -** Aronoff S et al. Pioglitazone hydrochloride monotherapy improves glycemic control in the treatment of patients with type 2 diabetes: a 6-month randomized placebo-controlled dose-response study. The Pioglitazone 001 Study Group. Diabetes care 2000, 23 (11): 1605-11. **10 -** Derosa G, D'Angelo A, Ragonesi PD, et al. Metabolic effects of pioglitazone and rosiglitazone in patients with diabetes and metabolic syndrome treated with metformin. Internal medicine journal 2007;37(2):79-86. **11 -** Chiquette E, Ramirez G, Defronzo R. A meta-analysis comparing the effect of thiazolidinediones on cardiovascular risk factors. Archives of internal medicine 2004;164(19):2097-104. **12 -** Sourij H et al. Effects of pioglitazone on endothelial function, insulin sensitivity, and glucose control in subjects with coronary artery disease and new-onset type 2 diabetes. Diabetes care 2006, 29 (5):1039-45. **13 -** Pfützner, A et al. Pioglitazone: update on an oral antidiabetic drug with antiatherosclerotic effects Expert Opin. Pharmacother. 2007, 8(12): 1985-1998. **14 -** Actos. Bula do Produto. Abbott Laboratórios do Brasil.

ABBOTT CENTER - Central de Relacionamento com o Cliente
0800-7031050
e-mail: abbottcenter@abbott.com
www.abbottbrasil.com.br

Material destinado a profissionais de saúde prescritores. Reprodução proibida
Produzido em maio de 2009

Abbott
A Promise for Life

ENCONTRO

ELES & ELAS: ELOS ENDÓCRINOS

Quase tudo pronto para o XXXVIII Encontro Anual do IEDE. Depois de muitas reuniões e de muita discussão, terminamos a programação e acertamos todos os detalhes para o evento de final de ano.

A Programação

A programação final do evento encontra-se completa e com a cara de nossa presidente. Com o tema "Eles & Elas: Elos Endócrinos", o Encontro deste ano abordará temas relacionados a Endocrinologia Feminina e a Andrologia. A maioria dos convidados já confirmou sua presença e a lista de nomes é pra deixar com inveja qualquer presidente de congresso internacional.

Como nos anos anteriores, o Evento começará com a entrega do Prêmio José Schermann. Este ano, a contemplada será a Dra. Dóris Rosenthal. A escolha da homenageada este ano foi extremamente fácil, principalmente por toda a história que ela tem com o IEDE. Para conhecer mais sobre nossa homenageada, fizemos uma entrevista completa com ela, que vocês encontram nesta edição.

Ainda na sexta-feira, teremos a honra de receber o Professor Mário Saad, que com certeza nos brindará com outra de suas brilhantes aulas sobre a relação entre Insulina e IGF-1. Depois de todas as novas informações publicadas sobre essa possível interação, essa palestra será simplesmente imperdível. Ainda na parte da tarde, teremos uma apresentação sobre novos medicamentos para osteoporose proferida por um dos maiores especialistas do assunto no Brasil, o Dr. Luis Henrique de Gregório. Para abrilhantar a exposição, teremos na presidência da mesa o amigo Luiz Augusto Russo. Para terminar o dia, teremos a Diplomação dos Novos

Fotos: Divulgação

Quarto do Hotel

Endocrinologistas e o Jubileu de Prata da turma de 1984, que vem sendo organizado pela Dra. Carmen Assumpção.

O sábado começará com o já tradicional Encontro com o Professor. Vai ser difícil escolher para onde ir. Além de termos escolhidos 03 professores do maior gabarito, demos a cada um deles a incumbência de discutir temas de extrema controvérsia na Endocrinologia Feminina e Andrologia. É só um aperitivo pro que ainda teremos. Após o café, teremos a primeira mesa da manhã sobre repercussões endócrinas da obesidade e síndrome metabólica.

Para terminar o dia e a parte científica do nosso evento, uma inovação. Faremos uma mesa chamada "Mosaico Endocrinometabólico". Cada palestrante terá 10 minutos para fazer uma apresentação utilizando apenas artigos publicados no ano de 2009. Será uma superatualização, com direito a um debatedor de altíssimo gabarito para comentar todas as surpresas e inovações que tivemos neste último ano.

O Local

O Encontro deste ano será realizado em um dos mais novos e charmosos hotéis de búzios: o Ferradura Resort. Com uma estrutura simplesmente maravilhosa (vejam as fotos), o hotel tem 52 apartamentos que ficarão totalmente a nossa disposição. Além disso, conseguimos também fechar o Ferradura Private (mais 15 apartamentos), que fica a apenas 1 km do local e apresenta um dos visuais mais bonitos de Búzios. Não é a toa que faremos nossa tradicional festa do presidente nele do sábado à noite.

Como nosso evento vem crescendo a cada ano, sabemos que precisaremos de mais quartos para acolher todos os nossos convidados. Para isso, escolhemos duas das mais bonitas e tradicionais pousadas de Búzios: a Pedra da Laguna e a Pontal da Ferradura. Localizadas a apenas 700 metros do hotel, cada uma delas apresenta uma estrutura invejável, com todo o charme e conforto característicos de Búzios. Para melhorar, conseguimos um excelente preço para essas pousadas, de modo a levar o mais número de pessoas possíveis (alunos, essas são pra vocês).

A Programação Social

A Programação Social de nosso Encontro ainda está sendo completamente definida. Teremos um coquetel na sexta-feira para celebrar a diplomação de nossos alunos e para comemorar o Jubileu de Prata. Depois, o nosso tradicional jantar com uma surpresa. No sábado, estamos organizando um almoço diferente na beira da piscina (mais uma vez, olhem as fotos), com opções que vão deixar todos com água na boca. Pra terminar, a festa do Presidente. Só pra vocês terem uma idéia, a festa será realizada no *deck* do Hotel Ferradura Private, mesmo local que é realizada uma das mais badaladas festas de Reveillon de Búzios.

Agora só faltam vocês.

Pousada Pedra da Laguna

Eles & Elas: Elos Endócrinos
11 a 13 de dezembro 2009
Hotel Ferradura Resort – Búzios/RJ

11/12/09 Sexta-Feira

Abertura – *Dra. Amanda Athayde*, *Dr. Ricardo Meirelles*, *Dr. Luiz Cesar Póvoa* e *Dr. Raul Faria Jr.*

Prêmio José Schermann – Dra. Doris Rosenthal
Título: Tireóide: Do Colóquio ao EBT

Miniconferência 1 – Insulina e IGF-1
Conferencista: *Dr. Mário Saad*
Presidente: *Dra. Amanda Athayde*

Miniconferência 2 – Novos Medicamentos no Tratamento da Osteoporose
Conferencista: *Dr. Luis Henrique de Gregório*
Presidente: *Dr. Luiz Augusto Russo*

Jubileu de Prata
Organização: *Dra. Carmen Assumpção*

Diplomação dos Novos Endocrinologistas
Dra. Amanda Athayde, *Dr. Ricardo Meirelles*, *Dr. Luiz Cesar Póvoa* e *Dr. Raul Faria Jr.*

12/12/09 Sábado

Encontro com o Professor

Mesa 01 – Interpretação das Dosagens Hormonais Masculinas
Professor: *Dr. Jucimar Oliveira*

Mesa 02 – Contracepção Hormonal Masculina e Feminina: o que há de novo?
Professor: *Dra. Ruth Claplauch*

Mesa 03 – Reposição Hormonal na Jovem com Hipogonadismo: cuidados e opções
Professor: *Dra. Edna Pottes*

Simpósio 1 – Repercussões Endócrinas da Obesidade e Síndrome Metabólica
Presidente: *Dr. Leão Zagury*

Tema 1: Síndrome de Ovários Policísticos na Mulher e no Homem
Palestrante: *Dr. Walmir Coutinho*

Tema 2: Sensibilizadores de Insulina e Síndrome de Ovários Policísticos
Palestrante: *Dra. Érika Paniago*

Tema 3: DM, Disfunção Eréctil e vice-versa
Palestrante: *Dr. Ricardo Meirelles*

Simpósio 2 – Mosaico Endocrinometabólico
Presidente: Dr. Amélio Godoy-Matos

Tema 1 – Diabetes Mellitus
Palestrante: *Dra. Rosane Kupfer*

Tema 2 – Neuroendocrinologia
Palestrante: *Dra. Flávia Barbosa*

Tema 3 – Endocrinopediatria
Palestrante: *Dra. Vera Leal*

Tema 4 – Terapia de Reposição Hormonal e Risco Cardiovascular
Palestrante: *Dr. Alexandre Hohl*

ASSEX IEDE

XXXVIII Encontro Anual do IEDE

11 a 13 de dezembro de 2009
Eles & Elas: Elos Endocrínos
Hotel Ferradura Resort Búzios - Rio de Janeiro

FICHA DE INSCRIÇÃO / RESERVA

Enviar juntamente com os cheques nominais à ASSEX para: Rua Moncorvo Filho, 90 centro Cep. 20 211-340 Rio de Janeiro/RJ

Nome p/ Crachá:_____ Especialidade:_____

RG:_____ CPF:_____

Tel.: (_____)_____Fax_____e-mail:_____

End.:_____Bairro:_____Cep:_____UF_____

Acompanhante(s)*:_____

_____

Pacote: ( ) A vista ( ) 2 parcelas ( ) 3 parcelas ( ) Ferradura Resort ( ) Pedra da Laguna ( ) Ponta da Ferradura

Data:_____/_____/2009 Assinatura:_____

* Criança, favor informar data de nascimento.

