JORNAL da ASSEX

Órgão oficial da Associação dos Ex-Alunos do IEDE - agosto 2013 – ANO 20
Distribuição dirigida à classe médica
www.assex.org.br

ASSEX IEDE

SESSÃO CLÍNICA DE BOAS VINDAS DOS NOVOS ALUNOS DO IEDE

página 5

ENCONTRO DO IEDE SOBE MAIS UMA VEZ A SERRA DE ITAIPAVA/RJ

Veja como participar do Encontro deste ano na página 3

Foto: André Borges

NOVA DIRETORIA DA ASSEX, EMPOSSADA DURANTE O 41° ENCONTRO DO IEDE, PARA O BIÊNIO 2013 / 2014.

página 3

EDITORIAL

Caros amigos,

A nova diretoria assume a associação sem a presença física do nosso eterno presidente de honra Professor Póvoa, mas com o objetivo de manter o espírito inovador do nosso mestre! Eterno mestre! Primeiro, gostaria de agradeçer o apoio de todos e claro, parabenizar o nosso ex-presidente Dr. Rodrigo Moreira pelo belíssimo trabalho que fez em sua gestão. Certamente vamos manter muitas das conquistas realizadas por ele e sua diretoria ! As oficinas vão continuar esse ano! Uma oficina já aconteceu e foi um sucesso. O site está sendo repaginado ! O nosso jornal tem uma nova editora, a Dra. Stella Campos, que também faz parte da atual diretoria. Sucesso Stella ! O formato do jornal será mantido, mas algumas mudanças vão acontecer com o tempo. Já nesta edição retornamos com o calendário de eventos da Assex. Aproveitem a ótima entrevista da nossa sempre amiga Dra. Flavia Regina no isto é o IEDE ! A matéria sobre a sessão clínica de boas vindas dos novos alunos está ótima ! Agradeço os chefes de serviço, o diretor do IEDE e a PUC pelo apoio e parceria de sempre, colaborando com matérias sempre importantes para o nosso jornal. Um obrigado especial para minha diretoria e ao Roberto Dutra ! Mãos a obra e como diria o saudoso Renato Russo: ...sempre em frente, não temos tempo a perder.... Ah, acabou aquela saudação tricolor do Rodrigo ! rs... Brincadeiras a parte, parabéns pelo seu último editorial Rodrigo, foi nota 10! Bonita homenagem! Agora, vou finalizar com : SAUDAÇÕES RUBRO NEGRAS (essa homenagem é para o senhor Pofessor Póvoa)!

Cordialmente,

Alexander Benchimol
(Presidente da Assex – 2013 - 2014)

AGENDA DE EVENTOS

Junho

ENDOCARDIO 2013 - CURSO DE ATUALIZAÇÃO AVANÇADA EM ENDOCRINOLOGIA CARDIOMETABÓLICA

Data:19 e 20 de julho de 2013.

Local: Rua Visconde da Silva,52 Botafogo - RJ / CBC - Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Agosto

CBAEM 2013

Data: 20 a 23 de agosto

Local: Natal, RN

Informações: www.cbaem2013.com.br

Setembro

Association for the Study of Diabetes

Data: 23 a 27 de setembro

Local: Barcelona, Espanha

Informações: www.easd2013.com

Outubro

XIX Congresso da Sociedade Brasileira de Diabetes - Diabetes 2013

Data: 9 a 11 de Outubro, 2013

Local: Centro Sul, Florianópolis, SC

Informações: www.diabetes.org.br/

TODDA Tratamento da Obesidade, Diabetes e Doenças Associadas

Data: 25 e 26 de outubro de 2013

Local: Hotel Windsor Barra

Informações: www.acfarmaceutica.com.br

Dezembro

42° Encontro Anual do IEDE

Data: 13 a 15 de dezembro de 2013

Local: Hotel Vale Real - Itaipava

Informações: www.assex.org.br

EXPEDIENTE

Diretoria Biênio 2013/2014:

Presidente de Honra (in Memória): *Dr. Luiz Cesar Póvoa;* **Diretor Presidente:** *Dr. Alexander Benchimol;* **Diretora Vice-Presidente:** *Dra. Érika Paniago Guedes;* **Diretora Tesoureira:** *Dra. Luciana Souza;* **Diretor Vice-Tesoureiro:** *Dr. Roberto Assumpção;* **Diretora Secretária:** *Dra. Cristiane Marie de Assis Rangel Belo;* **Diretor Vice Secretário:** *Dr. José Mauricio Braga;* **Diretor Social:** *Dr. Luiz Gallotti Póvoa;* **Diretora de Eventos Científicos:** *Dra. Stella Caldas Campos*

Jornal da ASSEX – Conselho editorial: *Dr. Ricardo Meirelles e Dr. Alexander Benchimol e Dr. Walmir Coutinho;* **Editora:** *Stella Caldas Campos* **Editores Associados:** *Dr. Ricardo Meirelles e Dr. Walmir Coutinho;* **Jornalista Responsável:** *Elizabeth Pereira dos Santos – MTRJ 12714;* **Projeto Gráfico:** *Celso Pupo;* **Diagramação:** *André Borges;* **Publicidade:** *Roberto Dutra (ASSEX);* **Tiragem:** *3 mil exemplares;* **Fotolito e Impressão:** *Gráfica e Editora Trena.*
Distribuição dirigida à classe médica

BIÊNIO 2013 / 2014

SAIBAM QUE SÃO OS NOVOS DIRETORES DA ASSEX

DIRETOR PRESIDENTE

Dr. Alexander Koglin Benchimol
alexanderbenchimol@rjnet.com.br

DIRETORA VICE-PRESIDENTE

Dra. Erika Paniago Guedes
erikapaniago@uol.com.br

DIRETORA TESOUREIRA

Dra. Luciana Lopes de Souza
lu-lopes@uol.com.br

DIRETOR VICE-TESOUREIRO

Dr. Roberto Pereira Assumpção
roberto.assumpcao@globo.com

DIRETORA SECRETÁRIA

Dra. Cristiane Marie de Assis Rangel Belo
cristianemarie@yahoo.com.br

DIRETOR VICE- SECRETÁRIO

Dr. José Mauricio de Almeida Braga
mauriciobraga@cremerj.org.br

DIRETOR SOCIAL

Dr. Luiz Gallotti Póvoa
luizgpovoa@gmail.com

DIRETOR DE EVENTOS CIENTÍFICOS

Dra. Stella Caldas Campos
stellaccampos@terra.com.br

ENCONTRO DO IEDE

42ª ENCONTRO ANUAL DO IEDE - 100 ANOS DE ENDOCRINOLOGIA: O LEGADO DO PROF. SCHERMANN

HOTEL VALE REAL ITAIPAVA - RIO DE JANEIRO ● 13 A 15 DE DEZEMBRO DE 2013

INSCRIÇÕES E INFORMAÇÕES: WWW.ASSEX.ORG.BR

VALOR DO PACOTE PARA 03 DIAS E 02 NOITES

HOTEL	CATEGORIA	APARTAMENTO	VALOR DO PACOTE	3° PESSOA
VALE REAL	STANDARD	SINGLE / DOUBLE	R$1.190,00	R$390,00
	LUXO	SINGLE / DOUBLE	R$1.290,00	R$390,00

- 01 CRIANÇA: ATÉ 08 ANOS "FREE" NO APTO JUNTO COM OS PAIS
- SÓCIOS QUITES DESCONTO DE R$100,00 APTO LUXO

O PACOTE INCLUI: INSCRIÇÃO NO EVENTO

- "CHECK IN" DIA 13/12 AS 14:00H COM ALMOÇO
- "CHECK OUT" DIA 15/12 AS 12:00H.
- COQUETEL DE ABERTURA
- JANTAR DO DIA 13/12/13
- ALMOÇO DE CONFRATERNIZAÇÃO DIA 14/12/13
- JANTAR DO PRESIDENTE NO SÁBADO DIA 14/12/13.
- ÁGUA, REFRIGERANTE E SUCO, DURANTE AS PRINCIPAIS REFEIÇÕES.

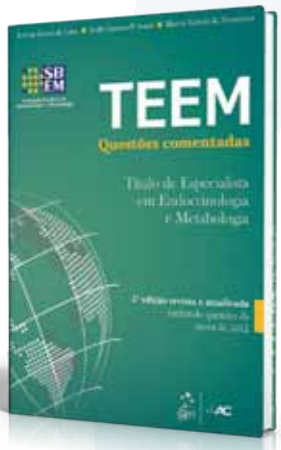
OBS: EM CASO DE DESISTÊNCIA NÃO SERÃO DEVOLVIDOS OS VALORES PAGOS.

PARTICIPANTES QUE NÃO ESTÃO HOSPEDADOS NO HOTEL
INSCRIÇÃO R$500,00 - ACOMPANHANTE R$350,00
PARTICIPAÇÃO NA PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA E NO JANTAR DO PRESIDENTE.

