

Julho, agosto e setembro de 2019

RIO **DERMATOLÓGICO**



SOCIEDADE
BRASILEIRA DE
DERMATOLOGIA
REGIONAL
RIO DE JANEIRO

p.10

Cidade Maravilhosa e berço da dermatologia no Brasil

Simpósio de Cabelos e Unhas traz inovações e emociona com homenagem ao professor Celso Sodré

p.9

Roda-Hans, a carreta que levou conscientização sobre hanseníase à população

p.8

3 /	Editorial	10 /	Cidade Maravilhosa e berço da dermatologia no Brasil
4 /	Reuniões Mensais Julho, agosto e setembro 2019	16 /	Caso vencedor: julho 2019
5 /	DermatoRio 2019	18 /	Caso vencedor: agosto 2019
6 /	ECD 2019	20 /	Caso vencedor: setembro 2019
7 /	Curso de Feridas 2019	22 /	Aconteceu na SBDRJ
8 /	Roda-Hans	24 /	Entretenimento
9 /	Caminhada Alopecia	25 /	Marketing Médico
9 /	Curso de Cabelos 2019	26 /	Coluna Ethos

N. 45

PUBLICAÇÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA - REGIONAL DO RIO DE JANEIRO | ISSN 2317-2061

Coordenadora da Rio Dermatológico Regina Casz Schechtman **Diretoria e Conselho Editorial** Thiago Jeunon de Sousa Vargas (Presidente), Fabiano Roberto Pereira de Carvalho Leal (Vice-Presidente), Daniel Lago Obadia (Secretário-Geral), Paulo Antonio do Cabo Notaroberto Barbosa (Tesoureiro), Juliana Corrêa Marques da Costa (Secretária de Sessões), Caroline Martins Brandão (Assessora da Diretoria), Violeta Duarte Tortelly Costa (Assessora da Diretoria) **Conselho Consultivo | Membros Vitalícios** Gabriela Lowy, Danilo Vicente Filgueiras, Absalom Lima Filgueiras, Manoel Sternick, Aloysio Pacheco Argollo, Manoel Paes de Oliveira Neto, Maria de Lourdes Viegas, Marcia Ramos-e-Silva, José Moreira Carríjo, Luna Azulay Abulafia, Marcius Achiamé Periasú, José Ramon Varela Blanco, Abdiel Figueira Lima, Omar Lupi, Celso Sodré, Carlos Baptista Barcaui, David Rubem Azulay, Ana Maria Mósca de Cerqueira, Flávio Barbosa Luz e Egon Daxbacher **Delegados** Celso Tavares Sodré, Luna Azulay Abulafia, Maria Auxiliadora Jeunon Sousa, Carlos Baptista Barcaui, Ana Maria Mósca de Cerqueira, Flavio Barbosa Luz, Marcio Soares Serra, Joaquim José Teixeira de Mesquita Filho, Marcia Ramos-e-Silva, Cleide Eiko Ishida, David Rubem Azulay, Cláudia Pires Amaral Maia, João Carlos Regazzi Avelleira, Rodrigo Pirmez, Daniel Lago Obadia, Antônio Macedo D'Acri, Carlos Jose Martins, Regina Casz Schechtman, Paulo Antonio do Cabo Notaroberto Barbosa, Sueli Coelho da Silva Carneiro, Juliana Corrêa Marques da Costa, Fabiana Braga França Wanick, Paulo Antônio Oldani Felix, Adriana de Carvalho Corrêa. **Projeto e Diagramação** Visana Comunicação **Redação, edição e revisão:** Visana Comunicação **Jornalista responsável** Victor Gimenes, MTB: 30.686 **Fotos** Laura Jeunon **Tiragem** 9.000 Exemplares **Distribuição** – Gratuita

Os conceitos e opiniões emitidos são de responsabilidade exclusiva dos autores. Em cumprimento à legislação vigente, ratificamos que esta é uma publicação oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia Regional do Rio de Janeiro destinada aos médicos especialistas (prescritores) e, por ter informação técnica e propaganda restrita a esses profissionais, não deve ser disponibilizada ao público leigo (por exemplo, em salas de espera de consultórios, ambulatórios, clínicas, sejam elas públicas ou privadas).

Defesa profissional reativa ou preventiva? Ambas!

A Rio Dermatológico que está em suas mãos traz na reportagem de capa a importância da cidade do Rio de Janeiro no ensino da dermatologia no Brasil.

A cidade maravilhosa foi o berço da dermatologia brasileira. Aqui foi fundada a Sociedade Brasileira de Dermatologia e surgiram os primeiros serviços dedicados ao diagnóstico e tratamento das doenças da pele, com enfoque na formação médica. Nos dias atuais, os cariocas contam com 13 serviços credenciados pela SBD, que disponibilizam uma média de 70 vagas de residência e especialização.

Jovens médicos dos quatro cantos do país têm a oportunidade de aprender por aqui os mistérios da especialidade e, ao retornar para suas cidades natais, levar todo conhecimento acumulado na mente e saudade no coração.

Gostaríamos de deixar o nosso reconhecimento aos serviços credenciados, que fornecem atendimento e ensino de alta qualidade, mesmo enfrentando as adversidades cotidianas inerentes às instituições públicas de saúde no Brasil. No sentido de defender esse patrimônio intelectual e histórico que a dermatologia carioca representa, a SBDRJ vem implementando ações de defesa profissional que podem ser divididas em duas linhas: uma reativa e outra preventiva. Na estratégia reativa, contratamos um novo escritório de advocacia para o departamento jurídico da SBDRJ, abrimos um canal de comunicação dedicado ao tema e publicamos um manual com o passo a passo de como fazer uma denúncia efetiva, elaborado pela Comissão de Ética e Defesa Profissional. Obtivemos na Justiça uma decisão impedindo a realização de um curso intitulado gerenciamento do envelhecimento in/out, que abordaria vários temas relacionados à dermatologia cosmética, ministrado por profissional não habilitado. Também fizemos representações junto ao Conselho Regional de Medicina em decorrência de denúncias de publicidade irregular da especialidade, por parte de médicos não especialistas. Na estratégia preventiva, buscamos realizar atividades buscando conscientizar a sociedade civil sobre diversas doenças dermatológicas e, ao mesmo tempo,

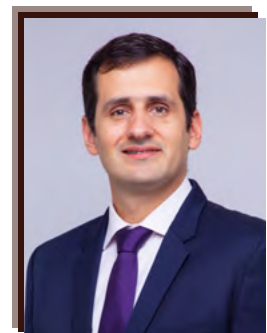
promovendo saúde e identificando o médico dermatologista como o profissional com capacidade e habilitação para diagnosticar e tratar as afecções da pele e anexos cutâneos. Tivemos uma participação ativa através do Departamento de Hanseníase no projeto Roda-Hans, que atendeu 2.338 pessoas, tendo diagnosticado 40 casos da doença e capacitado 764 profissionais da rede básica de saúde. Promovemos a primeira caminhada de conscientização sobre a Alopecia Areata, com a emocionante participação de pacientes adultos e crianças, familiares e dermatologistas. No Dia Mundial da Psoríase, fizemos uma ação educativa em conjunto com a Associação de Pacientes (PSORIERJ) em frente ao Museu do Amanhã.

Além das camisetas e dos panfletos informativos, contamos com um boneco de dinossauro com lesões de psoríase - o Psorossauro - que fez a alegria de crianças e pais que passavam pelo local. Também conseguimos veicular um vídeo produzido pela SBDRJ em vários cinemas da cidade, antes do início dos filmes, com informações sobre a doença. Essas atividades resultaram em vários espaços espontâneos na mídia, tais como o jornal O Globo e o site Eu, Rio!

A próxima atividade será o Mutirão Dermatológico, que ocorrerá dia 23 de novembro no Ambulatório do Santuário São Camilo de Lellis, na Tijuca.

Podemos contar com você como voluntário? ■

Thiago Jeunon
Presidente da SBDRJ



Reuniões mensais

Julho

Participantes: 266

Palestra principal: Fotografia Médica: Como usar esta ferramenta no consultório - Gustavo Alonso

Casos clínicos apresentados: 9

Caso vencedor: Lesão pigmentada em paciente com doença de Hailey-Hailey

Autores do caso:

Mariana Meyer, Rita Cortez, Marina Fonte Boa, Luiza Kassuga, Thiago Jeunon e Clarissa Vita Campos

Instituição: Hospital Federal de Bonsucesso



Agosto

Participantes: 293

Palestra principal: Microbioma na Dermatologia, onde estamos e quais as perspectivas futuras - Marco Rocha

Casos clínicos apresentados: 9

Caso vencedor: Distintas apresentações clínicas: o que elas têm em comum?

Autores do caso: Marina Araújo Fonte Boa, Vanessa C. Mazala, Amanara Suellen Cordeiro, Thiago Jeunon, Clarissa Vita Campos e Yung Gonzaga

Instituição: Hospital Federal de Bonsucesso



Setembro

Participantes: 239

Palestra principal: Mitos e verdades sobre cirurgia dermatológica - do básico ao avançado

Luiz Roberto Terzian

Casos clínicos apresentados: 8

Caso vencedor: Necrose da língua por arterite de células gigantes

Autores do caso: Alice Guiotti de Alencar, Cássio Battisti Serafini, Flaviana Roque Bialon Orosco, Ignacio Yañez Silva, Luiza Aguera Oliver e Marcelo Rosandiski Lyra

Instituição: Hospital Central do Exército



74º CSBD: maior congresso da dermatologia brasileira reúne 4 mil dermatologistas no Rio de Janeiro

Em setembro, durante quatro dias, 4 mil dermatologistas se reuniram no Rio de Janeiro para o maior encontro da dermatologia brasileira: o 74º Congresso Brasileiro de Dermatologia - DermatoRio 2019.