Valores dos pacotes para 03 dias e 02 noites

Hotel / Pousadas	Distância	Valor do apto	3° Pessoa	Crianças	Idade
Ferradura Resort	Local do Evento	R$980,00	R$330,00	R$147,00	Até 12 anos
Pedra da Laguna	700 metros	R$765,00	R$250,00	R$200,00	Até 12 anos
Pontal da Ferradura	700 metros	R$724,00	R$265,00	-	-
01 Crianças: até 08 anos "Free" no apto junto com os pais.					

O pacote inclui: "Check in" dia 11/12 as 13:00h /"Check out" dia 13/12 as 12:00h sem Almoço.

- Inscrição no evento
- Pensão completa, com água e refrigerante, durante as principais refeições, que serão servidas no hotel do evento. Para os que estão hospedados nas duas pousadas, o café da manhã serão servidos nas mesmas
- Coquetel de abertura
- Jantar do dia 11/12/09
- Almoço de confraternização dia 12/12/09
- Jantar e festa da Presidente no Sábado dia 12/12/09.

OBS: Em caso de desistência não serão devolvidos os valores pagos.

Participantes que não estão hospedados no hotel e/ou nas pousadas indicadas:
Inscrição R$ 300,00 - Acompanhante R$ 120,00
Participação na programação científica e social do evento, conforme pacote acima.

Inscrições e informasções pelo site www.assex.org.br

Lançamento

Registro: 1.0525.0031

METTA SR

cloridrato de metformina

A nova identidade da metformina de liberação prolongada

Meta de adesão:
Possui menor índice de abandono: 1,8% de liberação prolongada *vs.* 5,9% de liberação imediata[1,2]

Meta de tolerabilidade:
menos efeitos gastrintestinais[2,3]

Meta de acesso:
a metformina de liberação controlada mais econômica[5]

DOSE ÚNICA DIÁRIA[4]

Apresentação:
500 mg com 30 comprimidos

Após liberação total da metformina, a matriz do comprimido é liberada nas fezes.

Referências bibliográficas: 1- Davidson J. et al. "New prolonged-release metformin improves gastrointestinal tolerability." Br J. Diabetes Dis 2004; 4:273-7. **2-** Blonde L et al. "Gastrointestinal tolerability of extended-release metfromin tablets compared to immediate-release tablets: results of a retrospective cohort study." Curr. Med. Res. Opin. 2004; 20(4): 565-72. **3-** Fujioka K. et al. "Efficacy, dose-response relationship and safety of once-daily extended-release metformin (Glucophage XR) in type 2 diabetic patients with inadequate glycaemic control despite prior treatment with diet and exercise. " Diabetes Obes Metab 2005; 7(1):28-39. **4-** Bula do Produto. **5-** Revista ABC FARMA nº 211, Mar/2009.

METTA SR (cloridrato de metformina). **Registro MS 1.0525. 0031. USO ADULTO. Composição:** Cada comprimido contém 500 mg de cloridrato de metformina (equivalente a 390 mg de metformina base). Forma Farmacêutica e Apresentação: embalagens com 30 comprimidos de ação prolongada. Indicações: agente antidiabético, para o tratamento de: Diabetes do tipo 2, isoladamente ou complementando a ação de outros antidiabéticos (como as sulfoniluréias). Diabetes do tipo 1: como complemento da insulinoterapia em casos de diabetes instável ou insulino-resistente. Também indicado na Síndrome dos Ovários Policísticos (S. de Stein-Leventhal). **Contra-indicações:** Gravidez e lactação; insuficiência renal; ICC; IAM; patologias agudas com risco de alteração da função renal: desidratação, febre, estados infecciosos e/ou hipóxicos graves (choque, septicemia, infecção urinária, pneumopatia); descompensação cetoacidotica, pré-coma diabético; conhecida hipersensibilidade a qualquer um dos componentes dos produtos. **Precauções e advertências:** antes de iniciar o tratamento deve-se medir a creatinina sérica e, a seguir, monitorá-la regularmente. É necessária cautela se houver qualquer elevação da creatinina sérica. Deve-se interromper o tratamento com metformina 48 horas antes da realização de exames radiográficos com contrastes, só reiniciando-o 48 horas após a realização dos exames, de maneira a evitar ocorrência de acidose láctica, que pode ser fatal. A insuficiência renal aguda pode levar ao acúmulo de metformina. O aparecimento de cãibras musculares, alterações digestivas, dores abdominais e astenia intensa deve despertar a atenção do médico. O tratamento deve ser interrompido se houver elevação de lactato no sangue, acompanhada de aumento da creatinina sérica. Pediatria: este medicamento não é indicado para crianças abaixo de 17 anos. Pacientes idosos: deve ser usado com cautela, nos quais a dose inicial e de manutenção devem ser conservadoras. Quaisquer ajustes de posologia somente devem ser feitos após cuidadosa avaliação da função renal. Em geral, os pacientes idosos não devem receber a dose máxima do produto. **Interações medicamentosas:** Certos agentes hiperglicemiantes (corticosteróides, diuréticos tiazídicos, contraceptivos orais, fenotiazinas, agentes simpaticomiméticos β2, tetracosactida, danazol, estrógenos, hormônios tireoidanos, fenitoína, ácido nicotínico, bloqueadores de canais de cálcio e isoniazida) podem tornar necessário aumento da dose de metformina ou a sua combinação com sulfonilureias hipoglicemiantes ou terapia com insulina. Os IECAs podem reduzir a glicemia. Os diuréticos, especialmente os de alça, podem levar ao acúmulo de metformina e risco de acidose láctica. Pode ocorrer falência renal com acúmulo de metformina e risco de acidose láctica em decorrência da utilização intravascular de contrastes iodados. É necessário estar atento à potencialização de ação, quando administrada em associação com insulina ou sulfoniluréias. Outros medicamentos listados a seguir podem interagir com a metformina: furosemida, amilorida, tiazida, cimetidina, nifedipino, digoxina, morfina, procainamida, quinidina, quinino, ranitidina, triantereno, trimetropina, vancomicina, niacina, fenotiazina, clofibrato, inibidores da MAO, probenecida, propranolol, rifabutina, rifampicina, salicilatos, sulfonamidas. **Reações adversas:** hipoglicemia, diminuição da absorção de vitamina B12, distúrbios do paladar, cefaleia, náuseas, vômitos, diarreia, indisposição gástrica, gases, perda de peso e do apetite. Estas últimas reações ocorrem mais durante o início do tratamento e regridem espontaneamente na maioria das vezes. Anormalidades em testes da função hepática ou hepatite, que se resolvem com a descontinuação do tratamento. Reações na pele tipo eritema, prurido e urticária. Acidose láctica (muito rara). Alterações nos exames laboratoriais: pode haver resultado falsopositivo de cetonas na urina. Concentrações de lactato, colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos podem estar alteradas. **Posologia:** não deve ser excedida a dose diária máxima recomendada (2.550 mg/dia). Deve ser tomada diariamente, sem interrupção, exceto quando orientado pelo médico. Os comprimidos devem ser engolidos inteiros sem serem mastigados, durante o jantar e junto com a comida. Os componentes inertes dos comprimidos podem ocasionalmente aparecer intactos nas fezes como uma massa hidratada parecida com o comprimido original. Caso haja esquecimento de administração de uma dose, deve-se tomar a dose seguinte no horário habitual. A dose terapêutica inicial é de 1 comprimido, uma vez ao dia, no jantar. Se necessário, a dose será aumentada de 1 comprimido, a cada 2 semanas, até chegar ao máximo de 4 comprimidos, equivalentes a 2 g de metformina (sempre no jantar). Em pacientes que já fazem uso de metformina simples, a dose inicial deve ser equivalente à dose diária total dos comprimidos simples. Se o controle glicêmico não for alcançado com a dose máxima diária uma vez ao dia, a mesma dose pode ser considerada, mas dividida ao longo do dia (2 comprimidos no café e 2 no jantar). Pacientes diabéticos Tipo 2: a metformina pode ser usada isoladamente ou em combinação com sulfonilureias hipoglicemiantes. Se a metformina for usada em substituição ao tratamento com outros hipoglicemiantes orais (exceto a clorpropamida), a troca pode ser feita imediatamente. Se o agente for a clorpropamida, na passagem para a metformina, durante 2 semanas, deve-se estar atento a possibilidade de reações hipoglicêmicas. Pacientes diabéticos Tipo 1: a metformina nunca substitui a insulina mas pode permitir redução nas doses de insulina e obtenção de uma melhor estabilização da glicemia. Se a dose de insulina for menor que 40 unidades/dia, a metformina deve ser administrada na dose usual de 2 comprimidos ao dia (1 pela manhã e 1 à noite), aumentando-se para 3 comprimidos ao dia, se necessário. A dose de insulina é, simultaneamente, reduzida de 2 a 4 unidades a cada dois dias. Se a dose de insulina for maior que 40 unidades/dia, é aconselhável hospitalizar o paciente para efetuar a combinação. Simultaneamente, a dose diária de insulina é reduzida, a partir do 1º dia, de 30 a 50%. Síndromes dos Ovários Policísticos: usualmente 1.000 a 1.500 mg/dia, em uma única tomada. Aconselha-se iniciar com dose de 500 mg/dia e aumentar gradualmente a dose (1 comprimido a cada semana) até atingir a posologia desejada. **(Fev 09). VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** "SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO".