Comprometida com o conhecimento médico

Manual de Exames Laboratoriais na Prática do Endocrinologista

Traz informações relevantes as implicações clínicas de cada alteração laboratorial importante



TEEM

2ª edição revista e atualizada, incluindo 100 novas questões da primeira etapa da prova de 2012

CUT

Curso em três módulos totalmente voltado para a capacitação do endocrinologista

COPEM *on-line*

Assista a todas as palestras do congresso no conforto de sua casa!

Curta a nossa página no Facebook:
www.facebook.com/acfarmaceutica

1º LUGAR:
SHARE OF MIND
CONCEITO

www.acfarmaceutica.com.br

© 2013 Desenvolvido por AC Farmacêutica | www.acfarmaceutica.com.br

SESSÃO CLÍNICA DE BOAS VINDAS

Por Beth Santos

Mantida a Tradição

Aquele seria apenas um domingo agradável, de reunião entre velhos e novos amigos, para se conhecerem melhor. De um lado, os veteranos do IEDE. De outro, os novos alunos que recebiam as boas-vindas. Mas havia algo mais. Na fala de abertura do Presidente da ASSEX, Dr. Alexander Benchimol, ele mencionou que aquela "era a primeira Sessão Clínica de Boas Vindas aos Novos Alunos do IEDE sem a presença física do Dr. Póvoa". E assinalou: "É mais um desafio".

A Dra. Stella Campos, do GOTA/IEDE e editora do Jornal da ASSEX, fez a apresentação do caso clínico: um paciente do Departamento de Dislipidemia do Instituto, 41 anos, "já com história de infarto prévio, com cirurgia de revascularização miocárdica e que chegou com hipertrigliceridemia importante".

Após o detalhamento das fases e dificuldades do acompanhamento do paciente, todos puderam ouvir os comentários dos Drs. Rosana Kupfer, Ricardo Meirelles, Amélio Godoy e Walmir Coutinho.

O tradicional almoço de boas-vindas, marcado para o mesmo Espaço Country Garden, no Joá, de anos anteriores, começou com música e uma novidade: médicos e alunos, misturados, executavam uma coreografia comandada pelo professor de dança Silmar, convidado por algumas das presentes. Diversão garantida.

"Famiglia" do IEDE

Almoço já bem adiantado, os Drs. Ricardo Meirelles e Benchimol deram, ao microfone, as boas-vindas aos alunos presentes. O presidente da ASSEX usou a expressão "famiglia do IEDE", sempre usada pelo Dr. Póvoa. Em seguida, Dr. Ricardo lembrou que há 23 anos está à frente do IEDE e que muitos alunos não têm essa idade. "Aproveitem bem o domingo e sejam bem-vindos", arrematou.

Perguntado sobre a ausência do Dr. Póvoa, Dr. Benchimol comentou que "é a primeira diretoria sem ele, há uma sensação de tristeza. Mas vamos fazer de tudo para que seja um biênio bastante produtivo, em sua homenagem, que será sempre nosso presidente de honra".

Alegria e Tristeza

Dr. Ricardo Meirelles vê o momento como "de alegria e tristeza, porque é sempre uma alegria ver o grupo de alunos do IEDE renovado. Por outro lado, é triste pela falta que o Luiz Cesar faz. Não só pela importância que ele sempre teve como endocrinologista, como professor, como exemplo, mas principalmente porque foi o criador desse espírito de reunião entre as pessoas do IEDE, de criar uma associação de ex-alunos. Onde quer que Luiz Cesar esteja, está contente por saber que a obra dele está continuando, e que vamos fazer o possível para honrar sua memória".

O Dr. Walmir Coutinho comentou que "a melhor maneira de homenagear a memória de Luiz Cesar Póvoa é reunindo a "famiglia" do IEDE nessas ocasiões. A figura dele está por trás de tudo que está acontecendo aqui hoje".

A tarde avança e o conjunto As Metabólicas inicia sua apresentação. Acompanhadas, como é de praxe, pela gaita do Dr. Euderson Tourinho, as Dras. Laura Soares, Vivian Ellinger, Rosita Fontes, Ana Tourinho, Carmem D'Assunção e Mônica Jung cantam "Gatinha Manhosa", "Marina" e outras, com o reforço do Dr. Amélio Godoy.

O tradicional sorteio de brindes anuncia o final do encontro, sob a vibração dos sorteados e da plateia, a cada nome anunciado. ■

Grupo de novos alunos do IEDE.

Mais um encontro das Metabólicas com participação dos Drs. Euderson e Amélio.

Diversão garantida com professor de dança.