Sob a temática "Rio de todos os tons – Hora de renovar, inovar e resgatar", o evento, ocorrido entre os dias 11 e 14, abordou assuntos muito atuais do universo da cosmiatria, da cirurgia dermatológica e, principalmente, da clínica.

Saúde LGBT, controvérsias em dermatologia natural, genética e sua aplicação na dermatologia, cirurgia do carcinoma basocelular, mitos e verdades na fotoproteção e vitamina D e dermatologia geriátrica foram alguns dos diversos assuntos discutidos, além de 47 simpósios específicos. Para elaborar a grade com a programação, a Comissão Organizadora realizou pesquisas entre seus associados para identificar os temas que mais despertavam interesse.

Em todas as sessões houve a participação de um jovem dermatologista, evidenciando a preocupação dos organizadores em valorizar os novos talentos.

Ainda, durante o evento, no Fórum de Defesa Profissional, foram promovidos debates em torno da valorização e defesa dos dermatologistas. O presidente da SBD, Sérgio Palma, falou sobre todo o trabalho que a instituição vem desenvolvendo para cessar a invasão de profissionais de outras áreas na dermatologia, divulgou as ações de defesa do Ato Médico que estão sendo efetuadas e as quase mil denúncias sobre procedimentos dermatológicos realizados por profissionais não médicos, desde 2017.

"O congresso alcançou seu objetivo de resgatar os dermatologistas para a essência da especialidade e também enaltecer o valor da dermatologia carioca no cenário nacional", finaliza a dermatologista Regina Casz Schechtman. ■

COSENTYX® - RESPOSTA RÁPIDA E SUSTENTADA COM O SEU PACIENTE TRATADO POR COMPLETO*1-5

Mais de 200 mil pacientes tratados no mundo com eficácia e segurança comprovadas por 5 anos na doença psoriásica.⁶⁻⁷

Caneta SensoReady™



Cosentyx®
secukinumabe

Isso é Cosentyx®



*Tratamento completo se refere à eficácia e segurança demonstradas por Cosentyx® nas diversas manifestações da doença psoriásica (psoríase em placas, artrite psoriásica e lesões palmoplantares, ungueais e no couro cabeludo quando associadas à psoríase em placas moderada a grave).

CONTRAINDICAÇÕES: COSENTYX® É CONTRAINDICADO EM PACIENTES COM REAÇÕES GRAVES DE HIPERSENSIBILIDADE AO PRINCÍPIO ATIVO OU A QUALQUER UM DOS EXCIPIENTES. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** VACINAS DE VÍRUS VIVOS NÃO DEVEM SER ADMINISTRADAS CONCOMITANTEMENTE COM COSENTYX®. EM UM ESTUDO EM PACIENTES COM PSORÍASE EM PLACAS, NÃO FOI OBSERVADA INTERAÇÃO ENTRE SECUQUINUMABE E MIDAZOLAM (SUBSTRATO CYP3A4).

COSENTYX® secukinumabe. VIA SUBCUTÂNEA. Observação importante: Consulte a bula completa antes de prescrever o medicamento. **Forma farmacêutica e apresentações:** Cosentyx® 150 mg/mL solução injetável – embalagens contendo 1 ou 2 canetas preenchidas. **Indicações:** Psoríase em placas: Cosentyx® é indicado para o tratamento de psoríase em placas moderada a grave em pacientes adultos que são candidatos a terapia sistêmica ou fototerapia. Artrite psoriásica: Cosentyx® é indicado para o tratamento de artrite psoriásica ativa em pacientes adultos, quando a resposta à terapia prévia com medicamentos antirreumáticos modificadores do curso da doença (DMARDs) for inadequada. Cosentyx® pode ser utilizado isoladamente ou em combinação com metotrexato. Espondilite anquilosante: Cosentyx® é indicado para o tratamento de pacientes adultos com espondilite anquilosante ativa, que não tenham respondido adequadamente à terapia convencional. **Posologia:** Psoríase em placas: A dose recomendada é de 300 mg por injeção subcutânea, com administração inicial nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4, seguida por administração de manutenção mensal. Cada dose de 300 mg é administrada na forma de duas injeções subcutâneas de 150 mg. Artrite psoriásica: Para pacientes com psoríase em placas moderada a grave concomitante, ou que são respondedores inadequados a anti-TNFα, a dose recomendada é de 300 mg, com dose inicial nas Semanas 0, 1, 2, 3 e 4, seguida de dose mensal de manutenção. Cada dose de 300 mg é administrada em duas injeções subcutâneas de 150 mg. Para outros pacientes, a dose recomendada é de 150 mg por injeção subcutânea, com dose inicial nas Semanas 0, 1, 2, 3 e 4, seguida de dose mensal de manutenção. Com base na resposta clínica, a dose pode ser aumentada para 300 mg. Espondilite anquilosante: A dose recomendada é de 150 mg, administrada por injeção subcutânea, com administração inicial nas Semanas 0, 1, 2, 3 e 4, seguida por administração de manutenção mensal. **Contra-indicações:** Cosentyx® é contraindicado em pacientes com reações graves de hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer um dos excipientes. **Precauções e advertências:** Infecções: Cautela em pacientes com infecção crônica ou histórico de infecção recorrente. Se um paciente desenvolver uma infecção grave, ele deve ser monitorado atentamente e Cosentyx® não deve ser administrado até que a infecção seja resolvida. Deve-se considerar terapia antituberculose antes do início de Cosentyx® em pacientes com tuberculose latente. Cosentyx® não deve ser administrado em pacientes com tuberculose ativa. Doença de Crohn: Os pacientes tratados com Cosentyx® e que apresentem doença de Crohn ativa devem ser acompanhados atentamente. Reações de hipersensibilidade: Casos raros de reações anafiláticas foram reportados em estudos clínicos. Deve-se descontinuar a administração de Cosentyx® imediatamente e iniciar terapia adequada caso ocorra uma reação anafilática ou outras reações alérgicas graves. Indivíduos sensíveis ao látex: A tampa removível da caneta preenchida do Cosentyx® contém um derivado do látex de borracha natural. Vacinação: Vacinas de vírus vivos não devem ser administradas concomitantemente ao Cosentyx®. Gravidez: Cosentyx® apenas deve ser usado durante a gravidez se os benefícios evidentemente superarem os riscos potenciais. Lactação: Deve-se ter cautela ao administrar Cosentyx® em mulheres que estejam amamentando. **Reações adversas:** Muito comuns (≥ 10%): Infecções do trato respiratório superior (nasofaringite, infecção do trato respiratório superior, rinite, faringite, sinusite, amigdalite). Comuns (1-10%): Herpes oral, diarreia, urticária, rinorreia. Incomuns (0,1-1%): Candidíase oral, neutropenia, *Tinea pedis*, conjuntivite. Frequência desconhecida: candidíase de mucosa e pele. **Interações medicamentosas:** Vacinas de vírus vivos não devem ser administradas concomitantemente com Cosentyx®. Em um estudo em pacientes com psoríase em placas, não foi observada interação entre secukinumabe e midazolam (substrato CYP3A4). **USO ADULTO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** MS – 1.0068.1122. Informações completas para prescrição disponíveis à classe médica mediante solicitação. BSS 17.03.17

Referências: 1. Blauvelt A, Reich K, Tsai TF et al. Secukinumab is superior to ustekinumab in clearing skin of subjects with moderate-to-severe plaque psoriasis up to 1 year: Results from the CLEAR study. *J Am Acad Dermatol*. 2017; Jan;76(1):60-69.e9. 2. Bagel J, Duffin KC, Moore A et al. The effect of secukinumab on moderate-to-severe scalp psoriasis: Results of a 24-week, randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3b study. *J Am Acad Dermatol*. 2017 Oct;77(4):667-674. 3. Gottlieb A, Sullivan J, van Doorn M et al. Secukinumab shows significant efficacy in palmoplantar psoriasis: Results from GESTURE, a randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol*. 2017 Jan;76(1):70-80. 4. Reich K, Sullivan J, Aranberg P et al. Secukinumab shows significant efficacy in nail psoriasis: week 32 results from the Transfigure study. *Ann Rheum Dis*. 2016 Jun;75-S2:603-604. 5. Molmès B, Masse PJ, Ritchlin CT et al. Secukinumab sustains improvement in signs and symptoms of psoriatic arthritis: 2 year results from the phase 3 FUTURE 2 study. *Rheumatology (Oxford)*. 2017 Nov 1;56(11):1993-2003. 6. Masse PJ, Kavanaugh A, Reimold A, et al. Secukinumab Provides Sustained Improvements in the Signs and Symptoms in Psoriatic Arthritis: Final 5 Year Efficacy and Safety Results from a Phase 3 Trial (abstract 2568). *Arthritis Rheumatol*. 2018; 70 (suppl 10). Acesso em: 07/01/2018. Disponível em: <https://abstracts.org/abstract/secukinumab-provides-sustained-improvements-in-the-signs-and-symptoms-in-psoriatic-arthritis-final-5-year-efficacy-and-safety-results-from-a-phase-3-trial/>. 7. Novartis Cosentyx® shows superior improvements in psoriasis patients' quality of life versus Janssen's IL-23 inhibitor. *Novartis Media Relations* – Mar 05, 2019. Disponível em: <https://www.novartis.com/news/media-releases/novartis-cosentyx-shows-superior-improvements-psoriasis-patients-quality-life-versus-janssens-il-23-inhibitor>. Acesso em: 07/05/2019. 8. Bula Cosentyx® para profissional de saúde. Novartis Biocências SA. Aprovada pela Anvisa em 25/03/2019.



Foto: Laura Junon

ECD, o encontro que ajudou a descomplicar e facilitar a rotina dos procedimentos dermatológicos

Com aproximadamente 200 inscritos, o 16º Encontro dos Cirurgiões Dermatológicos - Procedimentos de Consultório - foi um “congresso espetacular”, nas palavras da dermatologista Solange Maciel. Dois dias que proporcionaram aos presentes atualizações e inovações na área da cirurgia dermatológica.