Interação medicamentosa: corticosteroides
Contraindicação: insuficiência renal

SAT 0800-770-8818 Serviço de Atendimento Torrent

torrent online www.torrentonline.com.br

metabolismo torrent

ASSINADA PARCERIA ENTRE O IEDE E O HOSPITAL DE SARACURUNA

O Ambulatório de Neuroendocrinologia do IEDE conta agora com a colaboração do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (Hospital de Saracuruna), que passará a fazer os exames de Ressonância Magnética para os pacientes com tumores hipofisários. Os diretores do IEDE, Dr. Ricardo Meirelles, e do HEAPN, Dr. Manoel Moreira, assinaram, em junho, documento que estabelece uma parceria entre os hospitais, não só para os exames de imagem, mas que inclui também os procedimentos neurocirúrgicos, quando necessários. Estes serão realizados pelo Chefe do Serviço de Neurocirurgia do HEAPN, Dr. Flavio Falcometa, sempre com o apoio do Serviço de Endocrinologia do IEDE, que se encarregará dos cuidados clínicos pré e pós-operatórios. A cooperação entre os dois órgãos da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro garantirá atendimento de qualidade aos pacientes com doenças da hipófise e agilizará o tratamento.

A possibilidade de realizar todas as cirurgias com o mesmo neurocirurgião é, sabidamente, uma forma de obter melhores resultados. Além disso, os pós-graduandos do IEDE terão oportunidade de acompanhar seus pacientes antes e depois dos procedimentos cirúrgicos, obtendo uma experiência impossível de conseguir de outra forma. A uniformidade de condutas viabiliza, também, a realização de estudos prospectivos e retrospectivos de qualidade, com menos vieses. ■

Dr. Ricardo Meirelles (Diretor do IEDE) e Dr. Manoel Moreira (Diretor do HEAPN) na assinatura do Convênio

ACONTECIÊNCIAS

Por Isabela Bussade

PREMIO CREMERJ

O IEDE, representado pelo Serviço de Diabetes na pessoa da Dra Rosane Kupfer e pela brilhante residente Denise Momesso, fez bonito no VI Prêmio de Residência Medica realizado pelo CREMERJ que aconteceu no ultimo mês.

Concorreram ao prêmio cerca de 100 trabalhos científicos de várias instituições do Rio de Janeiro em várias áreas da medicina. Dra Denise, após apresentação oral, foi aclamada com o terceiro lugar e muito elogiada pelo seu trabalho/ monografia, onde estudou a correlação de gordura epicárdica e composição corporal em pacientes diabéticos.

TEEM

Aconteceu em Belém, durante o Congresso Brasileiro de Atualização em Endocrinologia e Metabologia (CBAEM), a prova de Título de Especialista em Endocrinologia e Metabologia (TEEM) de 2009.

Mais uma vez, entre o número de inscritos, era expressiva a presença do IEDE, que teve no total 12 médicos aprovados. Na próxima edição, uma reportagem completa sobre os novos titulados.

Parabéns a todos!

ENDORIO

Setembro é mês de ENDORIO. O evento, já oficial para todas as especialidades (não apenas endocrinologistas, mas todos comprometidos com a boa pratica médica), é respaldado nas evidencias e na experiência dos diversos serviços de endocrinologia de nossa cidade.

Esta ano, o evento acontece nos dias 11 e 12 e conta com nomes expressivos da endocrinologia de todas gerações.

Palmas para os organizadores, principalmente Dra Vivian Ellinger, como presidenta da SBEM – Regional RJ.

DR. ALVARO

Lindas e emocionadas as manifestações de carinho enviadas por e-mail sobre a aposentaria do Dr Álvaro, médico do Serviço de Endocrinologia.

No grupo de amigos, declarações emocionadas da Dra Rosita , Dra Maria Lucia Fleiuss de Farias, Dr Leão Zagury e mais algumas dezenas de amigos.

Todos deixando muito claro a admiração pelo grande mestre e amigo de longos e bons anos...

MESTRADO E DOUTORADO

O Serviço de Metabologia está em festa. No último mês, o Dr. Amélio de Fernando Godoy-Matos obteve o título de Doutor e a Dra. Cynthia Melissa Valério o título de Mestre.

Com inúmeros trabalhos nos últimos anos, o Serviço de Metabologia ganha corpo com estas conquistas e consolida-se com referência em atendimento assistencial e pesquisa.

Parabéns e mãos a obra, pois o trabalho não pode parar!

PARCERIA IEDE, UFRJ E UNIVERSIDADE DE NÁPOLES

Uma parceria realizada entre o Serviço de Endocrinologia do IEDE (via Dra. Dayse Caldas), o Serviço de Endocrinologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (via Dra. Alice Violante) e a Universidade de Nápoles "Federico II" (via Dra,. Annamaria Colao) vem rendendo muitos frutos. Além de permitir a conclusão da tese de Doutorado da Dra. Érika Naliato, a parceria permitiu a publicação de 04 artigos originais envolvendo os 03 serviços. Uma prova que parcerias precisam ser realizadas e que os resultados podem ser ainda maiores que nossas expectativas.

Para conhecer os artigos, é só ver abaixo:

Body fat in men with prolactinoma. Naliato EC, Violante AH, Gaccione M, Caldas D, Lamounier Filho A, Loureiro CR, Fontes R, Schrank Y, Costa FS, Colao A. J Endocrinol Invest. 2008 Nov;31(11):985-90.

Body fat in men with prolactinoma. Naliato EC, Violante AH, Gaccione M, Caldas D, Lamounier Filho A, Loureiro CR, Fontes R, Schrank Y, Costa FS, Colao A. J Endocrinol Invest. 2008 Nov;31(11):985-90.

Body fat in nonobese women with prolactinoma treated with dopamine agonists. Naliato EC, Violante AH, Caldas D, Lamounier Filho A, Loureiro CR, Fontes R, Schrank Y, Souza RG, Costa PL, Colao A. Clin Endocrinol (Oxf). 2007 Dec;67(6):845-52. ■

O Sérgio Franco possui as soluções de que você precisa.

Conheça as ferramentas e facilidades para você e o seu consultório.

Portal do Médico

Um guia completo de informações e ferramentas para gerenciar o seu consultório e agilizar a sua rotina, com toda facilidade.

Acesse: www.portaldomedico.com.br.

DeskDoc – Seu paciente em tempo real

Foi criado para facilitar o acompanhamento dos exames de seus pacientes. Um pequeno programa (*widget*) que se transforma em um canal de informação sobre os pedidos de exames requeridos e os resultados. Baixe o programa no Portal do Médico ou no site do Sérgio Franco.

Pioneirismo também na mobilidade

O Sérgio Franco é o primeiro laboratório brasileiro a lançar uma página exclusiva para iPhone. Lá, você e seus pacientes encontram as informações necessárias sobre o andamento e resultados de exames.

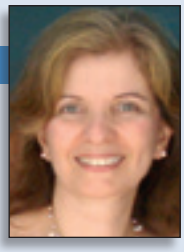
Central de Relacionamento Médico

Canal de comunicação no qual médicos de cada área da medicina diagnóstica ficam à disposição da classe médica para acompanhar a realização de exames, conversar sobre resultados e ouvir sugestões.

DESDE 1940 SérgioFranco Medicina Diagnóstica

www.sergiofranco.com.br • Central de Relacionamento Médico: (21) **2672-7001**

CENTRO DE ESTUDOS



Dra. Carmen Regina Leal de Assumpção
Presidente do Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Jayme Rodrigues - CEA

MISSÃO DO C.E.A

"O Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Jayme Rodrigues é um órgão do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione cuja finalidade é promover, estimular, planejar, coordenar, e acompanhar as atividades de cunho técnico-científico e cultural e de sua integração com a comunidade de profissionais e de usuários criando um fórum de reflexão e contribuindo para a melhoria das ações em saúde." O Prof. Jayme Rodrigues recebeu esta homenagem do CEA por ser um dos pioneiros na criação do IEDE.

Componentes do CEA

- Presidente: *Dra. Carmen Regina Leal de Assumpção;*
- Coordenadora de Educação Continuada: *Enfermeira Márcia Cristina João Furtado;*
- Coordenador de Formação e Pós-Graduação: *Dr. José Maurício de Almeida Braga;*
- Coordenadora Administrativa: *Bibliotecária Beatriz de Saldanha da Gama Garrido*

O CEA é responsável pela Residência Médica do IEDE, que remonta aos anos 70 e já formou centenas de endocrinologistas que hoje trabalham em quase todos os estados brasileiros. Também somos responsáveis pelos estagiáriarios bolsitas da Secretaria de Saúde.

SESSÕES CIENTÍFICAS

As Sessões Científicas são de padrão internacional, tratam de casos clínicos do próprio hospital ou da clínica privada dos staffs e são regidas sob os princípios éticos. Ocorrem, nelas, também palestras ministradas por convidados e filmes educativos.