STANGLIT - cloridrato de pioglitazona - 15 mg, 30 mg ou 45 mg em embalagens com 30 comprimidos. Uso oral. Uso adulto.
Indicações: coadjuvante de dieta e exercícios para melhora do controle glicêmico em pacientes com diabetes tipo 2. Indicado como monoterapia e também para uso combinado com sulfonilureia, metformina, ou insulina, quando dieta e exercício associados a um agente único não resultaram no controle adequado da glicemia. O acompanhamento do diabetes tipo 2 deverá também incluir aconselhamento nutricional, redução de peso quando indicado e prática de exercícios. Estas medidas são importantes não só para o tratamento primário do diabetes tipo 2 como também para a manutenção da eficácia do tratamento medicamentoso. **Contraindicações:** hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Contraindicado em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada ou nas classes III ou IV do New York Heart Association (NYHA). **Precauções e Advertências:** pode provocar ou agravar a ICC em pacientes predispostos, na ocorrência destes sinais/sintomas a ICC deve ser controlada, e se necessário descontinuar ou reduzir a dose de pioglitazona. Iniciar com baixa dose em pacientes com diabetes tipo 2 e insuficiência cardíaca sistólica compensada (Classe I ou II do NYHA), e aumentos subsequentes de dose devem ser graduais. Não deve ser utilizada em pacientes portadores de diabetes tipo 1 ou para o tratamento de cetoacidose diabética. Pacientes em período anovulatório pré-menopausa por resistência insulínica devem utilizar método contraceptivo adequado, pela possibilidade de reinício da ovulação. Podem ocorrer decréscimos na hemoglobina e no hematócrito. Deve ser usada com cautela por pacientes com risco de IC. Na experiência pós-comercialização, foi observado edema macular em pacientes diabéticos que tomaram pioglitazona ou outro medicamento da classe das tiazolidinedionas. Foram relatados casos de ICC em pacientes tanto com quanto sem doença cardíaca prévia conhecida. Pode causar retenção de líquido, quando em uso isolado ou em combinação com outros agentes antidiabéticos, incluindo insulina. Pacientes tratados com pioglitazona devem ser monitorados periodicamente com relação às enzimas hepáticas. Devido o risco de fraturas, especialmente em mulheres tratadas com pioglitazona, deve ser realizada avaliação e monitoração. Medidas de glicemia de jejum e hemoglobina glicosilada devem ser realizadas periodicamente para monitoração do controle glicêmico e da resposta terapêutica da pioglitazona. **Carcinogênese, mutagênese, prejuízo da fertilidade:** não foram observados tumores induzidos pelo fármaco em nenhum órgão, exceto na bexiga, em estudo de carcinogenicidade conduzidos em ratos machos e fêmeas. Em ratos machos foram observadas neoplasias benignas e/ou malignas em células transicionais. Tumores do trato urinário foram relatados em roedores que ingeriram fármacos experimentais com dupla atividade PPAR alfa/gama, entretanto, a pioglitazona é um agonista seletivo da PPAR-gama. A pioglitazona não foi mutagênica em uma bateria de estudos de toxicologia genética, incluindo o teste de Ames, de ativação mutagênica de células de mamíferos (CHO/HPTR e AS52/XPRT), citogenético in vitro usando células CHL, de síntese de DNA não programado e um teste in vivo de micronúcleos. **Toxicologia animal:** foi observado aumento do coração em camundongos, em ratos e em cães tratados oralmente com pioglitazona. Nenhum ajuste de dose é recomendado a pacientes com disfunção renal. Uma vez que o tratamento deve ser individualizado para cada paciente alcançar o controle glicêmico, não é recomendado ajuste de dose baseado somente no gênero. **Gravidez e lactação:** Categoria de risco na gravidez: **C. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.** Não existem estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas, somente deverá ser usada durante a gravidez se os potenciais benefícios justificarem o risco potencial ao feto. A pioglitazona é secretada no leite de ratas durante o período de lactação, mas não se sabe se é secretada no leite humano: não deve ser administrada em mulheres durante o período de amamentação. **Interações com medicamentos, alimentos e álcool: Contraceptivos orais:** redução na ASC (0-24h) e na Cmax do etinilestradiol, porém, de importância clínica desconhecida (alta variabilidade farmacocinética do etinilestradiol). **Midazolam:** redução de 26% do Cmax e ASC do midazolam. **Nifedipino ER:** redução de aproximadamente 17% do Cmax do nifedipino inalterado sem mudança significativa na ASC, porém, de importância clínica desconhecida (alta variabilidade farmacocinética do nifedipino). **Cetoconazol:** aumento no ASC e Cmin da pioglitazona inalterada, mas sem alteração significativa do Cmax. A relevância clínica da interação farmacocinética encontrada é desconhecida. **Atorvastatina cálcica:** redução do Cmax e da ASC da pioglitazona e da atorvastatina, sem alteração significativa do Cmin. **Rifampicina:** diminuição na ASC de pioglitazona. **Reações Adversas e alterações de exames laboratoriais:** infecção do trato respiratório superior, cefaleia, sinusite, mialgia, alterações dentárias, agravamento da diabetes mellitus, faringite (frequência ≥ 5%). Em combinação com insulina: edema, dispneia, alteração do peso corporal, anemia. Relatos pós-comercialização: início ou piora do edema macular do diabético com diminuição da acuidade visual, insuficiência cardíaca congestiva. **Alterações em exames laboratoriais:** pode causar redução dos valores de hematócrito e hemoglobina. Pacientes tratados com pioglitazona tiveram valores de ALT (TGP) > 3 vezes o limite superior da normalidade. Todos os pacientes acompanhados tiveram elevações reversíveis de ALT. Redução dos valores médios de bilirrubina, AST/TGO, ALT, fosfatase alcalina e gama GT. Elevações esporádicas e transitórias nos níveis de CPK. **Posologia:** deve ser administrado uma vez ao dia, independente da alimentação. O controle do tratamento antidiabético deve ser individualizado. A resposta ao tratamento deve ser avaliada pela HbA1c, que é melhor indicador do controle glicêmico a longo prazo quando comparado com glicemia de jejum unicamente. Os pacientes devem ser cuidadosamente monitorados no início ou no aumento de dose quanto à retenção de líquidos. **Monoterapia:** doses diárias iniciais de 15 mg ou 30 mg. Para pacientes que respondem inadequadamente à dose inicial, a dose pode ser aumentada para 45 mg uma vez ao dia. Em pacientes que não respondem adequadamente à monoterapia, considerar uma terapia combinada. **Terapia combinada com sulfonilureia:** doses iniciais diárias de 15 mg a 30 mg, com manutenção da dose da sulfonilureia em uso. Na ocorrência de hipoglicemia, diminuir a dose da sulfonilureia. **Terapia combinada com metformina:** doses iniciais diárias de 15 mg a 30 mg, com manutenção da dose da metformina. **Terapia combinada com insulina:** doses iniciais diárias de 15 mg a 30 mg, com manutenção das doses de insulina. Na ocorrência de hipoglicemia, a dose de insulina pode ser reduzida de 10 a 25%. **Dose máxima recomendada:** 45 mg em monoterapia ou em combinação com sulfonilureia, metformina ou insulina. Nenhum estudo clínico foi conduzido com doses maiores que 30 mg uma vez ao dia em terapia combinada. Não é necessário ajuste de dose em pacientes com insuficiência renal. Não deve ser iniciado se o paciente mostrar evidência clínica de doença hepática ativa ou aumento de níveis de transaminase sérica (ALT > 2,5 vezes o limite da normalidade) no início do tratamento. O uso de pioglitazona em pacientes pediátricos não é recomendado. Não há dados disponíveis sobre o uso de pioglitazona em combinação com outra tiazolidinediona. **Reg.MS 1.0033.0165/Farm. Resp.: Cintia Delphino de Andrade CRF-SP nº 25.125. LIBBS FARMACÊUTICA LTDA/ CNPJ 61.230.314/0001-75/Rua Alberto Correia Francfort, 88/Embu-SP/Indústria Brasileira /STANGLIT-MB01-12/Serviço de Atendimento LIBBS: 08000-135044. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A persistirem os sintomas, o médico deve ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação.**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1. DEROSA, G. Efficacy and tolerability of pioglitazone in patients with type 2 diabetes mellitus: comparison with other oral antihyperglycaemic agents. **Drugs**, v.70, n.15, p.1945-61, 2010. / **2.** FORST, T. et al. Review of approved pioglitazone combinations for type 2 diabetes. **Expert Opin Pharmacother**, v.12, n.10, p.1571-84, 2011. / **3.** LINCOFF, A.M. et al. Pioglitazone and risk of cardiovascular events in patients with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of randomized trials. **JAMA**, v.298, n.10, p.1180-8, 2007. / **4.** SPANHEIMER, R. et al. Long-term lipid effects of pioglitazone by baseline anti-hyperglycemia medication therapy and statin use from the PROactive experience (PROactive 14). **Am J Cardiol**, v.104, n.2, p.234-9, 2009. / **5.** CHARBONNEL, B. et al. Pioglitazone use in combination with insulin in the prospective pioglitazone clinical trial in macrovascular events study (PROactive19). **J Clin Endocrinol Metab**, v.95, n.5, p.2163-71, 2010.

CONTRAINDICAÇÃO: PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA (CLASSE III E IV DA NYHA).
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: PODE DIMINUIR A CONCENTRAÇÃO SÉRICA DE ETINILESTRADIOL.

AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVE SER CONSULTADO. DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA E INFORMAÇÕES ADICIONAIS ESTÃO À DISPOSIÇÃO DA CLASSE MÉDICA, MEDIANTE SOLICITAÇÃO.

08000-135044 libbs@libbs.com.br

LIBBS

por Walmir Coutinho

Acaba de ser inaugurada a casa da Medicina da PUC-Rio, onde se planeja criar uma nova Faculdade de Medicina, concebida com base no que se entende como padrão de excelência para a formação de um Médico.

O imóvel está situado na Estrada da Gávea, próximo ao campus da PUC, e já nasce inteiramente adaptado ao projeto da Faculdade de Medicina a ser criada.

É impossível não lembrarmos de como contribuiu Luiz Cesar Póvoa para o amadurecimento desta ideia, que já vem de décadas, culminando com sua participação direta na viabilização do atual projeto, intitulado Proposta para uma graduação médica contemporânea – Modelo PUC-Rio, elaborado em colaboração pelo Professor Hilton Koch, Decano do Centro de Ciências Biológicas e de Medicina da PUC-Rio e pela coordenadora do projeto, a médica, professora e consultora Renata Aranha, além de mais sete autores.

A ideia central foi a de criar uma faculdade moderna, que se adaptasse ao padrão de excelência que caracteriza a PUC-Rio.

Os autores do projeto acreditam que a faculdade ideal é aquela capaz de formar um médico capacitado para uma abordagem abrangente da profissão, aliando uma visão global com um comprometimento local.

Os alunos serão estimulados a aprender a partir de metodologias ativas, para as quais já foram adquiridos alguns equipamentos de última geração.

Serão treinados em um espaço moderno, que já conta com diversos softwares e peças anatômicas para o estudo do corpo humano, que também já está equipado com uma mesa de anatomia virtual, única no país.

Nas palavras do Padre Josafá Carlos de Siqueira, Reitor da PUC-Rio, "Como um sonho alimenta outro sonho, era preciso construir um alicerce para um curso de graduação".

A Escola Médica de Pós-Graduação está completando 60 anos de existência, já tendo formado mais de 12 mil médicos em 35 diferentes especialidades. Somente na área da Endocrinologia, já receberam seu certificado de pós-graduação mais de 500 médicos.

O projeto da faculdade de Medicina tem despertado grande entusiasmo em todos que o conhecem e promete ser um grande marco na elevação do padrão de qualidade em graduação médica no Rio de Janeiro. ■

Instituto de Psiquiatria da UFRJ - Coordenação de Extensão

AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E OBESIDADE

CURSO DE EXTENSÃO

Certificados emitidos pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

Coordenadores

Silvia Regina de Freitas, Walmir Coutinho, José Carlos Appolinário e Mônica Duchesne

Instituto de Psiquiatria da UFRJ

Secretaria Acadêmica – Graça Oliveira Tel: (21) 3873 5512

cursotaobesidade@ipub.ufrj.br www.ipub.ufrj.br

Avenida Venceslau Brás, 71 fundos – Botafogo - 22.290-140 - Rio de Janeiro.

Desconto para sócios das sociedades que apoiam:

ABP Associação Brasileira de Psiquiatria · PUC Rio · ABESO · FBTC · IEDE · GOTA Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares

Reg. MS: 1.0525.0047

PIOGLIT®

cloridrato de pioglitazona

Muito + no tratamento do Diabetes tipo 2

Efeitos Metabólicos Benéficos:[1,2,3]

- Melhora significativa do perfil lipídico[1]
- Redução da gordura abdominal[2]
- Controle glicêmico eficaz e sustentado[3]

APRESENTAÇÕES DISPONÍVEIS

15 mg: 30 comprimidos | **30 mg:** 30 comprimidos sulcados | **45 mg:** 30 comprimidos

Contraindicação: pacientes com insuficiência cardíaca classe funcional III e IV (NYHA).