Coordenado por Caroline Brandão, Giselle Seabra e Curt Treu, o ECD contou com uma programação planejada para oferecer o que há de melhor na cirurgia dermatológica, a fim de descomplicar a rotina do consultório.

Bioestimulação com ácido polilático, suturas básicas e avançadas, preenchimento e bioestimulação com hidroxipatita de cálcio foram alguns dos 13 temas dos cursos práticos, realizados no primeiro dia do encontro. Abordagem cirúrgica da hidrosadenite, tratamento das discromias pós-cirúrgicas e excisão em estágios para melanoma fizeram parte dos conteúdos dos sete módulos de apresentações teóricas, que enriqueceram o segundo dia.

“Minha aula foi mais um estímulo às pessoas, para que façam a reconstrução do modo mais bonito possível, evitando os tantos enxertos que os americanos adoram (porque é rápido), mas valorizando os detalhes de modo que a reconstrução seja perfeita”, explicou Solange Maciel.

Em sua apresentação sobre o tratamento cirúrgico do carcinoma basocelular, o dermatologista Curt Treu mos-

trou a importância de estratificar a lesão – se é de alto ou de baixo risco – sedimentando o tratamento das lesões primárias, sempre lembrando “da importância de tratar o carcinoma basocelular da forma mais adequada possível na primeira abordagem, pois sempre que há uma recidiva o tratamento fica cada vez mais complicado e mais mutilante para o paciente”, complementa.

O professor Ival Peres Rosa compartilhou suas dicas de expert, apresentando duas de suas criações: “a cerquinha hemostática”, para hemostasia de couro cabeludo que, segundo ele, facilita na aderência do enxerto, e uma forma mais rápida e eficaz de desengordurar o enxerto. Tradicionalmente, usa-se a “tesourinha do centro cirúrgico, que acaba não cortando direito. Então, tive a ideia de tracionar rapidamente o enxerto e raspá-lo repetidas vezes com lâmina 20, 22 ou 24, conectada a um cabo 4”, ensinou Ival.

Na aula sobre técnicas de biópsia e cirurgia primária de melanoma, Giselle Seabra expôs algumas dicas fundamentais: como abordar a biópsia, quando fazer biópsia incisiva ou excisional, qual a margem indicada após o resultado positivo para melanoma, como conduzir o paciente, quando indicar o linfonodo sentinela e o que não fazer no melanoma. “Afim de contas, somos dermatologistas e precisamos saber enfrentar esse diagnóstico com o paciente, tranquilizando-o e trazendo informações objetivas”, finaliza Giselle. ■

SBDRJ realiza o primeiro simpósio focado no cuidado de feridas

Sempre à frente, pensando em otimizar o dia a dia de seus associados, a SBDRJ realizou em julho o primeiro simpósio focado no cuidado de feridas: o curso de Atualização em Cicatrização de Feridas, coordenado pelas doutoras Ana Mósca, Paula Dadalti e Violeta Tortelly. Durante o evento, foram discutidos, de forma prática, a fisiopatologia e a classificação, as modalidades terapêuticas, os tipos de cobertura na dependência da etiologia da lesão, presença ou não de exsudato, fibrina ou infecção, ou seja, as muitas opções que permitem abreviar o processo de cicatrização e minimizar o sofrimento dos pacientes.

Com aproximadamente 350 inscritos, o sábado reservado ao curso foi de muito aprendizado e troca de experiências entre dermatologistas, radioterapeutas, enfermeiros especializados em feridas, cirurgiões plásticos e médicos especialistas em medicina hiperbárica.

Logo no primeiro bloco, sobre introdução às feridas, a dermatologista Caroline Brandão ministrou uma aula sobre feridas pós-operatórias, na qual discutiu as novas práticas para mudar algumas ações, como por exemplo manter a ferida seca — o que na verdade não é muito indicado. Segundo Caroline, é preciso usar algum meio umectante para evitar a formação de crostas, que pode ser com o uso de vaselina

pura ou petrolato. Ainda, foi abordada a higienização das feridas e a troca dos curativos, que deve ser diária.

“Foi um bate-papo muito legal, porque pudemos discutir sobre a fisiopatologia, o tratamento, o que tem sido feito sobre a abordagem do cirurgião vascular. Essa troca de ideias é muito interessante, porque conseguimos ver os vários aspectos e as várias abordagens entre as diferentes especialidades”, opinou o cirurgião vascular Rafael Lins, que também participou do bloco de abertura com uma palestra sobre diagnóstico diferencial e abordagens das úlceras arteriais, venosas e neuropáticas.

Para a dermatologista mineira Gisele Viana, que ministrou duas aulas no encontro, o curso foi uma excelente oportunidade: “É exatamente nessas reuniões que nós dermatologistas temos a possibilidade de crescer juntos, de conversar sobre esses temas que são tão importantes para nossa especialidade. O microagulhamento, por exemplo, é um procedimento médico que envolve riscos, antissepsia, ambiente estéril e o conhecimento profundo dos mecanismos celulares e moleculares, para que possamos fazer com que essa molécula chegue ao tecido-alvo — no caso, a pele. Parabenizo a diretoria da SBDRJ por esse evento maravilhoso!” ■

**Você nunca deixa de ser você.
Nem nós deixamos de estar contigo.**

**WOMAN
ISDIN**

A linha de produtos femininos da ISDIN que acompanha a mulher em todas as fases de sua vida.

#WomanISDIN





Roda Hans

RODA HANS

2338

atendimentos entre agosto e setembro

40

novos casos de hanseníase registrados

28

baciloscopias realizadas

764

profissionais da Atenção Primária capacitados

Roda-Hans, a carreta que levou conscientização sobre hanseníase à população

Projeto inovador do Ministério da Saúde, o Roda-Hans tem como missão identificar casos e capacitar profissionais da Atenção Primária (AP) para diagnosticar e tratar a hanseníase. O projeto conta com um veículo itinerante, com cinco espaços para atendimentos e um para realização de exames laboratoriais.

Durante agosto e setembro, o projeto percorreu diferentes municípios do Rio de Janeiro, educando a população e capacitando os profissionais locais, ampliando, assim, os cuidados aos pacientes. "Houve uma excelente adesão ao Roda-Hans pelos residentes dos serviços credenciados à

SBDRJ, inclusive com residentes indo mais que um dia ao local de atendimento", contou Maria Kátia Gomes, coordenadora do Departamento de Hanseníase da SBDRJ.

A SBDRJ participou ativamente, convidando residentes e dermatologistas a serem voluntários. O Roda-Hans contou ainda com o apoio das coordenações estadual e municipais do Programa de Hanseníase, instituições parceiras como a Novartis Brasil, a Dahw Brasil, a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) e a SBD Regional Fluminense, além do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN). ■

SBDRJ em defesa da dermatologia

Em setembro, a SBDRJ conseguiu, junto à Justiça, uma decisão liminar para impedir a realização do curso "Imersão Gerenciamento do Envelhecimento In/out", que seria ministrado por profissional não-médico. Acesse a decisão judicial através do código QR:



A SBDRJ fez uma parceria inédita com CREMERJ e você poderá solicitar o seu RQE na reunião mensal de novembro e recebê-lo na de dezembro. Quer saber mais? Utilize o código QR abaixo.





Foto: Laura Jeunon

1ª Caminhada de Conscientização sobre a Alopecia Areata é sucesso de público



Confira como foi o evento

Em um domingo nublado, no início de outubro, centenas de pessoas com balões brancos nas mãos se encontraram na orla de Copacabana. Algumas se conheciam, outras não. Algumas, levaram toda a família; outras, foram sozinhas. Algumas tinham cabelos; outras, estavam completamente sem os fios. Mas, uma característica era comum a todas as pessoas que estavam ali presentes naquela manhã do dia 6: a ciência de que é preciso ampliar a conscientização e os conhecimentos sobre a alopecia areata.

Atendendo a esse propósito e, ainda, com a intenção de ajudar milhares de pacientes com a doença a compreender melhor os sintomas e o tratamento, para que possam enfrentar com mais garra suas batalhas pessoais,

a SBDRJ organizou - em parceria com a Sociedade Brasileira de Dermatologia Regional Fluminense (SBDFL) e com a Achederma/Profuse - a 1ª Caminhada de Conscientização sobre a Alopecia Areata, que teve um percurso de 1,5 km.

“Essa caminhada, idealizada pelo Daniel Fernandes Melo, tem o intuito de jogar luz sobre uma doença que é pouco conhecida pela população, mas é frequente nos consultórios dermatológicos. Por isso é muito importante trazer essa conscientização para a população e diminuir a estigmatização sobre os pacientes, trazer a consciência de que é um problema de saúde, que não é contagioso, que tem tratamento”, explicou o presidente da SBDRJ, Thiago Jeunon ■

Simpósio de Cabelos e Unhas traz inovações e emociona com homenagem ao professor Celso Sodré

Nos dias 04 e 05 de outubro, o 6º Simpósio de Cabelos e Unhas reuniu 400 participantes no Hotel Prodigy Santos Dumont. O Simpósio contou com duas novidades: durante a cobertura, foram transmitidas entrevistas em tempo real pelo Instagram da Sociedade, através das quais a dermatologista Caroline Brandão conversava com convidados sobre temas abordados no evento.

A outra novidade foi o Prêmio Científico Celso Sodré - uma homenagem a este renomado dermatologista carioca - ao qual 13 trabalhos concorreram. A médica Ana Cecília Studart foi a vencedora, com o trabalho intitulado “O uso da microinfusão de medicamentos pela pele com embebição de triancinolona na Alopecia Cicatricial Central Centrífuga, desenvolvido no IDPRDA”. Além do 1º lugar, Ana Cecília ganhou um pacote completo para o Congresso Brasileiro do próximo ano, patrocinado pela Vichy.



Foto: Laura Jeunon

Para encerrar com chave de ouro, foi prestada uma homenagem ao professor Celso Sodré através de um vídeo com depoimentos de familiares e colegas dermatologistas.