Você, que foi ex-aluno, venha discutir seu caso clínico nas Sessões que são realizadas às 5ª feiras a partir das 10 horas, no Auditório Dona Anna.

Notícias do CEA

- A Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia do IEDE recebeu homenagem do Ministério da Saúde como a mais bem colocada no Ranking 2009, sendo a 1ª opção entre os hospitais com esta especialidade por Residentes de Medicina.
- As Sessões em Inglês (iniciadas este ano) já são um sucesso! Um sonho antigo do Dr. Luis César Póvoa e que se tornou realidade com a brilhante participação dos alunos. O objetivo é treiná-los para Congressos Internacionais e também praticar a conversação.

O Centro de Estudos Jayme Rodrigues (CEA) se localiza no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luis Capriglione Rua Moncorvo Filho , 90 – Centro, Sala do Centro de Estudos , 2º andar.
Dra Carmen Regina Leal de Assumpção
Presidente do Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Jayme Rodrigues - IEDE
Tel.: 2332-7154 - ramal: 1193 Email: cea@saude.rj.gov.br e coreme.iede@saude.rj.gov.br ■

SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA

por Vera Leal

VÍRUS INFLUENZA A (H1N1) E A TIREÓIDE

Em tempos de "Gripe Suína" ou de qualquer pandemia, as especialidades desaparecem e todos os envolvidos na área de saúde se tornam membros ativos. Até o presente momento, as complicações mais temidas dessa gripe são as pneumonias bacterianas ou mesmo virais. Se o paciente apresenta doença endócrina concomitante, como Diabetes ou Obesidade, o risco aumenta.

Agora que a situação parece começar a acalmar, com a diminuição de novos casos, fiquei pensando como nós, da área de Endocrinologia, deveríamos ter um olhar Médico mais específico sobre o assunto.

Sabemos que a Tireoidite Subaguda, também chamada de Tireoidite de De Quervain ou Tireoidite Granulomatosa, é um processo inflamatório e tende a ocorrer após epidemias virais, entre elas a Influenza. Na sua fisiopatologia, ocorre destruição dos folículos e liberação dos hormônios tireoidianos na corrente sanguínea, com quadro doloroso local. O paciente apresenta um quadro clínico e laboratorial de hipertireoidismo e ainda aumento do VHS. A imagem cintilográfica reflete uma captação nula ou muito baixa. Com a supressão do TSH e desorganização celular, segue-se um período de hipotireoidismo transitório. Alguns meses após o quadro inicial, a glândula estabelece sua função normal.

Existe uma carência de dados disponíveis no Brasil sobre a epidemiologia da Tireoidite sub-aguda. Este fato já foi demonstrado pelo Dr. Marcos Tambascia, na sua tese de doutorado, com dados da década de 80. Ainda atualmente, um artigo de revisão sobre epidemiologia das doenças endócrinas nos Estados Unidos publicado no JCEM (Volume 94(6), June 2009) apresenta dados referentes à Tireoidite subaguda da década de 70.

Sabemos que a Tireoidite pós-viral não ocorre com frequência e que a presença do HLA B-35 predispõe ao surgimento dessa doença. Fica assim o alerta para o que possa vir a ocorrer após a epidemia do vírus da Influenza A H1N1, referente à área da Tireoidologia. ■

Levoid®

levotiroxina sódica

Estabilidade para o bem-estar.

- Adequado às condições de temperatura e umidade do Brasil.[1]
- 100% de dissolução em 10 minutos.[2]
- Levotiroxina micronizada: garantia de dose homogênea.[3-5]

Material técnico-científico exclusivo à classe médica.

Referências Bibliográficas: 1) ANVISA:Resolução RE nº 398, de 12 de novembro de 2004. **2)** Dados constantes no Registro do Produto. **3)** Rogers TL; Johnston KP; Williams RO: Solution-based particle formation of pharmaceutical powders by supercritical or compressed fluid CO2 and cryogenic spray-freezing technologies. Drug Dev Ind Pharm;27(10):1003-15, 2001. **4)** Rasenack N; Müller BW: Micron-size drug particles: common and novel micronization techniques. Pharm Dev Technol;9(1):1-13, 2004. **5)** Chaumeil JC: Micronization: a method of improving the bioavailability of poorly soluble drugs. Methods Find Exp Clin Pharmacol;20(3):211-5, 1998.

CAC
Central de atendimento a clientes
0800 701 6900
cac@ache.com.br
8:00 h às 17:00 h (seg. a qui.)
8:00 h às 12:00 h (sex.)

ache

SERVIÇO DE METABOLOGIA

por Amélio F. Godoy-Matos

SERVIÇO DE METABOLOGIA A TODO VAPOR

O Serviço de Metabologia do IEDE está a todo vapor, com os ambulatórios de Metabologia Geral (Obesidade e Síndrome Metabólica), de Metabologia em Adolescentes, de Dislipidemia e de Lipodistrofia. Sofrendo com uma deficiência crônica de falta de "staffs", o serviço teve a alegria de receber 2 novos endocrinologistas: Dra. Márcia Helena Costa e o Dr. Miguel Madeira. Assim, poderá incrementar seu número de atendimentos e, dada à qualidade dos novos médicos, aumentar sua participação em pesquisas, uma vocação do Serviço desde a sua fundação. É bom lembrar que contamos com os Drs. Rodrigo Moreira, Lucia Carraro, Liliam Mattos, Érika Paniago, Luciana Lopes, Cynthia Valério e Fernanda Vaisman entre "staffs" e voluntários colaboradores. Os frutos dessa união e da nossa vocação vêm aparecendo e só este ano já foram publicados alguns artigos relacionados à nossa área de pesquisa, listados abaixo.

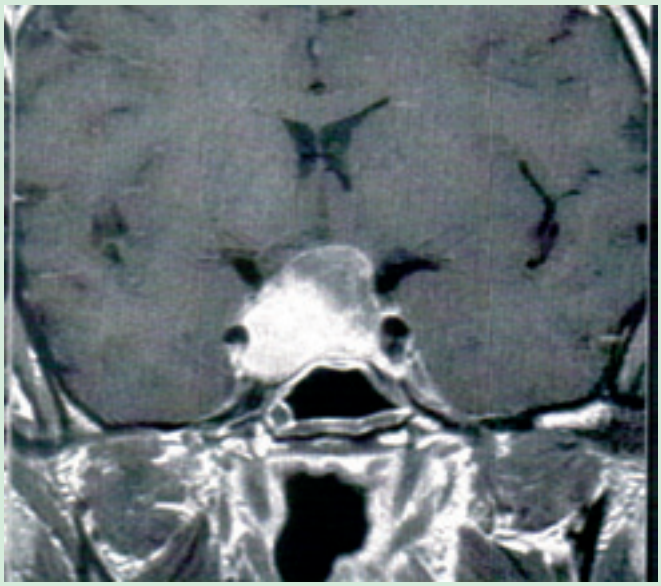
1. Em Junho de 2009, foi publicado no Gynecology and Endocrinology (Gynecol Endocrinol. 2009 Jun 12:1-6), o artigo "Central-to-peripheral fat ratio, but not peripheral body fat, is related to insulin resistance and androgen markers in polycystic ovary syndrome." de Godoy-Matos AF, Vaisman F, Pedrosa AP, Farias ML, Mendonca LM, Pinheiro MF. Esse artigo foi o resultado final da monografia das ex-residentes Fernanda Vaisman e Aline Pedrosa.
2. Em março de 2009, publicamos, nos Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolgia (Arq Bras Endocrinol Metabol. 2009 Mar;53(2):252-61), uma revisão sobre o manejo da obesidade na adolescência: "Management of obesity in adolescents: state of art." de Godoy-Matos AF, Guedes EP, Souza LL, Martins MF.
3. Em Julho de 2009, foi publicado no Clinical Biochemistry (Clin Biochem. 2009 Jul;42(10-11):1183-6) o artigo "Serum retinol binding protein 4 in patients with familial partial lipodystrophy." de Godoy-Matos AF, Moreira RO, MacDowell R, Bendet I, Mory PB, Moises RS. Esse artigo foi o resultado da monografia de fim de curso da ex-pós-graduanda e atual staff do IEDE, Dra Renata MacDowell.

Neste mês de Agosto, o Serviço está em festa. O Dr.Amélio Godoy-Matos defendeu a sua tese de doutorado na UERJ e obteve nota 10 com louvor. Sob a orientação da Profa. Eliete Bouskela e co-orientação do Prof. Luiz Guilherme Kraemer-Aguiar, a tese com o título "Relação entre a Síndrome Metabólica, Teor de Gordura Intramiocelular e os Níveis Plasmáticos da Adiponectina: papel da Rosiglitazona" está bem ajustada com a missão do Departamento de Metabologia do IEDE. Ainda em Agosto, a Dra Cynthia Valério defenderá a sua tese de mestrado na UFRJ, dentro da linha estudada no ambulatório de lipodistrofia "Estudo da Composição Corporal com Densitometria por Dupla Emissão de Raios-X (Dexa) em Pacientes com Lipodistrofia Familiar". Seus orientadores são os Profs. Lenita Zajdenverg, José Egidio Paulo de Oliveira e o próprio Dr. Amélio. Aliás, esta é uma política do Serviço: unir-se aos outros Serviços de excelência no Brasil e no exterior para poder crescer. ■

DESAFIO DIAGNÓSTICO

por Dr.Alexander Benchimol

RNM de sela turca de paciente do sexo masculino, 48 anos de idade, sem antecedentes prévios. Há 40 dias apresentou diminuição da acuidade visual bilateral. Negava cefaléia, náuseas, vômitos, diplopia, aumento de peso, vertigem, galactorréia e letargia. Há 3 meses apresentava diminuição da libido sem procurar o médico na ocasião.
Qual o diagnóstico? ■



ENDOCRINOLOGIA ESTÉTICA

Depois de oito versões da Jornada de Endocrinologia em 1 dia, este ano a pós-graduação de Endocrinologia da PUC promove o Primeiro Simpósio sobre Endocrinologia da Estética.