Interação Medicamentosa: Pioglit pode interagir com anticoncepcional oral.

PIOGLIT® (pioglitazona). **Registro MS**: nº 1.0525.0047. **Uso Adulto. Composições, Forma farmacêutica e Apresentações: PIOGLIT® 15 mg:** cada comprimido contém 15 mg de pioglitazona base; embalagem com 30 comprimidos; **PIOGLIT® 30 mg:** cada comprimido contém 30 mg de pioglitazona base; embalagem com 15 ou 30 comprimidos. **PIOGLIT® 45 mg:** cada comprimido contém 45 mg de pioglitazona base; embalagem com 30 comprimidos. **Indicações:** coadjuvante de dieta e exercícios em pacientes com diabetes tipo 2. Indicado em monoterapia ou em combinação com sulfoniluréia, metformina ou insulina. **Contraindicações:** em pacientes com antecedentes de hipersensibilidade à pioglitazona ou a qualquer dos componentes da fórmula. Contraindicado em pacientes com insuficiência cardíaca estabelecidos nas Classes III ou IV (NYHA). **Precauções e advertências:** não é recomendado em pacientes com sintomas de insuficiência cardíaca. Deve ser descontinuado se ocorrer qualquer disfunção cardíaca. Não utilizar em pacientes com diabetes tipo 1 ou para tratar cetoacidose diabética. Em pacientes na pré-menopausa pode resultar em reinício da ovulação. Deve-se ter cautela em pacientes com edema. Quando usado em combinação com insulina em pacientes com antecedentes de doença cardíaca, pode ocasionar ICC. Foi observado ganho de peso. Recomendam-se monitorações periódicas das enzimas hepáticas. **Gravidez:** só deverá ser usada se os potenciais benefícios justificarem o risco potencial para o feto. **Lactação:** não deve ser usada durante a amamentação. Pediatria: a segurança e eficácia nesta faixa etária não foram estabelecidas. Idosos: não foi observada nenhuma diferença na eficácia e segurança entre estes pacientes e outros mais jovens. **Interações medicamentosas:** reduz as concentrações plasmáticas de contraceptivos orais. *In vitro* o cetoconazol parece inibir significativamente o metabolismo da pioglitazona. **Reações adversas:** as mais comuns foram: cefaleia, sinusite, mialgia, distúrbios dentários, faringite. Outras: edema, ganho de peso, hipoglicemia (quando associada à sulfoniluréia ou insulina), anemia, ICC, elevação de ALAT e elevações esporádicas de CPK. **Posologia:** deve ser utilizado 1 vez ao dia, independente da alimentação. Monoterapia: iniciar com 15 ou 30 mg/dia, podendo ser aumentada para 45 mg/dia para aqueles pacientes que não responderem adequadamente. Associado com sulfoniluréia: iniciar com 15 ou 30 mg/dia; se o paciente tiver hipoglicemia, a dose da sulfoniluréia deverá ser reduzida. Associado com metformina: iniciar com 15 ou 30 mg/dia. A dose da metformina usada pode ser continuada. Associado com insulina: iniciar com 15 ou 30 mg/dia. A dose da insulina usada pode ser continuada. Caso o paciente apresente hipoglicemia ou se as concentrações de glicose plasmática reduzirem para valores inferiores a 100 mg/dL em jejum, a dose de insulina pode ser reduzida em aproximadamente 10 a 25%. Dose máxima recomendada: não exceder 45 mg/dia. O tratamento não deve ser iniciado se o paciente tiver evidências de doença hepática ativa ou aumento de ALAT ≥ 2,5 vezes o limite da normalidade. Crianças: não é recomendado seu uso em pacientes abaixo de 18 anos. **(Jun 13)**. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** "AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO."

Referências: 1) Derosa G, *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. **2)** Miyazaki Y, *et al.* "Effect of pioglitazone on abdominal fat distribution and insulin sensitivity in type 2 diabetic patients." *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87(6): 2784-91. **3)** Aronoff S, *et al.* "Pioglitazone Hydrochrolide 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. **4)** Pioglit® - Bula do produto.

/torrentbrasil
@torrentdobrasil
www.torrent.com.br
www.torrentonline.com.br

torrent
Alcance Social

SAT www.torrent.com.br
0800-770-8818
Serviço de Atendimento Torrent

por Amélio F. Godoy-Matos

Neste trimestre muita coisa mudou no IEDE e no SM. Recebemos os novos médicos, aos quais dou as nossas melhores boas vindas! Com eles, o SM fica mais robusto em qualidade, já que todos têm excelente padrão técnico-científico. E já começamos a funcionar com novas atividades, entre as quais uma reunião tipo clube de revista, coordenada pelo entusiasmado Roberto Zagury. A cada terça-feira, após o último paciente ser atendido, sentamo-nos com os residentes e cursistas e discutimos algum artigo de relevância para o nosso serviço. Confesso que aprendi muito desde então, pois revisamos temas como as diretrizes da hipertrigliceridemia, revisão de lipodistrofias, revisão de causas de resistência à insulina, etc. Esta última foi bastante interessante, uma vez que temos casos de causas raras de RI. Nela aprendemos uma nova sugestão de classificação proposta pelos autores Robert K. Semple, David B. Savage, Elaine K. Cochran, Phillip Gorden e Stephen O'Rahilly : Genetic Syndromes of Severe Insulin Resistance, publicada em Endocrine Review 2011; 32:498 (tabela)

É interessante notar que ficou bem didática, uma vez que ficam 2 grandes tipos:: 1- defeito primário na sinalização da insulina(ou receptoropatias) e 2- secundárias a anormalidades do tecido adiposo (por excesso ou por escassez). Mas, vale a pena ler o artigo...

Uma outra grande realização do SM foi a participação no Congresso Brasileiro de obesidade e Síndrome Metabólica. Numa mesma manhã, 3 membros do serviço participaram em simpósios e fizeram suas apresentações com conteúdo de pesquisas realizadas no nosso serviço (inclusive citando artigos publicados nossos). A Cynthia Valério apresentou dados de um estudo nosso, correlacionando marcadores de função de célula beta em lipodistróficos com o conteúdo de gordura pancreática e hepática medido por MRI, pela técnica DIXON. É o primeiro estudo realizado mensurando gordura pancreática em lipodistróficos! A Mariana Farage apresentou o tema "O Sistema Endocanabinóide: perspectivas para novas drogas de ação periférica". Em breve, dosou anandamida no liquor e no plasma de obesas e magras e calculou o gradiente da anandamida Plasma/SNC. Após discutir seus resultados, passou a mostrar que já existem novas moléculas em estudo que atuam perifericamente e emagrecem os animais de laboratório, sem alterar a ingesta! Muito interessante, não? Por último, apresentei o tema "quando começa o o defeito incretínico?" A partir de estudos que demonstram ser a DPP4 uma nova adipoquina, estudamos os níveis da DPP4 e do glucagon em lipodistróficos, filhos de diabéticos e em adolescentes obesos. Não podemos relatar os resultados aqui, embora todos nós tenhamos apresentado os resultados nas aulas. É que, se relatarmos de forma escrita, isto pode comprometer a submissão dos artigos em revistas científicas...O fato é que ficamos orgulhosos pois apresentamos nossas aulas com dados próprios e com pesquisas de alto nível científico.

Parabéns a moçada que tenta vencer (e consegue) os energúmenos percalços e dificuldades de se fazer pesquisa no nosso hospital.

Em breve teremos mais novidades! Aguardem! ■

TABLE 1. Proposed new classification for syndromes of severe IR

	Discriminating features
I. Primary insulin-signaling defects	
A. Generalized[a] [*INSR* mutations (40) or anti-INSR antibodies (12)]	Extreme hyperinsulinemia but normal lipid profile (39, 40), preserved or elevated adiponectin, SHBG, and IGFBP1 (70)
B. Partial[b] [*AKT2* (19), *AS160* (51, 169), others to be defined]	Likely to depend upon precise signaling defect
II. Secondary to adipose tissue abnormalities[c]	
A. Severe obesity [e.g., *MC4R* (170), *POMC* (171), *LEP* (126), *LEPR* (172), *SH2B1* (173)]	Early onset severe, hyperphagic obesity Tall stature (MC4R) Hypogonadotropic hypogonadism (LEP) Red hair and hypoadrenalism (POMC) Disproportionate IR [*SH2B1* (173)]
B. Lipodystrophy (generalized or partial, Table 2)	Congenitally absent adipose tissue, or regional deficiency of adipose tissue Usually severe dyslipidemia, fatty liver Low adiponectin and leptin levels

[a] An alternative term for this cluster of disorders is "insulin receptoropathies."