“Ter participado da coordenação deste evento foi muito gratificante. Palestras de alto nível técnico, grande aplicabilidade prática e dinâmicas. E o encerramento foi marcante, com uma bela e emocionante homenagem ao professor Celso Sodré”, disse Daniel Fernandes, coordenador do Departamento de Cabelos da SBDRJ e um dos coordenadores do Simpósio. ■



Cidade Maravilhosa e berço da dermatologia no Brasil

Sede da especialidade no país, o Rio de Janeiro possui a história da dermatologia à flor da pele, além de ser o destino favorito dos futuros especialistas na hora de complementarem seus estudos

A pele é o maior órgão do corpo humano e também um dos mais idolatrados pelos cariocas. Não à toa, o Rio de Janeiro é conhecido pelos corpos bronzeados e pelo culto à sua exposição. Por isso, natural que a cidade seja o berço da dermatologia no país, sede da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) e local de criação do serviço de dermatologia mais antigo do Brasil.

No Brasil, o ano é 1882: o país vivia o período imperial, sob a regência de D. Pedro II e, em abril, nascia Getúlio Vargas. O médico Antônio José Pereira da Silva Araújo, da Escola Baiana de Tropicologia, oficializa o ensino de dermatologia na Policlínica Geral do Rio de Janeiro, criando o primeiro serviço clínico de doenças da pele.

No ano seguinte, em 1883, na Escola de Medicina do Rio de Janeiro (atual Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ), nasce a disciplina de dermatologia - chamada na época de Clínica de Moléstias Cutâneas e Sifilíticas - tendo João Pizarro Gabizo como seu primeiro professor. No início do século, em 1902, a cadeira passa a ser denominada Clínica Dermatológica e Sifilográfica e, em 4 de fevereiro de 1912, foi fundada a Sociedade Brasileira de Dermato-Sifilografia - atual SBD - por um grupo de 18 médicos, no Pavilhão São Miguel, na Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Como o estatuto da instituição teve seu registro efetuado no dia seguinte – 5 de fevereiro – este dia foi instituído como o Dia do Dermatologista no país.

Fernando Terra foi o primeiro presidente da SBD e a primeira reunião científica da instituição aconteceu em março de 1912. Esses encontros, realizados na Santa Casa até 1992, auxiliaram muito na formação e no aperfeiçoamento dos dermatologistas brasileiros, em um tempo em que os médicos viajavam para a Europa em busca das melhores maneiras de tratar as doenças de pele. Este legado é mantido até os dias atuais pela SBDRJ, que organiza mensalmente encontros científicos no Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC).

A criação da Regional Rio de Janeiro

Na década de 60, a especialidade crescia na cidade maravilhosa - do ponto de vista técnico, de qualificação profissional e também em quantidade de especialistas. Nesta época, havia uma preocupação entre os dirigentes da SBD de nacionalizar a entidade que, por ser nascida e criada no Rio, tinha os interesses da cidade misturados com os nacionais.

O Rio era a capital federal até 1960, quando Brasília ganhou a transferência do poder. Com essa mudança, surgiu a ideia de criar uma seção regional que caracterizasse melhor a especialidade no Rio de Janeiro. Dessa forma, na manhã de 27 de dezembro de 1963, nascia a Seção do Estado da Guanabara da SBD - atual SBDRJ.

"O pavilhão São Miguel, construído pela Organização Mundial da Saúde em 1931, sediou tanto a SBD quanto sua regional carioca. Inclusive, as reuniões mensais da Regional eram realizadas neste anfiteatro. Este também foi o local da primeira Reunião Anual dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros - o 1º Congresso Brasileiro de Dermatologia, realizado em 1944 pela nossa Sociedade", conta David Rubem Azulay, chefe do Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azulay. A instituição leva o nome de seu já falecido pai, outro grande nome da história da dermatologia do Rio de Janeiro.

Santa Casa da Misericórdia do RJ: um capítulo muito especial da história da especialidade

Impossível não notar que a Santa Casa da Misericórdia exerceu um papel fundamental na história da dermatologia do Rio - e também do Brasil. Por ela, passaram diversos nomes expressivos. Os dois núcleos dermatológicos que a Santa Casa abrigava (a Enfermaria 19 - ou Pavilhão São Miguel - e a Enfermaria 26) eram bastante concorridos nos anos 60. Em 1967, os dois serviços, chefiados pelos ilustres Francisco Eduardo Rabello e Sylvio Fraga se unem, formando o Instituto de Dermatologia da Santa Casa.

Mesmo após a transferência dos serviços para o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, em 1978, a tradição educacional da Santa Casa permaneceu intacta. Em 1997, o serviço era chefiado pelo renomado dermatologista paraense Rubem David Azulay. Em 2002, a instituição passou a se chamar Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, em sua homenagem.

"Recebemos alunos de várias pós-graduações, inclusive de residentes de outros serviços para realizar estágio em nossos setores especializados. Ainda, há cerca de 70 voluntários atuando nos diversos setores. Muitos desses voluntários acabam por fazer concursos em outras instituições – como universidades ou hospitais – não só do Rio, mas também de outros estados. ,

A busca pela excelência: a nova Matriz de Competências dos Serviços Credenciados

Compostos de ambientes propícios para a prática e o aprimoramento do aprendizado, os Serviços Credenciados pela SBD oferecem assistência médica à população, preparam os futuros dermatologistas e são responsáveis pelo desenvolvimento das pesquisas.

"Os Serviços são a célula-mater da dermatologia brasileira e representam uma grande contribuição à formação da especialidade no Brasil", afirma Omar Lupi, chefe do Serviço da Policlínica Geral do Rio de Janeiro.

Para João Avelaira, no momento trata-se de um programa ideal a ser alcançado e não de um programa mínimo de residência a ser cumprido. "Vejo, ainda, uma grande heterogeneidade entre os serviços credenciados, seja do ponto de vista estrutural e até mesmo programático, e que estes levarão algum tempo para se adequarem e muitos necessitarão de ajuda da SBD para este fim", complementa.

Objetivando um aumento na qualidade e na segurança da educação dos especialistas, a SBD elaborou a Matriz de Competências dos Programas de Residência Médica em Dermatologia. Publicada em abril, a proposta contempla o período de três anos de formação na especialidade, com um total de 61 competências, em conformidade com o período mínimo exigido pelos Programas de Residência Médica (PRMs) internacionais.

"Mesmo entendendo que os alunos entrem diretamente em programas de dermatologia, ao implementar as novas competências, fica clara a importância de entender o paciente em sua complexidade, e não somente do ponto de vista dermatológico. Assim, apesar de diminuirmos o número de horas dedicadas à clínica médica e outras áreas

da medicina, além de incluirmos os iniciantes já na dermatologia, uma parte da carga horária tem que ser aplicada no conhecimento médico global. Certamente, nem todos os Serviços dispõem de todas as facilidades. Para isso, a proposta de rodízios extramuros é bem-vinda, apesar de aumentar a dificuldade da sua implementação", comenta a chefe do Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ, Luna Azulay-Abulafia.

Na opinião de Leninha Valério do Nascimento, chefe do Serviço do Hospital Central do Exército, a nova matriz pode não ser cumprida em todos os cursos de residência pelo Brasil, pois muitos não terão meios para cumprir as metas estabelecidas. Dentre os principais motivos, segundo ela, estão o sucateamento dos hospitais, a falta de insumos, de aparelhos de imagens para diagnóstico, de medicamentos básicos, boas condições de trabalho e melhores salários para os professores.



Use o Código QR para acessar o conteúdo da matriz.

Especialidade: Dermatologia

Destino: Rio de Janeiro

A relação entre a especialidade e o Rio não fica somente na parte histórica: na hora de complementarem seus estudos, muitos dermatologistas escolhem a cidade.

É o caso de Leonardo Rotolo Araújo, que conquistou o primeiro lugar na prova de título de especialista em 2017, entre os mais de mil inscritos. Originário do Sul, Leonardo fez residência no Hospital Federal de Bonsucesso e especialização em Cirurgia Dermatológica no Instituto de Der-

1882



Oficializado o ensino de dermatologia na Policlínica Geral do Rio de Janeiro, criando o primeiro serviço clínico de doenças da pele.

1883



Na Escola de Medicina do Rio de Janeiro, nasce a disciplina de dermatologia - chamada na época de Clínica de Moléstias Cutâneas e Sifilíticas - tendo João Pizarro Gabizo como seu primeiro professor.

1902



A cadeira passa a se chamar Clínica Dermatológica e Sifilográfica.

1912



Fundação da Sociedade Brasileira de Dermatologia - atual SBD.

matologia Prof. Rubem David Azulay. Hoje, ele é professor desta segunda instituição.

Além de encantar por suas belezas naturais, cultura e estilo de vida próprio, tradicionalmente o Rio de Janeiro possui alta qualidade de ensino nos serviços de residência médica e é um dos centros de referência em dermatologia no país.



Leonardo Rotolo Araújo

Para Leonardo, devido à localização geográfica, a cidade oferece a oportunidade de conhecer doenças de determinadas regiões brasileiras, como esporotricose, leishmaniose e hanseníase, além das doenças de cunho universal. Além disso, o grande número de programas e vagas disponíveis permitem que jovens de todas as regiões convivam em um ambiente de excelência profissional, adquirindo conhecimentos e habilidades para a prática futura. "Me chamou a atenção a grande interação entre os diferentes serviços através de estágios, reuniões mensais e congressos", diz ele.

Das 392 vagas anuais, credenciadas pela SBD, de pós-graduação e residência que o Brasil possui, a cidade maravilhosa dispõe de 90 delas.

"Creio que, embora o Rio tenha muitos serviços de excelência, a fama, a beleza natural da cidade e a receptividade dos cariocas têm uma força de atração muito grande", concorda João Avelleira, chefe do Serviço do Hospital Federal da Lagoa.