O Excesso de peso cosmético, o hirsutismo, a acne e outros temas relacionados com aspectos endócrinos e metabólicos da estética serão abordados por especialistas das áreas de Endocrinologia, Dermatologia e Cirurgia Plástica. O evento terá como sede a Academia Nacional de Medicina e leva o apoio institucional da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia e da Associação Brasileira Para estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica.

Além de reunir os especialistas, o simpósio será transmitido por internet em tempo real através do site da Academia Nacional de Medicina.

– "A discussão das evidencias cientificas acerca dos aspectos estéticos dos transtornos endócrinos e metabólicos é o melhor caminho para resgatarmos a ética dos tratamentos para a estética", ressalta Luiz César Povoa, idealizador do simpósio e Professor titular de Endocrinologia da PUC Rio.

Maiores informações podem ser obtidas no site www.posgradendo.com.br ou pelo telefone 21 2507-3713. ■

PUC News

por Luiz Cesar Póvoa

- A comissão editorial do EndoPills, após avaliar a opinião dos leitores, decidiu fazer um jornal eletrônico e gráfico a cada 2 meses sendo seu conteúdo discutido numa sessão de quinta-feira – Luiz César Povoa (A49)
- Será Publicado no JCEM- Bore e cols sugerem que o nosso apetite é modulado por sinais gerados pela passagem dos alimentos na boca e tubo GI
- Será publicado no JCEM – Rapra e cols sugerem o PAAF, a dosagem urinária de iodo, a determinação de gens alternativos facilitariam o diagnostico do Hipodiroidismo sub-clinico na infância.
- GH e doping - O uso de GH como monodroga não atinge os efeitos desejados, daí a freqüente associação com esteroides anabolizante e insulina.
- Será publicado no JCEM - Tivestem e cols que os níveis baixos de testosterona ou estradiol ou ambos é importante fator de risco para óbito em homens
- No ENDO 09, em pôster, Frideman e cols mostram que alterações no eixo do cortisol e receptores justificam a intolerância glicídica que os fumantes apresentam.
- Asscher e cols em pôster no ENDO 09 concluem que o uso de andrógenos em homossexuais é relativamente seguro enquanto o uso de etinil estradiol parece estar associado a aumento de mortalidade. ■

SIMPÓSIO DE ENDOCRINOLOGIA DA ESTÉTICA

DATA: 07 DE NOVEMBRO DE 2009 - INÍCIO (SÁBADO)
LOCAL: ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA Carga Horária: 8horas
ORGANIZAÇÃO: ASSEX, PUC, IEDE.
APOIO: SBEM - ABESO - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA

09:00-09:30 **ABERTURA** – *Dr. Luiz Cesar Póvoa, Dr. Ricardo Meirelles* e *Dr. Walmir Coutinho*
09:30-10:00 CONFERÊNCIA – *Pres. Luiz Cesar Póvoa*
PIONEIRISMO DA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA EM NOVOS DESAFIOS *Prof. Pietro Novelinno*

1. MÓDULO - PELE E INFLUÊNCIA DOS HORMÔNIOS – *Pres. Ricardo Meirelles*
10:00-10:20 1.1. ACNE DA MULHER ADULTA Prof. David Azulay
10:20-10:40 1.2. DERMATOSES METABÓLICAS Dr. Jorge Ricardo
10:40-11:00 Discussão

2. MÓDULO - FANEROS – *Pres. Walmir Coutinho*
11:00-11:20 2.1.HIRSUTISMO E HIPERTRICOSE Dra.Valesca Mansur Kuba
11:20-11:40 2.2. ALOPÉCIA Dr.Márcia Ramos e Silva
11:40-12:00 Discussão
12:00-13:00 Brunch

3. MÓDULO - ESTETICA CORPORAL – *Pres. Claudia Pieper*
13:00-13:20 3.1. ESTRATEGIAS PARA PERDA DE PESO,PESO IDEAL x PESO DOS SONHOS – *Dr. Walmir Coutinho*
13:20-13:40 3.2. LIPOASPIRAÇÃO E DERMOLIPECTOMIA - COMO INDICAR – *Dr. Paulo Muller*
13:40-14:00 Discussão

4. DISTRIBUIÇAO DE GORDURA CORPORAL E LIPODISTROFIAS E CELULITE – *Pres. Isabela Bussade*
14:00-14:20 4.1. AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL: MÉTODOS CLÍNICOS, DENSITOMETRIA, TC E RM *Dra. Cynthia Valério*
14:20-14:40 4.2. APARELHOS PARA GORDURA LOCALIZADA E LASER -USOS E ABUSOS – *Dr. Alexandre Filippo*
14:40-15:00 4.3.PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS INVASIVOS – *Dra. Paulina Kede*
Discussão
15:00-15:20 COFEE BREAK

5. IMPACTO ESTÉTICO DE TERAPIAS HORMONAIS – *Pres. Vivian Ellinger*
15:20-15:40 5.1. GH / HORMONIO TIREOIDEANO / GLICOCORTICOIDES – *Dr. Amélio Godoy*
15:40-16:00 5.2. DHEA / TESTOSTERONA : INDICAÇÃO E ABUSOS – *Dr. Ricardo Meirelles*
16:00-16:20 5.3.SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS, ANOVULATORIOS E TRHM:MUDANÇAS NA COMPOSIÇÃO CORPORAL, PESO E PELE. – *Dra. Amanda Athayde*
16:20-16:40 Discussão

6. MÓDULO - COMPORTAMENTO – *Pres. Edna Pottes*
16:40-17:00 6.1. ESTRESSE, CONSEQUENCIAS DERMATOLÓGICAS E METABÓLICAS – *Dra. Isabela Bussade*
17:00-17:20 6.2 SONO E RITMO CIRCADIANO: QUAL O PAPEL DO RELOGIO BIOLÓGICO? – *Dr. Roberto Assumpção*
17:20-17:40 6.3.ETICA NA ENDOCRINOLOGIA ESTETICA – *Dr. Luiz Cesar Povoa*
17:40-18:00 Discussão e Encerramento

INSCRIÇÕES: R$ 200,00 (DUZENTOS REAIS)
ISENÇÃO: ACADÊMICOS DA ANM, ALUNOS DO IEDE
50% DE DESCONTO: MEMBROS da SBEM, SBD (Dermatologia), ABESO e ASSEX
N° DE VAGAS: 230
NÃO SERÃO ACEITAS INSCRIÇÕES NO LOCAL

HISTÓRIA DA MEDICINA – LUIZ CESAR PÓVOA

O BRASIL E SEUS AMIGOS

Nossa especialidade sempre foi solidária com seus pares, seja no Brasil (recente episódio do serviço do Prof. Bernardo Libermam) como no exterior. Em 1902, uma reforma no sistema Hospitalar inglês iria fechar o Hospital São Bartolomeu, onde o amigo de todos nós do Brasil, expoente da Endocrinologia de então, tinha seu serviço. (doc.1 e 2). Em janeiro de 1993, o Ministério da Saúde da Inglaterra nos respondeu dizendo que havia revisto sua política e que o Hospital não seria mais fechado (doc. 3).

Dever de solidariedade amiga cumprido. ■

ST. BARTHOLOMEW'S HOSPITAL, WEST SMITHFIELD, LONDON EC1A 7BE.

DEPARTMENT OF MEDICINE

Departmental Administrator 071-601 8042
Clinical Secretary 071-601 8044
Fax 071-601 8986

PROFESSOR G.M. BESSER

Dr L Povoa
Visconde Silva 52 Sala 1105
Botafogo RJ CEP 22271

9 December 1992

Dear Dr Povoa

Proposed closure of St Bartholomew's Hospital

You may have recently heard that a British Government report, published on 23 October, has recommended that St Bartholomew's should be closed on its present site at Smithfield. The report on the re-organisation of medical care in London has stated that our facilities and specialists should be dispersed to unknown locations. Our existence as a University Hospital is seriously threatened.

We are determined to oppose and successfully reverse this recommendation. I am writing to ask you if you would be prepared to give us your written support, based on your knowledge of St Bartholomew's Hospital as an institution that has always promoted international co-operation and as a centre of clinical and academic excellence.

Political decisions will be taken in the near future and we are therefore asking you to write or fax urgently to the Prime Minister -

The Right Honourable John Major
10 Downing Street
LONDON SW1A 2AA

Fax: 44-71-930-1419

Could you please be sure to indicate that you are giving your support spontaneously. We are extremely grateful for your support.