[b] Affecting only some intracellular arms of the insulin signaling pathway, or variable among tissues.

[c] In addition to frank obesity or lipodystrophy, there is a less well-defined group of disorders having clinical and biochemical evidence of "adipose tissue failure" and severe dyslipidemia despite grossly normal whole body adipose tissue mass.

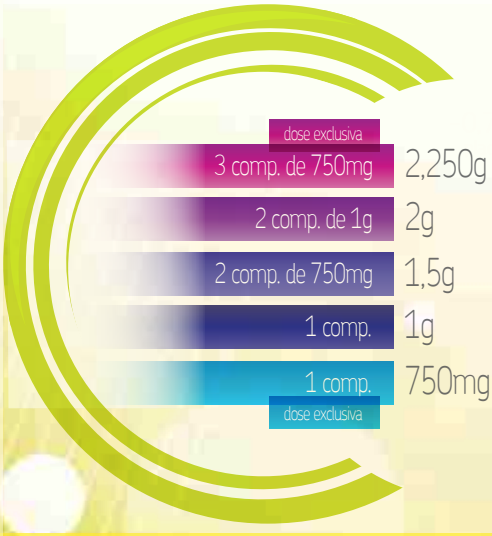
GLIFAGE® XR

cloridrato de metformina

Alcançando o objetivo

COM MENOS EFEITOS COLATERAIS
E DOSES ALTAS DE METFORMINA.[1*]

Os benefícios observados no UKPDS foram alcançados com **dosagens** relativamente altas de metformina.[2]



Dose Única Diária[3]

* Estudo comparativo entre metformina XR e metformina de liberação imediata utilizando dose média de 1255 mg de metformina.

Contraindicação: doenças hepáticas. **Interação medicamentosa:** diuréticos de alça podem ocasionar falência renal levando ao acúmulo de metformina.

Referências: 1. Blonde L et al. Gastrointestinal tolerability of extended-release metformin tablets compared to immediate-release metformin tablets: results of a retrospective cohort study. Curr Med Res Opin. 2004 Apr;20(4):565-72. **2.** Scarpello J. Optimal dosing strategies for maximising the clinical response to metformin in type 2 diabetes. Br J Diabetes Vasc Dis 2001;1:28–36. **3.** Bula do produto.

Glifage® XR - cloridrato de metformina 500 mg, 750 mg e 1 g. Forma farmacêutica e apresentação: Glifage XR 500mg - embalagens contendo 10 comprimidos de ação prolongada. Glifage XR 750mg e 1g: embalagens contendo 10 ou 30 comprimidos de ação prolongada. Uso Oral – Adulto. **Indicações:** Tratamento do Diabetes tipo 2 em adultos, isoladamente ou complementando a ação de outros antidiabéticos, tratamento do diabetes tipo 1 em complementação a insulinoterapia em casos de diabetes instável ou insulino-resistente. Também indicado na Síndrome dos Ovários Policísticos (Síndrome de Stein-Leventhal). **Contraindicações:** Hipersensibilidade à metformina ou a qualquer dos excipientes. Cetoacidose diabética, pré-coma diabético. Insuficiência ou disfunção renal (depuração da creatinina inferior a 60 ml/min). Condições agudas com potencial para alterar a função renal, como: desidratação, febre, infecção grave, choque, administração intravascular de contrastes iodados. Doenças agudas ou crônicas, capazes de provocar hipóxia tecidular, tais como insuficiência cardíaca ou respiratória, infarto do miocárdio recente, choque. Insuficiência hepática, intoxicação alcoólica aguda, alcoolismo. Cirurgia eletiva de grande porte. **Precauções e advertências:** Acidose lática: complicação metabólica rara, porém grave que pode ocorrer devido à acumulação de metformina. O risco de acidose lática deve ser considerado no caso de aparecimento de sinais inespecíficos como câibras musculares com perturbações digestivas, tais como dores abdominais e astenia grave. Caso se suspeite de acidose metabólica, a administração do metformina deverá ser suspensa e o paciente imediatamente hospitalizado. Função renal: recomenda-se que sejam determinados os níveis de creatinina sérica e a depuração de creatinina antes de se dar início ao tratamento e, posteriormente, de forma regular. Cuidado especial em situações nas quais a função renal possa ser afetada, tais como início de tratamento com anti-hipertensivos, diuréticos ou anti-inflamatórios não-esteroidais. Administração de contrastes iodados: Dependendo da função renal, o uso de metformina deve ser interrompido 48 horas antes ou na ocasião do exame, somente podendo ser reiniciado após 48 horas da realização do mesmo e apenas depois da função renal ter sido reavaliada e se apresentar normalizada. Cirurgia: Interromper o uso de metformina 48 horas antes de cirurgias eletivas maiores, podendo ser reiniciado não antes de 48 horas após a cirurgia, e somente após a função renal ter sido reavaliada como normal. Gravidez e lactação: Categoria de risco B. Ao planejar uma gravidez e durante o período gestacional, o diabetes não deve ser tratado com metformina, devendo-se utilizar insulina para manter os níveis glicêmicos o mais próximo dos valores normais, de forma a reduzir o risco de malformações fetais associadas a níveis anormais da glicemia. A metformina é excretada no leite humano. A amamentação não é recomendada durante o tratamento com metformina. Efeito na habilidade de dirigir e operar máquinas: pacientes devem ser alertados para o risco de hipoglicemia quando a metformina é utilizada em combinação com outro agente antidiabético. Uso em idosos, crianças e outros grupos de risco: uso com cautela em pacientes idosos. Em função da ausência de dados, Glifage® XR não tem seu uso recomendado em crianças. Este medicamento não é indicado para menores de 17 anos. **Interações medicamentosas:** Associações contraindicadas: Meios de contraste iodados. Associações não recomendadas: Álcool. Associações a serem empregadas com cautela: Medicamentos com atividade hiperglicêmica intrínseca, como glicocorticoides, tetracosactida (vias sistêmica e local), agonistas beta-2, danazol, clorpromazina em altas doses de 100 mg ao dia, diuréticos: Diuréticos, especialmente os de alça; Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (inibidores da ECA). **Reações adversas:** Muito comuns: náusea, vômito, diarreia, dor abdominal e inapetência. Estas reações ocorrem mais freqüentemente durante o início do tratamento e regridem espontaneamente na maioria das vezes. Um aumento gradual da dose também pode melhorar a tolerabilidade gastrointestinal. Comuns: distúrbios do paladar. **Posologia:** Para Glifage® XR 500 mg, a dose terapêutica inicial e de 1 comprimido uma vez ao dia no jantar. Conforme a necessidade, a dose será aumentada, a cada duas semanas, de um comprimido, ate chegar ao máximo de 4 comprimidos, equivalentes a 2.000 mg de metformina (sempre no jantar). Para Glifage® XR 750 mg, a dose terapêutica inicial é de 1 comprimido uma vez ao dia no jantar. Conforme a necessidade, a dose será aumentada, a cada duas semanas, de um comprimido, até chegar ao máximo de 3 comprimidos, equivalentes a 2.250 mg de metformina (sempre no jantar). Glifage® XR 1g é utilizado como um tratamento de manutenção para pacientes que já tratados com 1.000 mg ou 2.000 mg de metformina. A dose máxima não deve exceder a 2 comprimidos uma vez ao dia, durante o jantar. Em pacientes que já fazem uso de metformina, a dose inicial de Glifage® XR deve ser equivalente a dose diária total de Glifage®. 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. Pacientes diabéticos tipo 2 (não-dependentes de insulina): Glifage® XR pode ser usado isoladamente ou em combinação com outros agentes antidiabéticos, como as sulfoniluréias. Se Glifage® XR for usado em substituição ao tratamento com outros hipoglicemiantes orais (exceto a clorpropamida), a troca pode ser feita imediatamente. Pacientes diabéticos tipo 1 (dependentes de insulina): A metformina e a insulina podem ser utilizadas em associação, no sentido de se obter um melhor controle da glicemia. A dose inicial usual do Glifage® XR é de um comprimido de 500 mg ou 750 mg uma vez ao dia no café da manhã, enquanto que a dose de insulina deve ser ajustada com base nos valores da glicemia. Síndrome dos Ovários Policísticos (Síndrome de Stein-Leventhal): A posologia é de, usualmente, 1.000 a 1.500 mg por dia (2 ou 3 comprimidos de Glifage® XR 500 mg) em uma única tomada. Aconselha-se iniciar o tratamento com dose baixa (1 comprimido de 500 mg/dia) e aumentar gradualmente a dose (1 comprimido de 500 mg a cada semana) até atingir a posologia desejada. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. M.S. 1.0089.0340. Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), pelo tel.: 0800-7277293 ou em nosso site na Internet: http://www.merck.com.br.

3313/2013 Agosto/2013
Material destinado exclusivamente a médicos.

A PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

SAC 0800 727-7293
www.merck.com.br

Merck Serono

Merck Serono é uma divisão da Merck

MERCK

por Rodrigo Moreira

HIPOTIREOIDISMO SUBCLÍNICO NO PACIENTE IDOSO, CIRURGIA BARIÁTRICA NO DIABETES E ALGUMAS REVISÕES SOBRE TECIDO ADIPOSO

Para a coluna desta edição, resolvi comentar não apenas 02 artigos, mas 02 assuntos que estão na "crista da onda". Tanto o hipotireoidismo subclínico no paciente idoso como os resultados da cirurgia bariátrica em pacientes diabéticos foram tema de diversos artigos, revisões e editoriais nos últimos meses. Por isso, resolvi comentar um pouco sobre estes dois assuntos, além de terminar com duas sugestões de leitura para os interessados em aspectos pouco comuns da obesidade.

"Is Subclinical Hypothyroidism a Cardiovascular Risk Factor in the Elderly?"

Um dos assuntos mais controversos no momento envolve o tratamento do hipotireoidismo subclínico no paciente idoso, principalmente no que se refere aos efeitos deste tratamento sobre risco cardiovascular. Como Coordenador de um Ambulatório de Dislipidemia, acho este assunto de grande relevância para a prática clínica, principalmente quando temos que decidir se devemos ou não iniciar o tratamento de um paciente que já é polimedicado. Na edição de junho de 2013 do Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism (JCEM 2013;98(6):2256-2266), Giuseppe Pasqualetti e colaboradores publicaram os resultados de uma revisão sistemática sobre o assunto. As principais conclusões foram de que existe um aumento do TSH relacionado à idade; Embora este aumento pareça estar relacionado a um aumento do risco cardiovascular, este efeito parece menos evidente nos pacientes mais idosos, com até mesmo uma menor mortalidade em pacientes acima dos 85 anos. A divulgação destes resultados foi tão importante que levou a publicação de um Editorial na mesma edição. Intitulado "Subclinical Hypothyroidism and Cardiovascular Risk: How to End the Controversy" (JCEM 2013;98(6):2267-2269), o editorial de Nicolas Rondoni e Douglas C. Bauer discute os principais estudos sobre o assunto e confirma as principais recomendações: o tratamento deve ser realizado com o TSH acima de 10 mUI/mL. Entretanto, quando os valores estão abaixo deste limite, os resultados ainda são muito controversos, principalmente se abaixo de 7 mUi/mL. Seria 7,0 mUi/ml um limite de tratamento para os pacientes idosos? Para terminar, vale a comentar que estas dúvidas só serão respondidas completamente com o término do estudo TRUST "Thyroid Hormone Replacement for Untreated Older Adults with Subclinical Hypothyroidism." O estudo duplo cego, controlado com placebo, foi desenhado para avaliar os efeitos do tratamento da reposição com L-Tiroxina em pacientes com mais de 65 anos com hipotireoidismo subclínico (para maiores informações, acessar o site www.trustthyroidtrial.com). É esperar para ver.....

"Roux-en-Y Gastric Bypass vs Intensive Medical Management for theControl of Type 2 Diabetes, Hypertension, and Hyperlipidemia. The Diabetes Surgery Study Randomized Clinical Trial" e "Bariatric Surgery for Weight Loss and Glycemic Control in Nonmorbidly Obese Adults With Diabetes. A Systematic Review"

A edição de 05 de Junho de 2013 do Journal of the American Medical Association é um "prato cheio" para os interessados em cirurgia bariátrica para pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e Índice de Massa Corporal (IMC) abaixo de 35 kg/m2. Primeiro, pela publicação dos resultados do estudo de Sayeed Ikramuddin e colaboradores (JAMA. 2013;309(21):2240-2249). Os autores incluíram 120 pacientes com DM2 mal controlado e IMC entre 30 e 39.9 kg/m2. Os pacientes foram randomizados em tratamento cirúrgico e tratamento clínico intensivo e acompanhados por 1 ano. Os resultados demonstraram grandes benefícios para os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico. Segundo, pela publicação da revisão sistemática de Melinda Maggard-Gibbons e colaboradores (JAMA. 2013;309(21):2250-2261). Os autores revisaram a literatura buscando estudos clínicos que avaliassem os efeitos da cirurgia bariátrica em paciente com DM tipo 2 e IMC abaixo de 35 kg/m2. Os autores encontraram 03 estudos que preencheram todos os critérios determinados e observaram que os resultados nos pacientes que foram submetidos ao tratamento cirúrgico foram superiores aos pacientes submetidos ao tratamento não cirúrgico. Para terminar a edição, um belíssimo Editorial intitulado "Treating Diabetes with Surgery" escrito por Bruce M. Wolfe e colaboradores, que discutem as implicações destes resultados (JAMA 2013;309(21):2274-2275), principalmente a falta de resultados de longo prazo deste estudos. Se esta edição não for suficiente, aconselho uma visita ao site da Sociedade Brasileira de Diabetes, onde diversos especialistas brasileiros apresentam suas visões sobre este assunto tão controverso:

http://www.diabetes.org.br/colunistas-da-sbd/diabetes-hoje/2360-forum-cirurgia-do-diabetes-versus-tratamento-intensivo-ou-inercia-da-endocrinologia-versus-intrepidez-da-cirurgia

"Leptin's Role in Lipodystrophic and Nonlipodystrophic Insulin-Resistant and Diabetic Individuals" e "Brown Adipose Tissue in Adult Humans: A Metabolic Renaissance"

Para terminar a coluna, duas sugestões de leitura na edição de junho da Endocrine Reviews. Na primeira, Hyun-Seek Moon e colaboradores discutem o papel do uso da leptina recombinante para o tratamento de pacientes com Diabetes e lipodistrofia e/ou resistência a insulina (Endocrine Reviews 2013;34:377-412). São resultados bem interessantes de uma medicação que parecia perdida. Na segunda revisão, um tema que não poderia ser mais atual: o tecido adiposo marrom. Após a descoberta da irisina e da Banting Lecture do American Diabetes Association Meeting de 2012, o tecido adiposo marrom vem aparecendo cada vez mais nas publicações, tanto como um importante regulador do metabolismo corporal como um possível alvo terapêutico para obesidade e DM2. Se você ainda não está a par deste assunto, esta revisão de Paul Lee e colaboradores (Endocrine Reviews 2013;34:413-438;) que não deve ser perdida. ■

CENTRO DE ESTUDOS

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

NOTAS DO CEA

Dra Carmen Assumpção, Beverly M. K. Biller, MD diretora do curso e a nossa R2, Mariana Torres.

No mês de de março o CEA-IEDE esteve presente no Curso da Universidade de Harvard, realizado pelo Massachusetts General Hospital, Departmento de Medicine e Harvard Medical School, Departmento de Educação Continuada.Estavam presentes a Dra Carmen Leal de Assumpção, Dra Mariana Siqueira Torres-R2 e nosso ex-residente, Dr Rodrigo Oliveira da Silva . O curso é de excelente qualidade, uma imersão e revisão de toda a Endocrinologia.

SESSÕES CIENTÍFICAS

As Sessões Científicas são de padrão internacional (são apresentadas todas as 5ª feiras às 10 horas, no Auditório Dona Anna-IEDE), e para não fugir a regra, na última quinta feira dia, 13/7/13 apresentamos a Sessão de Oftalmopatia de Graves com a presença do convidado, Professor João Teles Jr, otorrinolaringologista, que atendendo ao convite da Dra Jane Lilian, responsável pelo ambulatório de Oftalmopatia de Graves, apresentou uma belíssima palestra sobre o tema.O professor Teles tem uma abordagem cirúrgica pela via transfenoidal que remove a gordura periorbitária, respeitando o critério continente-conteúdo com resultados excepcionais.

Para enriquecer o debate, apresentamos um caso da enfermaria.

Tema: "Oftalmopatia de Graves".

Apresentadora: *Dra Ximene Antunes – R1*

- ID: TME, 50 anos, feminina, natural de Alagoas, residente do RJ.
- QP: "problema de tireóide"
- HDA: Em março de 2012 apresentou tremores, palpitações, emagrecimento de 10kg em 4 meses,sendo diagnosticado hipertireoidismo (TSH<0,08) e iniciado tratamento por clínico com Tapazol 30mg dia por 3meses, sendo suspenso por "não resposta do quadro" e trocado por PTU 600g/dia. Na ocasião queixava-se ainda de lacrimejamento, hiperemia, dor e ardência ocular bilateral.
- Procurou atendimento com oftalmologista que diagnosticou "ceratite por hipertireoidismo". Prescrito colírios e orientada a procurar endocrinologista.
- Permaneceu durante março a dez/12 sem acompanhamento e com tratamento irregular aguardando vaga no IEDE.
- Em uso de PTU 600mg/dia e propranolol 40mg/dia.
- Ao exame: Ansiosa corada, hidratada, eupneica, afebril. Tireoide palpável tamanho normal, consistência fibroelástica,sem nódulos ou linfonodos. Olhos: proptose bilateral, diminuição da convergência, hiperemia e edema palpebral. PA: 130x80mmHg FC: 80bpm FR:20, restante do exame inalterado.