Leonardo Ribeiro de Andrade, ex-presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia do Rio Grande do Norte, faz coro com Avelleira e Leonardo Araújo ao mencionar o encanto pela cidade. O dermatologista - que é de Natal - fez sua residência médica na UFRJ.

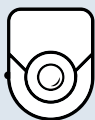
"Além de ser muito acolhedora, a cidade atrai pela história dos grandes nomes da dermatologia e pela excelência de ensino de algumas instituições, em particular a UFRJ, que é a que conheço mais a fundo", diz Leonardo Ribeiro.

Segundo o dermatologista mineiro Geraldo Magela Magalhães, a excelência dos centros de ensino unida à grande tradição no ensino da prática dermatológica são fatores que contribuem para atrair médicos de diversos estados, que buscam por uma formação adequada na área.

"Sou de Minas Gerais, porém minha formação em dermatologia aconteceu no Rio de Janeiro. Fiz especialização na UERJ e doutorado na UFRJ. Minha experiência nos dois centros foi excelente e eles contribuíram bastante para minha formação. Havia um corpo docente sólido, com grande conhecimento teórico e prático, além de uma estrutura adequada, própria dos hospitais universitários".

Com tantos atributos em relação à dermatologia e responsável pela formação de sucessivas gerações de especialistas, originários de todo o país, o Rio de Janeiro continua lindo - ao menos para os dermatologistas! ■

1944



Realizado o 1º Congresso Brasileiro de Dermatologia.

1963



É criada a Seção do Estado da Guanabara da SBD.

1968

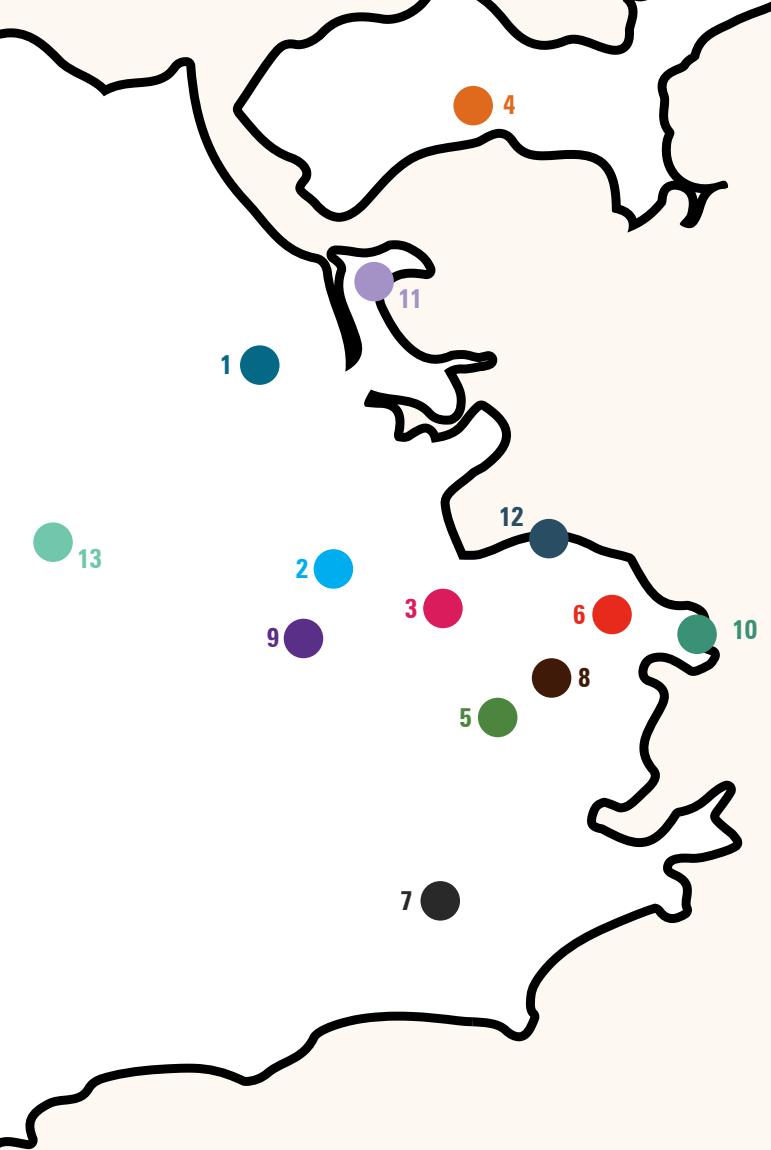


Criação da Regional Fluminense da SBD.

1969



As reuniões anuais organizadas pela SBD ganham o nome de Congresso Brasileiro de Dermatologia.



No Rio, a SBDRJ conta com 13 Serviços Credenciados, fundamentais para a formação de profissionais qualificados:

1 - Hospital Federal de Bonsucesso

Chefe do Serviço: Clarissa Maria da Cás Vita Campos

Número de vagas por ano: 7 (não há estrangeiros)

Equipe: 14 preceptores e 19 médicos residentes

2 - Hospital Universitário Pedro Ernesto

Chefe do Serviço: Luna Azulay-Abulafia

Número de vagas por ano: 12 pós-graduandos (6 residentes e 6 especializados)

Equipe: 8 preceptores e 14 colaboradores

3 - Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – UNIRIO

Chefe do Serviço: Carlos José Martins

Número de vagas por ano: 3 vagas para residência e 3 para a pós-graduação

Equipe: 4 preceptores, três médicos dermatologistas com especialização, provenientes da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e ex-alunos, que atuam como voluntários

4 - Hospital de Força Aérea do Galeão

Chefe do Serviço: Juliane Rocio Neves

Número de vagas por ano: 2 (não há alunos estrangeiros)

Equipe: 4 preceptoras

5 - Hospital Central Aristarcho Pessoa - CBMERJ

Chefe do Serviço: Sandra Brigete Martello Panno

Número de vagas por ano: 1 para cada ano (no momento há 3 alunas, uma em cada ano).

Equipe: 4 preceptores

6 - Policlínica Geral do Rio de Janeiro

Chefe do Serviço: Omar Lupi da Rosa Santos

Número de vagas por ano: 6 (3 alunos estrangeiros)

Equipe: 13 preceptores

1970



Na Santa Casa, é criado o primeiro programa de pós-graduação em dermatologia do Brasil.

1972



Criação do primeiro setor de Cosmetologia do país, no Serviço de Dermatologia da UFRJ.

1975



A Seção do Estado da Guanabara passa a se chamar Seção Rio de Janeiro (SBDRJ)

7 - Hospital Federal da Lagoa

Chefe do Serviço: João Carlos Regazzi Avelaira

Número de vagas por ano: 2 (não há alunos estrangeiros)

Equipe: 6 preceptores

8 - Hospital Central da Aeronáutica

Chefe do Serviço: Flavia Amorim Meira Cavaliere

Número de vagas por ano: 1

Equipe: 5 preceptores

9 - Hospital Central do Exército

Chefe do Serviço: Leninha Valério do Nascimento

Número de vagas por ano: 7 (sendo 2 para alunos militares e 5 para civis)

Equipe: 12 preceptores

10 - Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David

Azulay

Chefe do Serviço: David Rubem Azulay

Número de vagas por ano: 18 (13 brasileiros e 5 estrangeiros)

Equipe: Mais de 70 preceptores

11 - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

Chefe do Serviço: Marcia Ramos e Silva

Número de vagas por ano: 3 vagas para residência médica e 9 vagas de especialização em dermatologia

Equipe: 14 professores médicos e 11 professores colaboradores

12 - Hospital Federal dos Servidores do Estado

Chefe do Serviço: Paulo Oldani Félix

Número de vagas por ano: 3 (não há alunos estrangeiros)

Equipe: 7 preceptores

13 - Hospital Naval Marcílio Dias

Chefe do Serviço: Anndressa Camillo da Matta Setubal Gomes

Número de vagas por ano: 1 vaga para residência médica

Equipe: 8 preceptores

As formas de acesso aos Serviços Credenciados podem ser acessados através do Código QR ao lado.



Daivobet®

hidrato de calcipotriol +
dipropionato de betametasona

Tecnologia que se sente na pele

Sinergia que promove eficácia e segurança no controle da psoríase¹



Eficácia sustentada
a longo prazo²



Estudos sustentam seu
uso por até 52 semanas³



Aplicação
1 x ao dia⁴



Rápido início
de ação⁵



Referências bibliográficas: 1. Kragballe K et al. Br J Dermatol. 2006 Jun; 154(6):1155-60. 2. Kragballe et al. Dermatology 2006; 213:313-326. 3. Luger TA et al. Dermatology. 2008;217(4):321-8. 4. Daivobet® gel (hidrato de calcipotriol + dipropionato de betametasona). Bula do Profissional de Saúde. Bulário Eletrônico. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/davisa/fitas_bula/fm/Resultado.asp#5. Kaufmann et al. Dermatology 2002;205(4):389-393.

Daivobet® gel (hidrato de calcipotriol + dipropionato de betametasona). Gel (50 mcg/g + 0,5 mg/g) em embalagem com um frasco com 30 g ou 60 g. Indicações: Daivobet® gel é indicado para o tratamento tópico da psoríase do couro cabeludo e da psoríase vulgar leve a moderada no corpo. Contraindicações: hipersensibilidade ou alergia conhecida a qualquer componente do produto, distúrbios do metabolismo do cálcio, psoríase entodermica, exfoliativa ou pustulosa, lesões cutâneas de origem viral, infecções cutâneas fúngicas ou bacterianas. Precauções e advertências: Não utilizar na face ou genitais, nem sob oclusão. Pode ocorrer hipercalemia com doses acima de 100g por semana. Categoria de risco C para uso na gravidez. Interações medicamentosas: Daivobet® gel não deve ser administrado concomitantemente com outros medicamentos tópicos. O uso simultâneo de mais de um produto pode ser prejudicial. Posologia e Modo de usar: Aplicar uma vez ao dia nas lesões do couro cabeludo por 4 semanas ou corpo por 8 semanas. Se necessário, o uso após este período deve ser efetuada sob supervisão médica. Reações adversas: prurido, irritação local, hipercalemia, fotossensibilidade, atrofia cutânea. Venda sob prescrição médica. MS 1.8569.0004. Informações adicionais podem ser solicitadas a LEO Pharma Ltda - Av. Eng. Luis C. Bernini, 1645, Cj. 71 CEP 04571-011 São Paulo-Sp.