Yours sincerely

Professor G M Besser
Chief Executive, Professor of Medicine

NHS Management Executive

Department of Health
Quarry House
Quarry Hill
Leeds LS2 7UE
Telephone 0532 545000 ext
GTN 513
Fax 0532

Professor L C Povoa
R. Visconde Silva 52 SALA 1105
Botafogo RJ
BRAZIL

January 1993

Dear Professor Povoa

Thank you for your recent letter to the Minister about your concerns for London Hospitals. I am sorry that you have been worried by reports about the future of London hospitals.

Mrs Bottomley recently said in Parliament that it was vital the Government invest in primary care in London. She also gave an assurance that no decisions will be made until careful consideration has been given.

Sir Bernard Tomlinson and his team looked closely at the problems in delivering health care to the people of London, both residents and those who commute. They have made a number of recommendations which seek to:

- strengthen patient care (particularly concentrating on an increased emphasis on community services);
- address the duplication of specialties and hospital services; and
- improve medical education and research by amalgamating some medical schools and postgraduate institutions.

The Government welcomes the broad conclusions of Sir Bernard Tomlinson's inquiry, particularly the opportunities which it highlights to improve health services for Londoners. I should stress that the issues are not about money, but about reshaping services to continue to meet health needs effectively in the future.

It is clear that Sir Bernard recognises the excellent work done by many of the valuable specialist teams - for example those dealing with cancer patients (including children) or renal services. He has not recommended that teams should be broken up or their services closed down.

Sir Bernard, like the Government, wants the best services preserved and strengthened. He has suggested that where services are moved some buildings may close. It is well known that these include large institutions like St Bartholomew's or Guy's as well as more specialised ones like the Brompton or Marsden. Sir Bernard has recommended that some of their services can be best provided from other sites; he formed the view that there could be significant benefits to patients and advantages for teaching and research from such moves.

Dr Brian Mawhinney, Minister for Health, has visited all the institutions affected by the implications of the Tomlinson report to discuss the issues and to listen to the views of those who work in them. The Government has made it clear that it will listen carefully to the views of staff and patients and consult in the normal way on proposals for any substantial changes such as hospital closures or mergers.

I am grateful for this opportunity to clarify the situation and reassure you that whatever decisions are reached, patients will continue to receive the best possible treatment under the NHS.

Yours sincerely,

WILLIAM PATON
Corporate Affairs Directorate

The Medical College of Saint Bartholomew's Hospital

University of London

Dear Professor Louis Leite Povoa MD PhD FRCP FRCPath
College Secretary: Dr Julian G. Ayre MA DPhil

4 December 1992

Professor Luis C Povoa
R. Visconde Silva No. 52 sala 1105
Botafogo
RJ BRAZIL (CEP 22271)

Dear Professor Povoa,

Thank you so much for your FAX offering your support at our time of difficulty. I am very grateful to you for taking the trouble to communicate with me and I have been moved by the number of letters and FAX messages that have been received by the Medical College and the Hospital offering support.

We are all fighting very hard at the present time and are being encouraged by many of our friends around the world. Your concern has meant a great deal to us all and I should be grateful if you could write to the Prime Minister, Right Hon. John Major at 10, Downing Street, London SW1 expressing the same views, as it is essential that he is made aware of the strength of feeling that there is worldwide, against the implementation of the Tomlinson Report.

Yours sincerely,

LESLEY REES.

West Smithfield, London EC1A 7BE
Fax 071-796 3991
Telephone 071-601 8000
Direct Line 071-601

DIABETES ATUALIDADES

por Rosane Kupfer

DIABETES E VITAMINA D: DEVE-SE AUMENTAR A INGESTÃO DE VIT D EM POPULAÇÕES COM MAIOR RISCO DE DESENVOLVER DIABETES?

Um tema conhecido dos endocrinologistas é a relação entre Vitamina D e o metabolismo ósseo. Porém no último Congresso da Associação Americana de Diabetes, a Vitamina D ganhou um simpósio para a discussão de sua relação com DM2 e com DM1.

A Vit D é uma vitamina solúvel e também um hormônio. Suas principais fontes são as comidas como o salmão, sardinha, leite de vaca e de soja, a exposição aos raios UVB e os suplementos orais que contem 100 a 400 Unidades por comprimido. Os alimentos fortificados são também fonte importante de suplementação de vitamina D. A necessidade diária varia de 200 a 600 unidades/dia, sendo o máximo tolerável de 2.000 U/dia. As formas de Vit D são a D2 ou ergocalciferol ou calcidiol (com meia vida de três semanas é a melhor avaliação do pool de Vit D) e a D3 ou colecalciferol (meia vida de ~7 horas).

A G Pittas e colaboradores (Diabetes Care 2007:30(4):980-986), em uma análise *post hoc*, verificaram que a suplementação de vit D (700 U) e citrato de cálcio (500 mg) em uma população adulta não diabética, com glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dl, por três anos, resultou em menor aumento da glicemia de jejum e do HOMA IR, comparada com placebo. Pittas em sua apresentação nesse simpósio então questiona: "Seria a vitamina D um modulador do risco de DM2"? A 1,25 dihidroxiVitD3 ao entrar na célula beta e se ligar ao receptor promove ações como aumento de síntese e secreção de insulina, modulação de citocinas, FAS, FAS-L, da calbindina (proteína tampão do Cálcio intracelular) e regulação do Cálcio, que é importante para a secreção de insulina. Além disso, a célula beta é capaz de converter a 25 (OH) D em 1,25 VIT D, tornando possível uma ação parácrina desta.

Nos tecidos periféricos, a Vit D aumenta à sensibilidade a insulina (por aumentar a expressão de receptores de insulina), regula a expressão de PPAR (metabolismo dos AGL) e regula o eixo renina-angiotensina (envolvido também na sensibilidade a insulina). Por esses aspectos, a Vitamina D pode ser apontada como um modelador do risco de DM2 e vem sendo investigada no contexto do risco cardiovascular. Infelizmente, até o momento, existem apenas estudos observacionais. Dados apontam para um melhor controle glicêmico no verão em relação ao inverno e o risco de Diabetes parece aumentar na medida em que nos afastamos da linha do Equador. Estudos epidemiológicos como o NHANES de 1979 mostraram que pacientes com DM2 tinham redução de Vit D e no *Nurse Health Study* foi visto que uma maior ingestão de Cálcio e Vit D se relacionaram a um menor risco de DM2 prospectivamente.

O outro lado da questão que devemos nos preocupar é com o limite desta suplementação, principalmente conhecendo os riscos da intoxicação por Vit D. O desafio é certamente termos estudos clínicos controlados de boa qualidade, onde será analisado o real benefício desta suplementação. ■

Thioctacid® HR
ácido tióctico

Contraindicação: Hipersensibilidade conhecida ao ácido tióctico ou a qualquer componente da fórmula.

Interação Medicamentosa: O efeito da cisplatina pode ser reduzido pela administração concomitante de Thioctacid® HR.

Thioctacid HR® ácido tióctico 600mg - Embalagem contendo 30 comprimidos revestidos. USO ORAL – ADULTO. Registro M.S. 1.0089.0330. **Indicações:** Tratamento dos sintomas da polineuropatia diabética periférica. **Contraindicações:** Hipersensibilidade conhecida ao ácido tióctico ou a qualquer dos componentes da fórmula. **Cuidados e Advertências:** O consumo regular de álcool representa um fator de risco significativo para a ocorrência e progressão de quadros clínicos neuropáticos, podendo prejudicar o sucesso do tratamento com Thiotacid® 600 HR. Assim, recomenda-se que pacientes com polineuropatia diabética abstenham-se de bebidas alcoólicas o máximo possível, mesmo durante os intervalos de tratamento. **Gravidez e lactação:** testes toxicológicos não indicaram influência sobre a fertilidade ou no desenvolvimento embrionário. Não foram evidenciados efeitos embriotóxicos. Não se sabe se o ácido tióctico passa para o leite materno. O tratamento com Thioctacid® 600 HR em pacientes grávidas ou amamentando deve ocorrer apenas após cuidadosa avaliação do critério risco/benefício. Gestantes e lactantes só devem fazer uso do produto se expressamente indicado pelo médico. Na ausência de dados clínicos disponíveis, não utilizar o produto em crianças e adolescentes. **Interações medicamentosas:** O efeito da cisplatina pode ser reduzido pela administração concomitante de Thioctacid® 600 HR. Como o ácido tióctico é um quelante de metais, não utilizar simultaneamente com compostos metálicos, como produtos à base de ferro ou magnésio e derivados do leite, em função do seu conteúdo de cálcio. Se a administração de Thioctacid® 600 HR ocorrer 30 minutos antes do café da manhã, produtos contendo ferro e magnésio podem ser utilizados no horário do almoço ou ao anoitecer. Como o efeito hipoglicemiante da insulina e de antidiabéticos orais pode ser intensificado, recomenda-se acompanhamento regular da glicemia, particularmente durante o início do tratamento. Em casos isolados, pode ser necessário reduzir a dose de insulina ou do antidiabético oral, de forma a evitar sintomas de hipoglicemia. **Reações adversas:** Muito raras (< 0,01%): sintomas gastrintestinais: náusea, vômitos, diarréia, dor abdominal. **Reações alérgicas:** erupção cutânea ("rash"), urticária, prurido. Alterações do paladar. Diminuição da glicemia decorrente de um aumento da utilização da glicose, com ocorrência de sintomas semelhantes aos de hipoglicemia (vertigem, sudorese excessiva, cefaléia e alterações visuais). **Posologia:** Em geral, um comprimido (600 mg) uma vez ao dia, em dose única, aproximadamente meia-hora antes da primeira refeição. O uso crônico por via oral do produto foi estudado pelo período de 2 anos. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Maiores informações: Serviço de Atendimento ao Consumidor pelo tel.: **0800-7277293** ou na Internet: **www.merck.com.br**. junho/09