EXAMES:

Anti-TPO: neg , T4L: 0,6 (0,8-1,9) TSH: 0,21 (0,3-5,0) TRAB: + (7,5)

PARECER OFTALMO: Proptose AO, retração palpebral inferior AO,hiperemia,edema periorbitário, sem restrições a movimentação.Ceratite difusa, úlcera córnea às 3h em OD,hiperemia conjuntival.

Cd:Besivance 1gt 12/12h, Ocupress 1t 12/12h, Lacrifilm 2/2h

SEGUIMENTO:

- Diminuída dose de PTU 300mg/dia e posteriormente para 150mg/dia.
- Seguiu em acompanhamento com Oftalmologia, em uso dos colírios prescritos.
- Evoluiu com piora do quadro ocular (dor de forte intensidade, hiperemia, lacrimejamento), sendo internada em fevereiro para Pulsoterapia com Metilprednisolona 1 ciclo 250mg 3x.
- Exames: TSH: 0,10 T4L:1,1 T3 Total: 130

OFTALMO:

- Antes da pulsoterapia: ceratite difusa1/3 inferior AO,congestao bulbar.
- Cd: Zymar XD colirio,Ocupress e Vidisic ao deitar.

Reavaliação pos- alta (08/03): ceratite difusa 1/3 inferior OE e perilímbica. OD com melhor aspecto.

14/03: Nova internação pra 3 dose (1 ciclo)

Novos exames: TSH: 0,011(0,3-5,0) T4L: 2,1(0,8-1,9)

Em MAIO /13 evoluiu com piora da dor ocular proptose, hiperemia e lacrimejamento.

- TC DE ORBITA: "espessamento músculos superior e inferior reto medial D e densificação de gordura. Gordura intra-conal apresentando discreta infitração edematosa bilateral".
- OFTALMO: úlcera cornea central OE, pequena em OD, congestao bulbar.

Cd: nova internação e nova pulsoterapia

NO MOMENTO:

- 1 ciclo com 3 doses de Metilprednisolona 250mg (FEV)
- 2 ciclo com 1 dose 500mg e 2 doses 250mg (MAIO/JUN)

Clínica: mantendo controle da dor com Tramal regular e Dipirona.

TSH: 0,01 T4L: 2,4.Ajustada dose de PTU.

14/03/2013

12/06/13

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. Tel.: 2332-7154 - ramal: 1193 Email: cea.iede@saude.rj.gov.br e coreme.iede@saude.rj.gov.br ■

por Ricardo Meirelles

O ESTILO DE JOSÉ SCHERMANN

O professor José Schermann estaria completando 100 anos em 2013. Numa época de tantos homens centenários ilustres, é uma pena não podermos contar também com a sua presença entre nós, com sua personalidade forte e, até certo ponto intimidadora, mas também com seu exemplo do que é ser médico e seu enciclopédico conhecimento clínico. Os que tiveram a sorte de serem seus alunos lembram até hoje sua peculiar maneira de ensinar, valorizando sempre a informação científica que pudesse ser utilizada na prática endocrinológica diária. Nas sessões clínica era sempre quem dava a última palavra, alicerçada sempre solidamente na sua vasta experiência.

No IEDE, gostava de trabalhar na triagem dos pacientes encaminhados, analisando cada caso com os alunos à sua volta e orientando a conduta inicial a seguir. Muitas vezes selecionava um de nós para fazer a ficha imediatamente. Essas fichas eram meticulosamente verificadas por ele e, se estivessem mal feitas, não era impossível que as rasgasse e exigisse uma nova. Assustava um pouco, mas aprendíamos muito.

De vez em quando surgia com um grande maço de fichas de pacientes do seu consultório, que eram sempre cuidadosamente arquivadas segundo uma classificação que criara, o que permitia que recuperasse rapidamente todas as relacionadas a um determinado tema. Isso numa época em que os computadores ainda eram máquinas de ficção científica. A classificação era feita manualmente, em cada ficha. Essas fichas eram entregues a um dos seus alunos, com a orientação para que realizasse uma pesquisa para publicação, baseada, não só nas informações de sua enorme clínica privada, mas também com as obtidas nos prontuários do Instituto. Foi assim que produzi, sob sua orientação, meu primeiro trabalho de pesquisa, junto com a Amanda Athayde: Hipotiroidismo adquirido do adulto - Sinais e sintomas (Análise de 132 casos), publicado na Revista Brasileira de Medicina, em 1974.

As Críticas de Fichas eram um momento especial. Pinçava ao acaso algumas fichas feitas durante a semana e as lia, comentando os erros e acertos, não só da feitura da ficha propriamente dita, incluindo erros de Português e qualidade da letra, como da conduta adotada. As críticas eram diretas e, na maioria das vezes, nada gentis, mas funcionavam e nós todos aprendíamos muito nessas ocasiões.

Outra característica marcante na personalidade do professor era a rigidez com a pontualidade. Conta-se que, certa vez, saiu à noite com um colega para tomar chope e ficaram até altas horas conversando. No dia seguinte, Schermann chegou ao IEDE no horário habitual e ficou esperando o colega, que se atrasara, no alto da escada que levava às enfermarias. Quando este chegou, quinze minutos depois, o professor, olhando o relógio, chamou sua atenção para o atraso. O colega, constrangido, comentou que, afinal de contas, estiveram juntos até tarde no dia anterior e, por isso não conseguira chegar na hora, ao que Schermann respondeu, secamente: "Não tenho nada a ver com a sua vida particular".

Atrás de toda essa carapaça dura e, às vezes, até antipática, se escondia um homem bom, sensível, amigo e preocupado em formar bons endocrinologistas, pioneiro que foi na especialidade. Era incansável na orientação de quem precisasse e ajudava de todas as formas quando alguém necessitava. Deixou em todos nós, seus ex-alunos, uma grande saudade e a gratidão por nos ter ajudado a ser médicos sempre voltados para fazer pelo paciente o melhor possível. ■

SERVIÇO DE DIABETES

Por Rosane Kupfer - Chefe do Serviço

É TEMPO DE RENOVAR

Esta coluna de 2013 coincide com a renovação da equipe do Serviço de Diabetes do IEDE. Talvez seja a primeira vez em muitos anos, que o Serviço tenha recebido médicos que optaram por escolher a área de Diabetes para exercer suas funções como Médico Endocrinologista. Isso merece uma reflexão. Certamente o desenvolvimento do conhecimento nessa área influenciou a formação desses jovens médicos desde a faculdade até o término da Residência Médica. Parte deles continua sua formação no Mestrado e no Doutorado na área de Diabetes. Ver o interesse pelo Diabetes crescer me deixou particularmente feliz, mas, sobretudo recompensada pelo esforço em manter em alto nível o atendimento de nossos pacientes, a despeito de todas as dificuldades encontradas nos últimos anos. Parte dos médicos contratados já havia trabalhado temporariamente no Serviço e optou por voltar através do concurso. Recebemos também outros profissionais da área da saúde que reforçarão nossas Unidades de Educação (UE) e do Pé Diabético (UPD).

Tentar oferecer à clientela do IEDE um atendimento com todos os recursos necessários ao bom controle do diabetes sempre foi nosso objetivo, pois sabemos que o custo da doença é alto para a maior parte da população. Estudos epidemiológicos mostram que a parcela da população diabética que atinge as metas de bom controle na A1c, PA e lípides é muito pequena, mesmo em países desenvolvidos (1). Um estudo recente patrocinado pela SBD (2) sobre a situação do DM1 no Brasil apresenta índices assustadores da falta de acesso dessa população ao Sistema de Saúde e de seu mau controle.

Vamos continuar fazendo a nossa parte para mudar esta situação, agora com a equipe renovada. Estamos prestes a conseguir ampliar o número de novos pacientes que poderemos receber.

Apesar do bom momento, sabemos que sozinhos não poderemos resolver a questão, mas os Serviços de Endocrinologia e de Nutrologia do Rio de Janeiro estão unidos e já fizemos uma primeira reunião, aqui no IEDE, para discutir a questão do fornecimento de análogos de insulina aos Diabéticos tipo 1, no Estado do Rio de Janeiro, para tentar encontrar soluções.

Além da população, nossos alunos tem muito a ganhar, pois estamos plantando um terreno fértil no campo do Ensino e da Pesquisa, esperando formar Endocrinologistas, quem sabe, cada vez mais interessados nessa área da Endocrinologia que tanto precisa de bons profissionais. ■

(1) Jensen et al. Diabetes Res Clin Pract 2008
(2) www.diabetes.org.br

SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA

Por Vera Leal

SEMPRE USAR GLICOCORTICOIDE NA HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA NÃO CLÁSSICA?

