

doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v.95i1p42-44>

CARTA AO EDITOR

Medicações comumente utilizadas em pacientes com doenças reumáticas

André Silva Franco, Leandro Ryuchi Iuamoto, Rosa Maria Rodrigues Pereira

As doenças reumáticas são muito prevalentes^{1,2}, acometendo o sistema musculoesquelético, mas muitas vezes com comprometimento sistêmico. O diagnóstico dessas doenças não é simples, o que requer muitas vezes exames complementares e acompanhamento multidisciplinar. O tratamento clínico em geral é longo, com medicações simples e complexas, por vezes desconhecidas por outros profissionais de saúde que terão dificuldade em manejar esses pacientes em seus serviços cotidianos, como unidades de emergência e enfermarias cirúrgicas^{3,4}.

A incidência de infecções pós-operatórias é 0,5-6,0%, dependendo do centro, do tipo de cirurgia, e do local da cirurgia⁵. Pacientes reumatológicos, no entanto, apresentam maior risco para o desenvolvimento de infecção pós-operatória⁶⁻¹⁰. Cerca de 25% de todos os pacientes com artrite reumatoide necessitarão de cirurgia nos primeiros 20 anos de doença. As principais complicações ortopédicas eletivas continuam sendo as infecções de sítio cirúrgico, com incidência variando de 2 a 15%, não podendo excluir essa alta taxa devido às medicações utilizadas por esses pacientes.

Por mais diferentes que sejam as doenças reumatológicas, as classes medicamentosas utilizadas no tratamento dessas patologias são, em geral, similares. Os anti-inflamatórios não esteroidais, os glicocorticoides, as drogas antirreumáticas modificadoras de doença e os agentes biológicos são as principais medicações utilizadas no tratamento das doenças reumáticas. Essas medicações podem apresentar complicações similares, muitas vezes envolvendo infecções de sítio cirúrgico e dificuldade de cicatrização da ferida operatória^{11,12}.

É importante que os clínicos, cirurgiões e anestesistas conheçam o mecanismo de ação dessas medicações, efeitos colaterais e possíveis complicações peri-operatórias dessas drogas. Para isso, pesquisamos o banco de dados “PubMed”, procurando por manuscritos com as palavras-chaves (MeSH) “Perioperative Period AND Medications”. A pesquisa foi limitada ao período de janeiro de 2000 a julho de 2015, com a restrição de idioma inglês nas publicações. Além disso, realizou-se busca manual das referências dos artigos encontrados e foram selecionados os artigos considerados relevantes sobre tema. Foram revisados 1197 artigos relacionados ao tema, e utilizados 52, que apresentavam relação objetiva com o presente trabalho de forma a revisar o mecanismo de ação e farmacocinética das principais drogas utilizadas para controle de doenças reumáticas; e fornecer orientações em relação à suspensão e à reintrodução no período peri-operatório.

Em relação aos anti-inflamatórios não esteroidais é importante ter em mente que dependendo do tempo de meia-vida da medicação ela deve ser suspensa por horas ou até dias em relação ao dia cirúrgico¹³⁻¹⁵. No uso dos glicocorticoides, a prescrição deve ser feita de acordo com estresse cirúrgico e o grau de inibição do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal¹⁶⁻¹⁸.

Drogas antirreumáticas modificadoras de doença e agentes biológicos são tradicionalmente suspensos 5 tempos de meia-vida e 2 tempos de meia-vida, respectivamente, para evitar infecções¹⁹⁻²². Contudo, recentemente não há evidências do aumento do risco de infecção ou dificuldade de cicatrização do sítio cirúrgico com a manutenção dessas

Carta referente ao trabalho “Medicações comumente utilizadas em pacientes com doenças reumatológicas - orientações para utilização e suspensão no período peri-operatório” premiado no 34º COMU - Congresso Médico Universitário da FMUSP, SP, 2015.

Endereço para correspondência: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 455, sala 3192. São Paulo, SP. 01246-903 – Brasil. Tel.: +55 (11) 3061-8594. E-mail: andre.franco@usp.br

medicações¹⁹. Metotrexato²³ e hidroxiquina^{24,25} devem ser mantidos, por não piorarem o risco de complicações pós-cirúrgicas e terem efeito benéfico.