LEO (Leão) e DAIVOBET® SÃO MARCAS REGISTRADAS DA LEO PHARMA A/S
MATERIAL DESTINADO A PROFISSIONAIS DE SAÚDE HABILITADOS A PRESCREVER E DISPENSAR MEDICAMENTOS
MAT-24841 - Maio/2019

0800-779-7799
sac@leo-pharma.com
www.leo-pharma.com.br



Lesão pigmentada em paciente com doença de Hailey-Hailey

Autores:

Mariana Meyer Bastos de Souza Rocha
Marina Araújo Fonte Boa
Rita Fernanda Cortez de Almeida
Luiza Erthal de Britto Pereira Kassuga Roisman
Thiago Jeunon de Sousa Vargas
Clarissa Maria Da Cás Vita Campos

Instituição:

Hospital Federal de Bonsucesso - HFB

Introdução:

Lesões melanocíticas adquiridas benignas, geralmente, surgem na infância, podendo crescer na puberdade e regredir com a idade, são distinguíveis de lesões malignas pela regra do ABCD e são marcadores de risco de melanoma¹. O Nevo da Epidermolise Bolhosa representa uma exceção a essas regras, pois apresenta características clínicas, dermatoscópicas e histopatológicas semelhantes ao melanoma, apesar da evolução benigna².

Relatamos um caso de lesão melanocítica adquirida, simuladora de melanoma, semelhante ao Nevo da Epidermolise Bolhosa em paciente com Doença de Hailey-Hailey.

Relato de caso:

Mulher, 49 anos, com doença de Hailey-Hailey há 10 anos, encaminhada para avaliação de lesão pigmentada de crescimento progressivo há 2 anos. Ao exame, mácula hipercrômica, assimétrica, de contorno irregular, com coloração variando do marrom claro ao marrom escuro, medindo cerca de 4 cm, com presença de lesões satélites, em região subcostal esquerda (Figura 1A e 1B). À dermatoscopia, observava-se lesão monomórfica de padrão reticular, com algumas áreas de rede mais grosseira e irregular (FIGURA 2). O exame histopatológico mostrou hiperpigmentação da porção inferior da epiderme, com presença de melanócitos em unidades individuais ao longo da camada basal, alguns com núcleo grande e citoplasma amplo, caracterizando um lentigo simples (FIGURA 3A E 4B). Associavam-se focos de disqueratose e acantólise.

Foi feito o diagnóstico de lesão melanocítica benigna e optado pelo acompanhamento clínico-dermatoscópico semestral da paciente.

Discussão:

Lesões melanocíticas benignas de crescimento rápido geralmente se associam a algum fator precipitante. Nos casos relacionados a dermatoses que comprometem a integridade da epiderme, elas se localizam em áreas de

lesões cutâneas prévias e são únicas, grandes, assimétricas e irregulares, com a marcante presença de lesões satélites³. É o caso do Nevo da Epidermolise Bolhosa, cujo polimorfismo e crescimento rápido podem levar ao diagnóstico equivocado de melanoma².

Casos similares foram descritos em outras dermatoses, como Penfigóide Bolhoso, Necrólise epidérmica tóxica (NET), Lúpus NET-like, Síndrome de Stevens-Johnson, Eritema multiforme, Pioderma Gangrenoso, e na Doença de Hailey-Hailey⁴⁻¹⁰.

Sua patogênese é pouco compreendida. Acredita-se que o dano repetido na epiderme, evoluindo com inflamação e reepitelização induziria a proliferação de melanócitos. Especula-se também sobre a importância de fatores locais como citocinas e fatores de crescimento específicos e do fenômeno de Koebner³. Além disso, essas lesões podem apresentar características análogas ao pseudomelanoma, lesões melanocíticas benignas recorrentes que demonstram características de melanoma após excisão cirúrgica parcial ou trauma¹⁰. Acrescentamos como possível base fisiopatológica o fenômeno isotópico de Wolf, que descreve a ocorrência de uma nova doença cutânea no local de outra doença, não relacionada e já curada.

Portanto, lesões melanocíticas que simulam melanoma não são exclusivos da Epidermolise Bolhosa, podendo ocor-

rer em outras dermatoses que comprometem a integridade da epiderme. Essas lesões possuem características bastante semelhantes entre si, como o tamanho grande, irregularidade e presença de lesões satélites. Devemos estar cientes

dessa condição para evitar uma estratégia agressiva precoce, porém não se deve subestimar o risco de surgimento de lesões malignas, sendo necessário o acompanhamento clínico e dermatoscópico regular e cuidadoso. ■

Imagens do caso

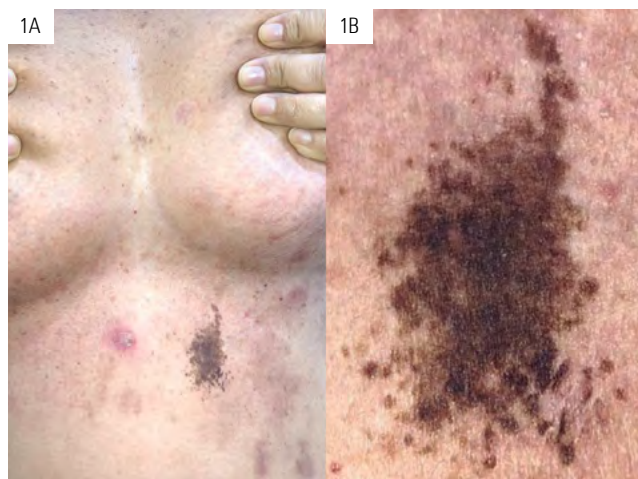


Figura 1 A) Áreas de erosão e hiperpigmentação residual nos locais acometidos pela doença de Hailey-Hailey. Mácula hiperpigmentada subcostal esquerda. B) Detalhe da lesão grande, irregular, assimétrica, com destaque para a presença de lesões satélites.

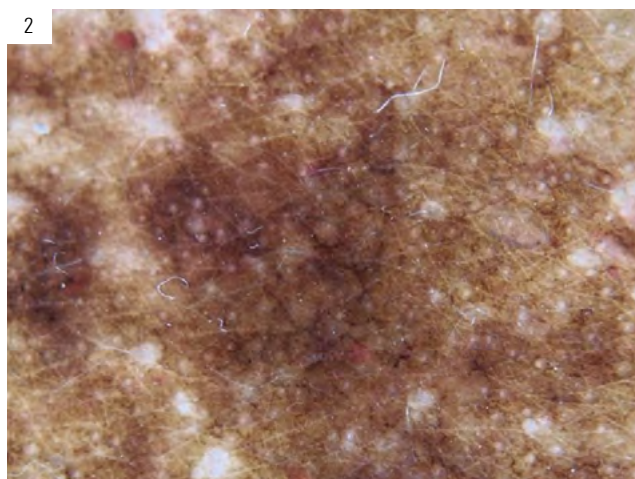


Figura 2: Lesão de padrão reticular, com áreas de rede mais grosseira e irregular.

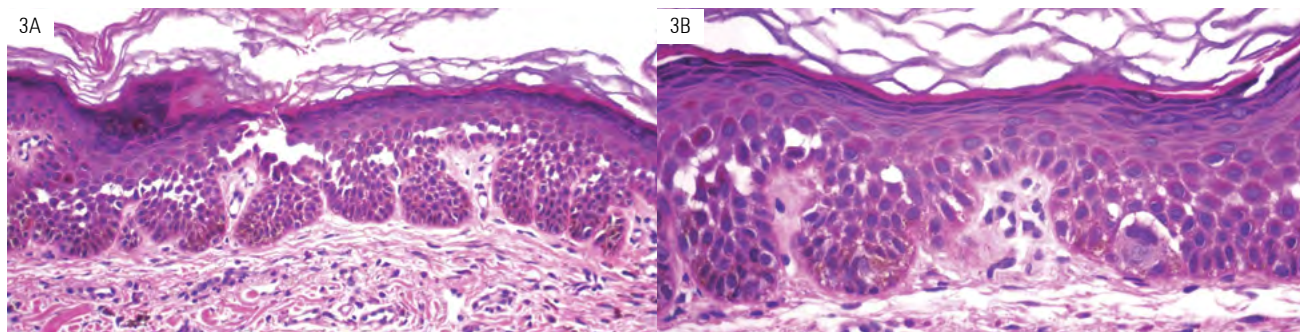


Figura 3 A) Hiperpigmentação da porção inferior e fotos de acantólise da epiderme. B) Melanócitos em unidades individuais na camada basal, alguns com núcleo grande e citoplasma amplo.



Use o Código QR para ver as referências bibliográficas.

Distintas apresentações clínicas: o que elas têm em comum?

Autores:

Marina Araújo Fonte Boa
Amanara Suellen Cordeiro Silva
Vanessa Costa Mazala
Thiago Jeunon de Sousa Vargas
Clarissa Maria Da Cás Vita Campos
Yung Bruno de Mello Gonzaga

Instituição:

Hospital Federal de Bonsucesso - HFB

Introdução:

Linfomas cutâneos primários (LCP) são, por definição, linfomas não Hodgkin que se apresentam na pele, sem evidência de doença extra cutânea ao diagnóstico¹. A atual classificação dos linfomas cutâneos reconhece 3 subtipos de LCP de células B, sendo o mais agressivo o linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) "leg type"². Diante do diagnóstico de um LDGCB através da biópsia de pele é fundamental a realização de um estadiamento completo, para afastar o acometimento cutâneo secundário por um linfoma sistêmico. Relatamos quatro casos cuja manifestação inicial do LDGCB foi o surgimento de lesões cutâneas de aspectos clínicos diversos.