Pacientes com Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) devido à deficiência parcial da 21-hidroxilase podem apresentar durante a infância ou adolescência sinais do excesso de androgênios. O tratamento com glicocorticoide é mandatório nas formas severas de HAC porém pode não ser necessário nas formas mais leves, como na Hiperplasia Adrenal Não Clássica (HAC-NC)?

HAC-NC pode apresentar-se na infância, na adolescência ou na vida adulta, sempre mais percebível no sexo feminino , pela produção excessiva de androgênios. No período pré puberal expressa-se como pubarca prematura e algumas crianças podem apresentar aceleração do crescimento e da idade óssea, porém, em geral, não há comprometimento da estatura final. Na adolescência as meninas tendem a apresentar hirsutismo com grande variabilidade quanto à severidade, irregularidade menstrual, particularmente oligomenorréia e acne. Os adolescentes podem evoluir para Síndrome dos Ovários Policísticos, e se apresentam essa condição, devem vem ser triados para HAC-NC. A subfertilidade na HAC-NC é relativa mas pode estar presente em cerca de 12% das mulheres com essa condição.

A HAC-NC é uma condição heterogênea e indivíduos podem ser totalmente assintomáticos e apresentarem níveis aumentados de 17OHprogesterona, androstenediona e testosterona. A variação na expressão clínica da doença justifica-se pelas diferenças interindividuais quanto ao metabolismo dos esteroides e sensibilidade aos androgênios.

Na avaliação clínica deve-se documentar o modelo do ciclos menstruais, os pêlos corporais pelo score Ferriman-Gallwey e ectoscoia genital, afastando virilização. Laboratorialmente, dosagens de eletrólitos, aldosterona e atividade de renina plasmática são checados. para confirmar a suficiência de minealocorticoides. O Teste da Cortrosina avalia os níveis basais e pos estímulo de 17OHprogesterona para fins diagnósticos da HAC-NC e da reserva de cortisol , revelando se há necessidade de reposição diária deste, ou uso apenas em intercorrências clínicas. A análise genética do gene CYP21 é uma forma adicional de confirmar o diagnóstico de HAC-NC .

O tratamento da HAC-NC visa corrigir as anormalidades como hirsutismo, irregularidades menstruais e o possível carater evolutivo para SOP. Clinical Endocrinology(2013)78

No nosso ambulatorio de Endocrinologia Feminina cuja responsável é a Dra Rita Vasconcellos Weiss , o contraceptivo oral é a droga de 1ª linha para o tratamento da HAC-NC há pelo menos 4 anos. Com o objetivo de avaliar as consequências de ambos tratamentos, um estudo retrospectivo está sendo realizado, comparando o uso de contraceptivos orais com o uso de corticosteroides no tratamento da HAC-NC. ■

"O INSTITUTO FOI RESPONSÁVEL PELO MEU PROGRESSO PROFISSIONAL"

Por Beth Santos

Na infância, Flavia Barbosa já brincava de ser "médica" de suas bonecas, mas, por influência da mãe, anos depois cursou eletrotécnica e trabalhou em uma empresa de engenharia. Sem nenhuma influência na família ("fui a primeira a estudar medicina"), correu atrás do seu sonho de criança e fez o curso da UFRJ, onde, em seguida, completou a residência de Clínica Médica.

Ela comenta que a escolha pelo IEDE, onde estudou de 2002 a 2004, se deu "pela excelência do lugar, qualidade dos professores e diversidade dos ambulatórios específicos". Hoje, se diz "totalmente realizada profissionalmente".

Da turma no Instituto, lembra dos amigos Alexandre Hohl, 'Crisinha', 'Crisona', Fabi Leite, Geisa, Keli, 'Kiki', Jefferson, Marcos, Melcíades, Monique, Luciana Tardin, Vivi e Daniela Maia. Entre as "inseparáveis", lista Daniela Fernandes e Luciana Correa. "Com elas aprendi que ninguém sabe demais que não possa aprender e que ninguém sabe de menos que não possa ensinar..."

A União Faz a Força

A Dra. Flavia Regina Barbosa comenta que até hoje mantêm contato mais próximo com os amigos Marcinha, Dani, Isa, Nardinho, Sandro Farias, Lu Correa, Hohl etc. Com Lu Tardin e Jefferson, Keli, Fabi, Kiki, Moniquinha e outros, se comunica pelas redes sociais. "Com todos aprendi que a união faz a força. Nossa turma sempre foi muito unida, alegre, estudiosa e responsável".

Entre as melhores lembranças dessa fase estão "as gargalhadas que Fabiana Leite arrancava de todos com seu humor afiado e jeito engraçado; dos amigos do grupo de estudos; enfim, ótimas lembranças...". Ela afirma que o período de aprendizado no IEDE "significou muito. A nossa 'casa' IEDE foi responsável pelo meu progresso profissional, por construir parte da minha formação médica e por me permitir criar laços de amizades verdadeiras. Aguçou em mim os pensamentos de Leonardo da Vinci: ' aprender é a única coisa que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende".

As Referências

Ao citar professores, sua lista é imensa, incluindo praticamente todo o staff do IEDE. O primeiro nome a ser lembrado, como não poderia deixar de ser, é o do Dr. Póvoa. Mas ao falar sobre suas referências na medicina, surgem apenas dois nomes: os Drs. Adolpho Milech e Mario Vaisman, "ambos pela medicina que exercem, pela dedicação à vida acadêmica, pelo carinho fraternal comigo na época da faculdade. Eles me incentivaram, sem saber, a escolher a endocrinologia".

Perguntada sobre o aprendizado mais significativo dos dois anos passados no IEDE, cita uma frase de Johnnie Walker: "Quem quer conhecer precisa indagar; quem indaga deve raciocinar; quem raciocina deve compreender; e quem compreende acaba por chegar a uma conclusão. Quem conclui alcança a fé; quem tem fé descobre o amor; quem ama, vive e, quem vive, ama tanto ao Criador quanto à sua Criação".

Eu Sou o IEDE

1- Por que você escolheu a Endocrinologia como especialidade?

Porque ela integra os sistemas orgânicos do metabolismo, o funcionamento do corpo, os hormônios, que são os mensageiros químicos do corpo. Um endocrinologista trata desde uma criança que tenha problemas de crescimento ou Diabetes, até uma mulher que tenha problemas de menopausa, passando por problema de tireoide e no metabolismo ósseo. Também acompanhamos pessoas com metabolismo lento, até mesmo um tumor de hipófise, que produz um determinado hormônio. Enfim, é a especialidade clínica mais vasta e completa!

2 – Por que você escolheu o IEDE?

Por ser um instituto completo, por abranger desde a excelência na qualidade dos professores, aulas e sessões, a diversidade dos ambulatórios e variedade dos diagnósticos de inúmeros pacientes, até por ter sido um serviço onde acompanhávamos a internação do paciente, sua evolução, seu tratamento clínico e/ou cirúrgico, e sua alta hospitalar. Porque era e ainda é um centro de referência de aperfeiçoamento e especialização.

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

Como marco positivo: Quando passei em primeiro lugar no concurso para UNIRIO, no qual concorri com profissionais de super gabarito, como professores meus, staffs de outros serviços, e estava apenas recém-formada no IEDE, com poucas semanas após a aprovação do título de especialista em Endocrinologia. Marco negativo: falecimento do Dr. Póvoa em pleno Encontro do IEDE.

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

Dr. Adolpho Milech. Admiro sua avidez pelo conhecimento e por curiosidades médicas, sua educação com todos - desde funcionários, pacientes, alunos a colegas de profissão - e sua inteligência. Sempre foi entusiasmante vê-lo clinicar, observar sua dedicação à vida acadêmica e sua doação à Universidade e à Medicina. ■

O MAIOR DESEMPENHO BRASILEIRO NO MAIS IMPORTANTE CONGRESSO INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS EM ANÁLISES CLÍNICAS.

61% de todos os trabalhos brasileiros aprovados no **AACC** (Associação Americana de Química Clínica)

Responsável Técnico: Dr. Octávio Fernandes da Silva Filho - CRMRJ 52.45844-4 | *Número referente à soma dos trabalhos científicos do Grupo Dasa.

epigram

O Sérgio Franco tem muito orgulho de fazer parte da empresa brasileira de medicina diagnóstica com o maior número* de trabalhos científicos aprovados no maior e mais importante Congresso Mundial de Diagnósticos – AACC. Tudo isso é o resultado do reconhecimento ao talento, à pesquisa e à dedicação de nossos profissionais na constante busca pela excelência em nossos serviços.

www.sergiofranco.com.br
(21) 2672-7070

DESDE 1940 SérgioFranco MedicinaDiagnóstica