Em relação às medicações utilizadas no tratamento da osteoporose, não há necessidade de alterar o uso de bisfosfonatos²⁶. É importante lembrar que o ácido zoledrônico quando utilizado de 2 a 12 semanas após cirurgia de quadril promove redução do número de fraturas e reduz a mortalidade geral^{27,28}. Os níveis de cálcio e vitamina D devem estar dentro da faixa de normalidade²⁹.

O conhecimento sobre diversas medicações utilizadas em pacientes com doenças reumatológicas se faz necessário, uma vez que seus efeitos colaterais poderiam influenciar na evolução do pós-operatório. Assim, todo profissional da área médica, antes de indicar uma cirurgia ou acompanhar a evolução de um paciente reumático no pós-operatório, deve estar atento ao tipo de medicação de uso contínuo utilizada, bem como saber os diversos efeitos dessas medicações. Essas informações poderiam evitar possíveis complicações que podem acometer essa gama de pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA*. 2014;311(15):1547-55. doi: 10.1001/jama.2014.3266.
2. Johnson VL, Hunter DJ. The epidemiology of osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2014;28(1):5-15. doi: 10.1016/j.berh.2014.01.004.
3. Lima FR, Katsuyuki SS. Abordagem do paciente com doença reumatológica. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CL, editores. *Clínica médica, volume 5: doenças endócrinas e metabólicas, doenças ósseas, doenças reumatológicas*. Barueri, SP: Manole; 2009. p.832.
4. Arend WP, Lawry GV. Approach to the patient with rheumatic disease. In: Goldman L, Schafer AI, editors. *Goldman's Cecil medicine*. 24th ed. Philadelphia: Saunders; 24 edition; 2011. p.2704.
5. Bongartz T. Elective orthopedic surgery and perioperative DMARD management: many questions, fewer answers, and some opinions... *J Rheumatol*. 2007;34(4):653-5. Available from: <http://www.jrheum.org/content/34/4/653.long>
6. Poss R, Thornhill TS, Ewald FC, Thomas WH, Batte NJ, Sledge CB. Factors influencing the incidence and outcome of infection following total joint arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res*. 1984;(182):117-26.
7. Schrama JC, Espehaug B, Hallan G, Engesaeter LB, Furnes O, Havelin LI, Fevang BT. Risk of revision for infection in primary total hip and knee arthroplasty in patients with rheumatoid arthritis compared with osteoarthritis: a prospective, population-based study on 108,786 hip and knee joint arthroplasties from the Norwegian Arthroplast. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62(4):473-9. doi: 10.1002/acr.20036.
8. Goh L, Jewell T, Laversuch C, Samanta A. Should anti-TNF therapy be discontinued in rheumatoid arthritis patients undergoing elective orthopaedic surgery? A systematic review of the evidence. *Rheumatol Int*. 2012;32(1):5-13. doi: 10.1007/s00296-011-2040-6.
9. Smitten AL, Choi HK, Hochberg MC, Suissa S, Simon TA, Testa MA, Chan KA. The risk of hospitalized infection in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2008;35(3):387-93.
10. Doran MF, Crowson CS, Pond GR, O'Fallon WM, Gabriel SE. Predictors of infection in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2002;46(9):2294-300. doi: 10.1002/art.10529.
11. Bissar L, Almoallim H, Albazli K, Alotaibi M, Alwafi S. Perioperative management of patients with rheumatic diseases. *Open Rheumatol J*. 2013;7:42-50. doi: 10.2174/1874312901307010042.
12. Goodman SM, Paget S. Perioperative drug safety in patients with rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2012;38(4):747-59. doi: 10.1016/j.rdc.2012.08.006.
13. Möllmann H, Nef HM, Hamm CW. Clinical pharmacology: antiplatelet therapy during surgery. *Heart*. 2010;96(12):986-91. doi: 10.1136/hrt.2008.155655.
14. Gerstein NS, Carey MC, Cigarroa JE, Schulman PM. Perioperative aspirin management after POISE-2: some answers, but questions remain. *Anesth Analg*. 2015;120(3):570-5. doi: 10.1213/ANE.0000000000000589.
15. Oscarsson A, Gupta A, Fredrikson M, Järhult J, Nyström M, Pettersson E, Darvish B, Krook H, Swahn E, Eintrei C. To continue or discontinue aspirin in the perioperative period: a randomized, controlled clinical trial. *Br J Anaesth*. 2010;104(3):305-12. doi: 10.1093/bja/aeq003.
16. Howe CR, Gardner GC, Kadel NJ. Perioperative medication management for the patient with rheumatoid arthritis. *J Am Acad Orthop Surg*. 2006;14(9):544-51. Available from: http://journals.lww.com/jaaos/Fulltext/2006/09000/Perioperative_Medication_Management_for_the.4.aspx
17. Stuck AE, Minder CE, Frey FJ. Risk of infectious complications in patients taking glucocorticosteroids. *Rev Infect Dis*. 1989;11(6):954-63.
18. Coursin DB, Wood KE. Corticosteroid supplementation for adrenal insufficiency. *JAMA*. 2002;287(2):236-40. doi: 10.1001/jama.287.2.236.
19. Akkara Veetil BM, Bongartz T. Perioperative care for patients with rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol*. 2012;8(1):32-41. doi: 10.1038/nrrheum.2011.171.
20. Gardner GC. Management of medications in patients with rheumatic diseases during the perioperative period. In:

-
- Mandell BF, editor. Perioperative management of patients with rheumatic disease. New York: Springer-Verlag; 2013. p.71-85. doi: 10.1007/978-1-4614-2203-7.
21. Härle P, Straub RH, Fleck M. Perioperative management of immunosuppression in rheumatic diseases--what to do? *Rheumatol Int.* 2010;30(8):999-1004. doi: 10.1007/s00296-009-1323-7.
 22. Grennan DM, Gray J, Loudon J, Fear S. Methotrexate and early postoperative complications in patients with rheumatoid arthritis undergoing elective orthopaedic surgery. *Ann Rheum Dis.* 2001;60(3):214-7. doi: 10.1136/ard.60.3.214.
 23. Loza E, Martinez-Lopez JA, Carmona L. A systematic review on the optimum management of the use of methotrexate in rheumatoid arthritis patients in the perioperative period to minimize perioperative morbidity and maintain disease control. *Clin Exp Rheumatol.* 2009;27(5):856-62. Available from: <http://www.clinexprheumatol.org/article.asp?a=2>.
 24. Muniz LF, Pereira RMR, Silva TF, Bonfa E, Borba EF. Impact of therapy on metabolic syndrome in young adult premenopausal female lupus patients: Beneficial effect of antimalarial. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2015;67(9):1255-62. doi: 10.1002/acr.22593.
 25. Shinjo SK, Bonfá E, Wojdyla D, Borba EF, Ramirez LA, Scherbarth HR, et al. Antimalarial treatment may have a time-dependent effect on lupus survival: data from a multinational Latin American inception cohort. *Arthritis Rheum.* 2010;62(3):855-62. doi: 10.1002/art.27300.
 26. Kim T-Y, Ha Y-C, Kang B-J, Lee Y-K, Koo K-H. Does early administration of bisphosphonate affect fracture healing in patients with intertrochanteric fractures? *J Bone Joint Surg Br.* 2012;94(7):956-60. doi: 10.1302/0301-620X.94B7.29079.
 27. Lyles KW, Colón-Emeric CS, Magaziner JS, Adachi JD, Pieper CF, Mautalen C, et al. Zoledronic acid in reducing clinical fracture and mortality after hip fracture. *N Engl J Med.* 2007;357:nihpa40967. doi:10.1056/NEJMoa074941.
 28. Eriksen EF, Lyles KW, Colón-Emeric CS, Pieper CF, Magaziner JS, Adachi JD, et al. Antifracture efficacy and reduction of mortality in relation to timing of the first dose of zoledronic acid after hip fracture. *J Bone Miner Res.* 2009;24(7):1308-13. doi: 10.1359/jbmr.090209.
 29. Seton M. How soon after hip fracture surgery should a patient start bisphosphonates? *Cleve Clin J Med.* 2010;77(11):751-5. doi: 10.3949/ccjm.77a.10045.