Relato de caso:

Caso 1: Feminina, 75 anos, com lesões tumorais e infiltrado tipo casca de laranja na mama direita (Figura 1a). Apresentava linfonodomegalias em regiões axilar e supraclavicular direita. A hipótese diagnóstica inicial foi de adenocarcinoma de mama. A biópsia da lesão mostrou infiltrado dérmico difuso formado por centroblastos e imunoblastos, com imunofenótipo B (CD20+, CD3-) e Ki67 de 70%.

As tomografias de estadiamento evidenciaram acometimento nodal, definindo o diagnóstico de um LDGCB sistêmico com acometimento cutâneo. Tratamento feito com esquema imunoquioterápico R-CHOP, obtendo resposta completa após 6 ciclos.

Caso 2: Feminina, 87 anos, apresentando lesão úlcero-necrótica no membro inferior direito (Figura 2a). A biópsia da lesão evidenciou infiltrado linfoide, composto por células grandes com fenótipo B (CD20+, CD3-) e positividade para BCL2, MUM1 e Ki67 de 80%. O estadiamento não evidenciou acometimento sistêmico. Os achados levaram ao diagnóstico de LDGCB primário cutâneo leg type. Proposto tratamento com radioterapia, porém a paciente faleceu de infarto agudo do miocárdio antes de iniciar o tratamento.

Caso 3: Masculino, 73 anos, apresentando incontáveis lesões nódulo-tumorais coalescentes no membro inferior direito

(Figura 1b). A biópsia cutânea evidenciou infiltrado dérmico difuso composto por centroblastos e imunoblastos. Imunohistoquímica positiva para CD20 e negativa para CD3, além de positividade para BCL2, MUM1 e Ki67 de 95%.

Tomografias de estadiamento revelaram linfonodomegalia hilar direita e esplenomegalia. O diagnóstico final foi de LDGCB sistêmico com acometimento cutâneo. Iniciado tratamento com esquema RCHOP, obtendo resposta clínica completa logo após o primeiro ciclo.

Caso 4: Masculino, 73 anos, apresentando múltiplas placas eritematosas e arciformes, distribuídas simetricamente no dorso (Figura 2b). As principais hipóteses diagnósticas foram de erythema gyratum repens, micose fungoide e lúpus eritematoso subagudo. A biópsia da lesão evidenciou infiltrado dérmico, constituído por linfócitos grandes com imunofenótipo B (CD20+, CD3-) e positividade para BCL2. O estadiamento não evidenciou acometimento extra-cutâneo. O diagnóstico final foi de LDGCB primário cutâneo. O paciente foi tratado com seis ciclos de RCHOP e segue em remissão três anos após seu término.

Discussão:

O LDGCB é o subtipo mais comum de linfoma em adultos, correspondendo a cerca de 35% dos casos. Seu pico

de incidência se dá entre a sexta e a sétima décadas de vida. A apresentação característica é o surgimento de adenomegalias de crescimento rápido, acompanhado ou não de sintomas sistêmicos. Pode evoluir com disseminação extra nodal e o envolvimento cutâneo secundário ocorre em até 20% dos casos de doença disseminada.³ Nesses pacientes, o prognóstico é relativamente desfavorável, mas o tratamento imunoquimioterápico pode ser curativo em até 40% dos casos. Apesar de incomum, o LDGCB com envolvimento

secundário da pele é mais frequente que o linfoma primário cutâneo. Casos em que o diagnóstico de LDGCB foi realizado através de biópsia cutânea devem ser estadiados com exames de imagem e biópsia de medula óssea para afastar o comprometimento sistêmico que, quando presente, exclui o diagnóstico de um linfoma cutâneo primário. O estadiamento adequado é fundamental, pois nos casos de doença cutânea localizada, o tratamento pode ser mais conservador, muitas vezes baseado em radioterapia exclusiva.⁴ ■

Imagens do caso



Figura 1A: Lesões tumorais na mama direita com a de maior diâmetro apresentando ulceração central e o restante da mama com infiltrado tipo "casca de laranja"

Figura 1B: Incontáveis lesões nódulo-tumorais coalescentes acometendo todo membro inferior direito e com áreas ulceradas na região anterior da perna direita

Figura 2A: Lesão úlcero-necrótica extensa no membro inferior direito

Figura 2B: Múltiplas placas eritematosas, infiltrativas e arciformes, distribuídas simetricamente na região dorsal



Use o Código QR para ver as referências bibliográficas.

Necrose da língua por arterite de células gigantes

Autores:

Alice Guiotti de Alencar
Cássio Battisti Serafini
Flaviana Roque Bialon Orosco
Ignacio Yañez Silva
Luiza Aguera Oliver
Marcelo Rosandiski Lyra

Instituição:

Hospital Central do Exército - HCE

Introdução:

A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite predominante em mulheres com mais de 50 anos. Envolve artérias de médio e grande calibre, principalmente os ramos das carótidas, sobretudo as artérias temporais.¹ São manifestações comuns cefaleia, diplopia, amaurose e claudicação de mandíbula², sendo rara a necrose da língua.³ Relata-se um caso de ACG com necrose da língua, tratada precocemente com corticosteroide oral e resposta terapêutica satisfatória.

Relato de caso:

Paciente feminina, 86 anos, com relato de cefaleia, evoluiu com amaurose à direita e claudicação de mandíbula. Após sete dias, apresentou dor e lesão enegrecida na lateral esquerda da língua. Possuía história de Alzheimer, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Ao exame, apresentava placa amarelada na lateral direita da língua e placa necrótica na lateral esquerda (Fig 1). Notava-se ainda presença de pulso, dor e espessamento na artéria temporal direita (Fig 2). A investigação diagnóstica demonstrou VHS elevado (82 mm/h) e demais exames (eletrocardiograma, tomografia computadorizada de crânio, ecodoppler das artérias temporais, carótidas e vertebrais) sem alterações. Com isso, foi aventado o diagnóstico de ACG, complicada com necrose da língua.

O tratamento foi iniciado com prednisona 40mg/dia por 30 dias e a paciente apresentou melhora dos sintomas, porém, houve perda tecidual na lateral esquerda da língua (Fig 3) e persistência da amaurose à direita. Após 7 meses de redução gradual do corticosteroide, está em uso de 2,5 mg de prednisona em dias alternados, sem recorrência.

Discussão:

A ACG é uma vasculite de médios e grandes vasos que acomete especialmente a artéria temporal. É a forma mais comum de vasculite sistêmica primária, predomina no sexo

feminino em uma proporção de 5:2 e ocorre principalmente em idosos.⁴ As manifestações clínicas variam de acordo com o vaso acometido, sendo as mais comuns: cefaleia (90%), claudicação de mandíbula (50%) e amaurose (40%). Quando há acometimento da língua pode haver edema, dor e claudicação em 25% dos casos. Como o suprimento sanguíneo da língua é rico, a necrose deste tecido é infrequente e sugere prognóstico reservado.¹ A alta suspeita diagnóstica indica necessidade de tratamento precoce para evitar complicações graves, como o acidente vascular encefálico (AVE), dissecação arterial e amaurose definitiva, como no presente caso.⁵

Na presença de necrose da língua, outras etiologias devem ser excluídas como AVE, carcinoma epidermóide, radioterapia, sífilis e tuberculose.¹ Na paciente em questão, estas causas foram descartadas e identificou-se 4 dos 5 critérios da American College of Rheumatology (ACR) para o diagnóstico definitivo de ACG (Tabela 1).⁶

A biópsia é padrão ouro para o diagnóstico, com sensibilidade entre 54 e 92%. A ultrassonografia arterial com doppler, cuja especificidade e sensibilidade são 92,31% e 83,33%, respectivamente, pode ser útil.⁴ No caso relatado, não houve alteração deste último, mas o fato de ter sido realizado após 8 semanas do tratamento e ser operador dependente, provavelmente influenciou o resultado.

O tratamento baseia-se no uso dos corticosteroides na dose de 1mg/kg/dia por 4 a 6 semanas com posterior desmame. A terapia adjuvante com metotrexato e tocilizumabe pode ser instituída.⁷ Não há consenso quanto ao período terapêutico, mas sugere-se manter o tratamento por cerca de 2 anos para evitar recidivas.⁸ Diante disso, é recomendável associar os poupadores de corticosteroides, a fim de reduzir os efeitos colaterais do seu uso

prolongado. Neste caso, foi possível reduzir a prednisona em 7 meses, sem prejuízo à paciente.

O dermatologista foi fundamental no reconhecimento precoce e tratamento da ACG. Este caso reforça que o diagnóstico clínico desta entidade é fundamental, e mesmo diante da impossibilidade de realizar a biópsia da artéria temporal, o tratamento não deve ser retardado, sob pena de acarretar sequelas graves e definitivas. ■

Use o Código QR para ver outras imagens e as referências bibliográficas.



Imagens do caso



Figura 1. Placa amarelada, na lateral direita da língua e placa necrótica na lateral esquerda.

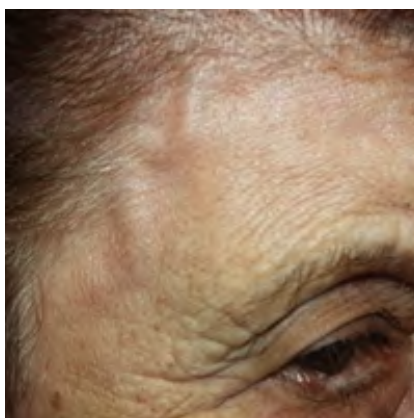


Figura 2. Artéria temporal direita espessada e tortuosa.



Figura 3. Resposta clínica após 2 meses do tratamento com corticosteroide.