A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

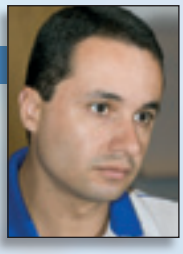
Merck S.A.
Estrada dos Bandeirantes, 1099 – 22710-571
Rio de Janeiro – RJ www.merck.com.br
SAC: 0800 727-7293

SAC

MERCK SERONO

ESPAÇO CIENTÍFICO

por Rodrigo O. Moreira



OFTALMOPATIA DE GRAVES, RESISTÊNCIA A INSULINA, TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL E ALEGLITAZAR

No meio da enxurrada de artigos que vem sendo publicados sobre a gripe causada pelo Influenza H1N1, fica até difícil encontrar artigos nas grandes revistas de clínica. Mas como a endocrinologia vem crescendo cada vez mais, continuam a aparecer artigos importantes e controversos semanalmente. Separei alguns que considerei muito importantes abaixo.

"Treatment Modalities for Graves' Ophthalmopathy: Systematic Review and Metaanalysis"

A pouco tempo comentei sobre um artigo publicado sobre o tratamento da Oftalmopatia de Graves (OG). É interessante ver que, mesmo tendo sido publicadas algumas revisões recentes sobre o assunto, um artigo novo sempre é bem vindo. Nesta revisão sistemática publicada por Stiebel-Kalish e colaboradores (JCEM 2009;94(8):2708-16), os autores avaliam 33 artigos envolvendo 1367 pacientes com OG. O objetivo era avaliar diferentes modalidades de tratamento para essa importante complicação da Doença de Graves. Os autores concluem demonstrando que a utilização de corticoterapia endovenosa apresenta resultados estatisticamente significantes, embora a associação de radioterapia com corticóides pareça ter uma efeito mais favorável que a utilização de corticóides orais isoladamente. Outra opção que mostrou-se válida são os análogos da Somatostatina, porém com resultados limítrofes.

"Hormone Therapy and Ovarian Cancer"

Mais um artigo para "botar lenha na fogueira" na discussão sobre riscos e benefícios da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) na mulher peri- e pós-menopausa. Na edição de 15 de Julho do Jornal of the American Medical Association (JAMA 2009;302(3):298-305), Lina Steinrud Mørch e colaboradores apresentam um estudo de coorte envolvendo mais de 900.000 mulheres com história de ooforectomia bilateral ou sem história de câncer hormônio-dependente. Embora o artigo apresenta uma série de limitações que serão possivelmente discutidas nos próximos congressos, as conclusões dos autores são extremamente impactantes: independente da duração do tratamento, tipo de formulação, dose do estrogênio, tipo de progestina e rota de administração, a TRH esteve associada a um aumento no risco de câncer de ovário. Existe aproximadamente 1 caso extra de câncer de ovário para cada 8300 mulheres fazendo TRH a cada ano. Com certeza, um artigo que merece ser amplamente revisado e discutidos por aqueles que trabalham com TRH.

"Effect of the dual peroxisome proliferator-activated receptor-alpha/gamma agonist aleglitazar on risk of cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes (SYNCHRONY): a phase II, randomised, dose-ranging study"

Embora tenhamos ficado muito desapontados com os resultados do Muraglitazar, as pesquisas com os Agonistas duplos PPAR-alpha/gama ainda continuam. Na edição de 11 de Julho do Lancet (374(9684):126-135), o Dr. Robert Henry e colaboradores publicaram os resultados do estudo SYNCHRONY avaliando 332 pacientes com Diabetes tipo 2 tratados por 16 semanas. Embora sejam resultados de um estudo de curta duração (e os autores deixam isso bem claro em suas conclusões), os resultados apontaram uma redução significativa nos níveis de hemoglobina glicada, triglicérides e LDL colesterol, além de um bom perfil de segurança. São resultados que encorajam estudos com essa classe de medicação e que mostram que os Agonistas duplos PPAR-alpha/gama ainda continuam uma opção para o futuro.

"Erradication of Insulin Resistance"

Para terminar esta coluna, estava passando o olho pelas edições antigas do Lancet (374:264) quando o título de um relato de caso me chamou a atenção: Erradicação da Resistência a Insulina. Achei o título altamente provocativo e fui logo ver do que se tratava o artigo. Os autores relatam um paciente com quadro de Diabetes Mellitus secundário a Síndrome de Resistência a Insulina tipo B (presença de anticorpos anti-receptor da insulina, bloqueando sua ação). Após investigação, foi identificada também a presença de Púrpura Trombocitopênica Imune e de Helicobacter Pylori. Os autores iniciaram esquema para erradicação do H. Pylori e, após 6 meses, houve completa normalização da glicemia e da hemoglobina glicada. Os autores sugerem que o H. Pylori pode estar envolvido no mecanismo fisiopatológico da Síndrome de Resistência a Insulina tipo B. ■

A **hiperglicemia pós-prandial** é um fator independente para o **aumento** do **risco cardiovascular**[1,2,3]

POSPRAND
repaglinida

Protege o paciente dos picos da hiperglicemia pós-prandial[3,5-8]

Ação rápida efetiva sobre a glicemia pós-prandial e a A1c[3,5-8]

- Bioequivalente ao produto de referência[9]
- Posologia cômoda: 1 refeição, 1 comprimido[10]
- A repaglinida com menor custo de tratamento: até **35% de economia**[11]

Posprand também é apresentado em embalagens de 30 comprimidos de 0.5, 1.0 e 2.0mg

POSPRAND®. Uso oral. Uso adulto. COMPOSIÇÃO E APRESENTAÇÃO: comprimidos de 0,5 mg (embalagem com 30), 1 mg ou 2 mg (embalagens com 30 e 60); excipientes: meglumina, poloxâmero 188, povidona, celulose microcristalina, água purificada, amido de milho (seco), fosfato dicálcico anidro, polacrilina, óxido férrico amarelo, óxido férrico vermelho, estearato de magnésio. **INDICAÇÕES:** diabetes tipo 2 não controlado por dieta, redução de peso ou exercícios; também em associação à metformina, em pacientes não controlados somente com a mesma; iniciar o tratamento como adjuvante à dieta e exercícios físicos, para diminuir a glicemia pós-refeições. **CONTRA-INDICAÇÕES:** hipersensibilidade à repaglinida ou aos excipientes; diabetes tipo 1, peptídeo C negativo; cetoacidose diabética, com ou sem coma; gravidez e lactação; crianças com menos de 12 anos; disfunções renais ou hepáticas graves; uso concomitante com medicamentos que interfiram na ação da repaglinida ou que dependam da CYP3A4. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** usar apenas se não ocorrer controle da glicemia com dieta, exercícios e redução de peso; pode ocorrer hipoglicemia, que tende a diminuir com o tempo; associação com metformina pode aumentar risco de hipoglicemia; pode haver perda do controle glicêmico na presença de estresse (febre, trauma, infecção, cirurgia) ou problemas hepáticos ou renais, podendo ser necessário descontinuação e uso de insulina; ter precaução ao dirigir, pelo risco de hipoglicemia; não recomendado para pacientes com disfunção hepática, menores de 18 e maiores de 75 anos. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** evitar o uso durante a gravidez ou lactação. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** inibidores da MAO, betabloqueadores, inibidores da ECA, salicilatos, antiinflamatórios não-esteróides, octreotídeo, álcool e esteróides anabólicos podem aumentar o efeito hipoglicemiante da repaglinida; contraceptivos orais, tiazidas, corticosteróides, danazol, hormônios tireoideanos e simpatomiméticos podem reduzir o efeito hipoglicemiante da repaglinida; betabloqueadores podem mascarar sintomas de hipoglicemia; é possível que cetoconazol, itraconazol, eritromicina, fluconazol e mibefradil aumentem os níveis plasmáticos de repaglinida; rifampicina ou fenitoína podem diminuir esses níveis; considerar potenciais interações no uso associado a outras drogas secretadas pela bile. **REAÇÕES ADVERSAS:** hipoglicemia leve e facilmente controlada com a ingestão de carboidratos; se forem graves, considerar administração intravenosa de glicose; distúrbios visuais transitórios, principalmente no início do tratamento; dor abdominal, diarréia, náuseas, vômitos, constipação; aumento leve e transitório das enzimas hepáticas; prurido, erupções cutâneas, urticária. **POSOLOGIA:** dose determinada de acordo com o paciente; recomenda-se início com 0,5 mg, titulando-se a cada 1 a 2 semanas, segundo resposta glicêmica; uso anterior de hipoglicemiante oral: recomenda-se dose inicial de 1 mg; recomenda-se manutenção com dose máxima de 4 mg, com as principais refeições (máximo de 16 mg/dia). **SUPERDOSES:** pode haver sintomas hipoglicêmicos (tontura, sudorese, tremor, cefaléia etc.), devendo ser corrigida a hipoglicemia (carboidratos orais); casos mais graves, com convulsão, perda da consciência ou coma devem ser tratados com glicose intravenosa. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Farmacêutica Responsável: Luciana Righetto - CRF/SP 32.968. MS 1.1013.0256.002-5/MS 1.1013.0256.009-2/MS 1.1013.0256.010-6/MS 1.1013.0256.016-5/MS 1.1013.0256.017-3. Fabricado e embalado por Glenmark Generics Ltd. Importado e distribuído por Glenmark Farmacêutica Ltda (Rua Alexandre Dumas, 1.711 São Paulo – SP; CNPJ 44.363.661/0001-57).

CÓDIGO AN REV

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1) The DECODE Study Group. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetic Association diagnostic criteria. Lancet 1999; 354: 617–21. **2)** Frandsen KB, Tambascia MA. Repaglinide and Prandial Glucose Regulation: The Rational Approach to Therapy in Type 2 Diabetes? Arq Bras Endocrinol Metab 1999;43/5: 325-335. **3)** Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Tipo 2. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007. **4)** Stratton, IM et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ 2000;321:405-12. **5)** Owens DR. Repaglinide – Prandial Glucose Regulator: A New Class of Oral Antidiabetic Drugs. Diabet Med 15 (Suppl. 4): S28–S36 (1998). **6)** Damsbo P et al. Flexible prandial glucose regulation with repaglinide in patients with Type 2 diabetes. Diabetes Research and Clinical Practice 45 (1999) 31–39. **7)** Fuhlendorff J et al. Stimulation of Insulin Release by Repaglinide and Glibenclamide Involves Both Common and Distinct Processes. Diabetes 47:345–351, 1998. **8)** Landgraf R et al. Metabolic Control with Repaglinide and Rating Patterns of Patients with type 2 Diabetes Compared to Prior Therapy. Poster 335. **9)** Relatório de Estudo de Bioquivalência, PROTOCOLO No: GRC-BS-011-07 - Navi Mumbai - Índia - Data do relatório: 29 de maio de 2007, entre Posprand comprimidos 2 mg da Glenmark Pharmaceuticals Ltd. e comprimidos 2 mg, da NovoNordisk A/S Brasil, em condições de jejum. **10)** Bula do produto **11)** Revista ABCFARMA setembro/08 Preço Fábrica 18%

AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

SAC 0800 773 0130

Os valores estão em nosso DNA

Linha Endometabólica

glenmark

ISSO É O IEDE

"MEU UMBIGO ESTÁ ENTERRADO AQUI"

Por Beth Santos

A princípio, a definição da Dra. Laura Soares sobre o IEDE poderia parecer apenas força de expressão: "É um lugar onde a gente quer ficar, mesmo trabalhando de graça". Mas seu depoimento não deixa dúvidas: ela está no IEDE - entre estudo e trabalho - há mais de 30 anos, não contínuos, sem nunca ter entrado oficialmente para o seu quadro de funcionários. Isto mesmo. Entre algumas idas e vindas, ela atua ali desde 1973 (ano em que se formou) sem receber qualquer remuneração.

Naquele início da década de 70, o IEDE já começava a formar uma boa reputação em Endocrinologia, a especialidade de escolha da recém formada Dra. Laura. Foi conversando com os Drs. Raul e Luiz Cesar que garantiu sua vaga no Curso de Especialização, pois ainda não havia prova. Como bons mestres, cita os Drs. Schermann ("que ninguém esquece"), Álvaro Machado, Maria Orlanda e Leão Zagury e Francisco Arduino.

Fuga e Vergonha

Dos colegas de curso, lembra de poucos – "o Conceição, o Bruno (do Pará), a Adriana Forti, a Ângela Funk Peres. Ela explica por quê: casada, com filhos "e marido ciumento", não dava para ter vida social com a turma. Ao se interessar pelo mestrado, esbarrou na norma do Dr. Póvoa: 'você não teve média 8'. Laura confessa que ficou com tanta raiva – sua média foi de 7,8 - que desapareceu do IEDE. Foi trabalhar na Santa Casa, chefiada pelo Dr. João Gabriel Cordeiro.

Em 1976, voltou ao IEDE e fez, finalmente, o mestrado, a convite do Dr. Povoa. "A raiva havia passado", comenta. Nova fuga: "eu era tão medrosa que na época da tese fui embora, sumi". Ficou envergonhada, foi para o Hospital São Francisco de Assis e lá, novamente, surgiu a oportunidade de reiniciar o mestrado, "mas tinha que fazer as cadeiras básicas...no IEDE!". Não foi. "Me senti perdida, sem saber o que fazer, e me afastei da Endocrinologia. Fiquei só com o consultório, tentando emagrecer mulheres gordas".

A Decisão

Como estudara balé por 16 anos, chegou a pensar em abandonar a Medicina. Pensou também em fazer jornalismo. Um dia teve que ir ao IEDE e acabou assistindo a uma sessão clínica. A decisão correta ficou clara. "No mesmo dia fui conversar com Luiz Cesar". Resultado: recomeçou o curso da pós, como ouvinte, para se reciclar. Era 1986. "Voltei para a Endocrinologia e fiquei aqui até hoje", comenta. Mas complementa, em seguida: "Fiquei aqui, mas não sou daqui". O que significa que – como foi dito no início – ela nunca se tornou oficialmente funcionária do Instituto. "Sou uma agregada, como diz Dr. Ricardo. Tenho como sobreviver, sem precisar ganhar dinheiro com a Medicina", diz com simplicidade.

Dra. Laura Soares

Trabalhou alguns anos no Ambulatório de Tireoide ("com o Álvaro, a Jane e a Lívia") e, em seguida, no de Hipófise, com a Dra. Maria Orlanda. Foi para o Ambulatório de Endocrinologia Feminina, de onde saiu acompanhando a Dra. Amanda, em 1999. Em seguida, assumiu a Presidência da ASSEX. Nos últimos anos, está na coordenação da Comissão de Ética e Pesquisa. Se lhe perguntam o que a atrai tanto no IEDE, responde sem pensar: "o convívio com essas pessoas, a troca de informações, as amizades e as atividades científico-sociais". Diz que está ali porque gosta. "Acho que não escolheria outro lugar para ficar. Aqui há um hospital completo de atendimento, com um pessoal que sabe. Uma estrutura grande. Na realidade, meu umbigo está enterrado aqui", conclui.

Eu Sou o IEDE

1 - Porque você escolheu a Endocrinologia como especialidade?

- Quando cheguei ao sexto ano fiz uma retrospectiva de todo o meu curso médico do primeiro ao último ano. Do que eu havia gostado mais ? Fisiologia, fisiopatologia e bioquímica no curso básico e, na clínica médica, os pacientes portadores de doenças endócrinas. Como escolher outra especialidade?

2 - Porque você escolheu o IEDE?

Era, e ainda é, o local de referência para o aprendizado e aperfeiçoamento da Endocrinologia.

3 - Qual a sua área de atuação de maior interesse dentro da Endocrinologia? Por que?

Endocrinologia Feminina, Obesidade e Magreza. Não há um porquê; é uma questão de gosto pelo estudo.

4 - Cite um evento marcante pra você dentro da Endocrinologia. Explique o por quê.

O Prêmio Nobel dado ao Dr. Andrew Schally, amigo do IEDE, pela descoberta e síntese do LHRH, que abriu novas portas para a Endocrinologia.

5 - Cite um endocrinologista que tenha influenciado sua carreira. Cite três coisas que você admira nesta pessoa e porque ela te influenciou.

Na verdade, não houve um endocrinologista que tenha influenciado na escolha da minha carreira. Uma vez no IEDE, o Luiz Cesar Póvoa, sem dúvida alguma, foi quem mais me incentivou e apoiou.

6 - Quem é o endocrinologista de renome internacional que você considera mais importante na sua área. Por que?

Novamente o Dr. Andrew Schally que, para mim, foi o primeiro mais importante; a ele seguiram-se vários outros.

7 - Descreva o IEDE em uma frase.

O IEDE é um vício que faz bem. ■

Helion Póvoa:
Tradição com inovação

O Helion Póvoa tem uma ampla gama de soluções e serviços em Medicina Diagnóstica com o respaldo de mais de **50 anos** de tradição nesse mercado.

E para que você, médico, tenha sempre a garantia da excelência técnica nos exames realizados conosco, oferecemos:

- **Assessoria médica**
- **Resultados de exames pela internet com laudo evolutivo**
- **Ampla rede de planos de saúde parceiros**
- **Unidades com profissionais habilitados e atualizados com os recursos tecnológicos da área.**

Responsável técnico: Dr. Claudio Pereira (CRM 52.50696-2 RJ)

Acesse o nosso site e confira uma série de informações e serviços voltados para sua área de interesse.

www.helionpovoa.com.br

Central de Atendimento

(21) 3003-0338

Laboratório
HELION PÓVOA
Medicina diagnóstica