Tabela 1. Critérios diagnósticos Arterite de Células Gigantes segundo American College of Rheumatology.⁶

Critérios	Definição
1. Idade $\geq$ 50 anos	Início dos sintomas em indivíduos com 50 anos ou mais
2. Cefaleia de início recente	Cefaleia aguda ou em localização diferente do habitual
3. Anormalidade da artéria temporal	Dor ou sensibilidade a palpação da artéria temporal ou redução do pulso não relacionado a aterosclerose
4. VHS elevado	VHS $\geq$ 50 mm/hora pelo método Westergren
5. Anormalidade na biópsia da artéria	Biópsia da artéria com vasculite caracterizada por infiltrado de células mononucleares ou inflamação granulomatosa, usualmente, com células gigantes multinucleadas

* Para o diagnóstico de ACG o paciente deve apresentar 3 dos 5 critérios. A presença de 3 ou mais de qualquer critério, possui sensibilidade de 93,5% e especificidade de 91,2%.

Aconteceu na SBDRJ



Reunião Mensal - Agosto



Reunião Mensal - Julho



Reunião Mensal - Setembro



1ª Caminhada de Conscientização da Alopecia Areata



Fotos: Laura Jeunon

Pilexil

AUTOESTIMA RENOVADA

LINHA ANTIQUEDA QUE PROMOVE AÇÃO
COMPLEMENTAR CONTRA A QUEDA DE CABELO
EM HOMENS E MULHERES.

CONTÉM

BIOTINA

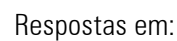


LOÇÃO
120mL

SHAMPOO
150mL e 300mL

Referência: 1- Composição Pilexil Serenoa Serrulata Loção. Fabricado por Lacer S.A., Sardernya, 350 08025 BARCELONA - ESPANHA/SPAIN. Fabricado na Espanha. Importado por: Laboratório Daudt Oliveira Ltda. Rua Simões da Mota, nº 57 Rio de Janeiro - RJ - Brasil CNPJ Nº: 33.026.055/0001-20. AFE nº 2.00250.0 Nº processo PILEXIL SERENOA SERRULATA LOÇÃO: 25351.862514/2018-30. Nº processo PILEXIL SERENOA SERRULATA SHAMPOO: 25351.862574/2018-52. Outubro/ 2019

SAC
0800 707 0987
www.daudt.com.br
www.grupodaudt.com.br



IGTV: você conhece a plataforma de vídeos do Instagram?

O IGTV é uma das funcionalidades mais recentes lançadas pelo Instagram. Essa ferramenta atua como uma espécie de canal de conteúdo exclusivo para vídeos dentro do próprio Instagram.

Antes de seu lançamento, só era possível fazer posts de vídeos com duração máxima de 1 minuto. Já a nova plataforma permite vídeos de até 10 minutos para contas comuns e até 60 minutos para as contas verificadas. Além disso, o IGTV trouxe uma inovação interessante: os vídeos devem ser gravados e postados no formato vertical. O objetivo é facilitar a experiência mobile (em celulares) do usuário. E isso tem justificativa: estima-se que até o ano de 2021, vídeos no celular serão responsáveis por 78% do tráfego total de dados móveis.

Mas, como utilizar essa ferramenta? Bom, você pode simplesmente consumir o conteúdo do IGTV clicando no ícone que fica no canto superior direito do seu aplicativo ou ser um produtor de conteúdo e ter seu próprio canal. Para isso, pode ser interessante que você utilize o aplicativo exclusivo do IGTV, disponível para iOS e Android.

Se você decidiu que o IGTV pode ser uma boa estratégia para divulgar os seus serviços e seu consultório, é importante que fique atento a algumas questões:

- Grave sempre seus vídeos na vertical e se preocupe com o ambiente, o som e a iluminação;
- Produza conteúdo útil, sempre dentro das normas de publicidade médica do CFM;
- Para aumentar o alcance, divulgue os vídeos do IGTV no seu próprio feed do Instagram (é possível postar uma prévia dele);
- Inclua links externos, de preferência para o seu site – isso pode ajudar a divulgá-lo também;
- Acompanhe as métricas dos seus vídeos. Isso pode te ajudar a entender em que o seu público-alvo está interessado.

As mídias digitais estão em constante renovação e a todo tempo temos novidades. Fique atento! Elas podem ser ótimas oportunidades para divulgar o seu trabalho. ■

Victor Gimenes

CEO da Medical Site



Actine

Nº1 O MAIS PRESCRITO PELOS DERMATOLOGISTAS*

NOVO

PROTETOR SOLAR DERMATOLÓGICO

PARA PELES OLEOSAS E ACNEICAS



**MUITO ALTA PROTEÇÃO SOLAR
10H DE ANTIOLEOSIDADE**

- 1 NÃO OBSTRUI** os poros
- 2 TOQUE SECO** de absorção imediata
- 3 AÇÃO ANTIOXIDANTE**

Também no
FPS
30

Infrações éticas de dermatologistas e cirurgiões plásticos no Instagram e impacto no número de seguidores

As redes sociais representam uma das principais formas de interação atual. Dentre elas destaca-se o Instagram, rede de compartilhamento de fotos e vídeos, com mais de 1 bilhão de usuários, sendo o Brasil o segundo em número. Vários médicos têm utilizado a rede, particularmente os dermatologistas e cirurgiões plásticos, especialistas que mais lidam com estética e cosmiatria e com grande demanda de seguidores.

As publicações costumam ter caráter pessoal, de divulgação ou informativo e devem seguir as recomendações do Conselho Federal de Medicina para, principalmente, resguardar a autonomia e privacidade dos pacientes, e evitar promessas de resultados nos atos médicos e conflitos de interesses com a indústria. Com o intuito de quantificar tais infrações no Instagram e compará-las entre dermatologistas e cirurgiões plásticos, bem como avaliar o impacto de tais infrações no número de seguidores, foi realizado um trabalho por nosso grupo (Fig.1), premiado na última Jornada Norte-Nordeste de Dermatologia em Teresina-PI, conforme descrito a seguir.

Realizou-se um estudo transversal, com variáveis analisadas relativas às infrações éticas (fotos de antes e depois, autopromoção, sensacionalismo, elogios de terceiros, brindes e sorteios, prêmios sem valor científico, fotos com pacientes, anúncio de técnica exclusiva), recomendações (postagens educativas, divulgação do registro de especialidade, divulgação do contato) e não recomendações (selfies no trabalho, postagens pessoais), de todas as postagens de 152 perfis médicos públicos abertos do Instagram, sendo 78 de dermatologistas e 74 de cirurgiões plásticos brasileiros obtidos através da ferramenta da plataforma, que limita a busca a 100 perfis por descritor (palavra-chave). Os dados foram obtidos por perfil anônimo criado

com localizador desativado a fim de obter perfis de médicos de diversos estados do país. As infrações cometidas foram comparadas entre as duas especialidades pelo teste exato de Fisher e o número de seguidores coletado foi correlacionado com as variáveis pelo teste U de Mann-Whitney. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe.

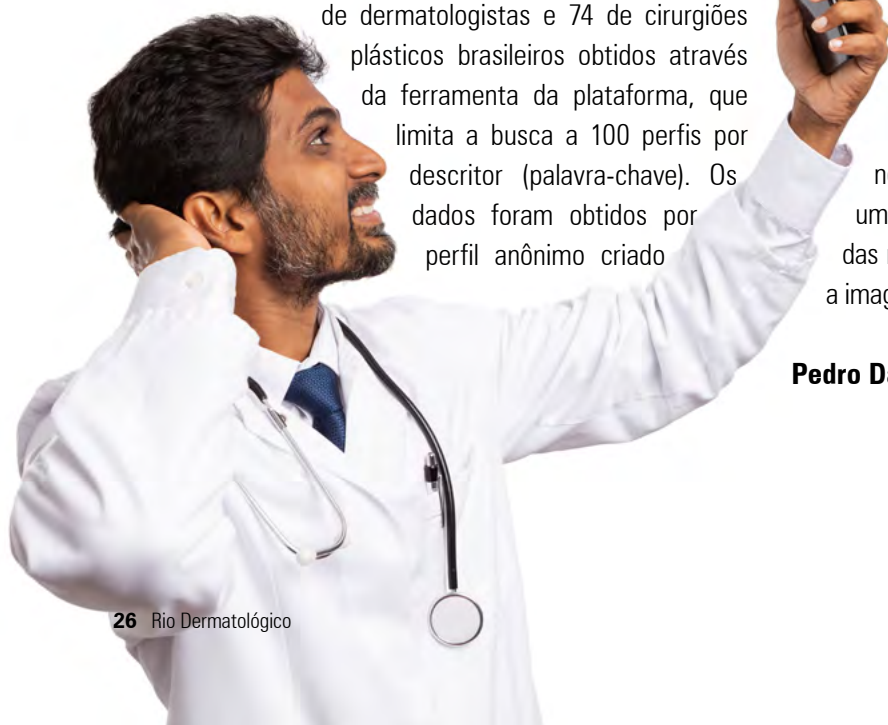
Foi evidenciado que 87,5% dos perfis continham pelo menos uma infração ética e que 7 das infrações foram mais prevalentes entre os dermatologistas quando comparados aos cirurgiões plásticos ($p < 0,05$) (Tabela 1). Quanto ao impacto no número de seguidores, as infrações cometidas que estiveram associadas ao maior número de seguidores foram: "Fotos com pacientes", "Fotos com pacientes realizando procedimentos", "Autopromoção e sensacionalismo", "Propaganda de produtos" ($p < 0,05$). Por outro lado, publicações recomendadas como "Informes Educativos" também estiveram significativamente associadas ao maior número de seguidores. (Fig.2)

Identificou-se ainda que variáveis que não se caracterizam como infrações impactam positivamente na mediana de seguidores em ambas especialidades, a exemplo dos "Informes educativos", "Posts pessoais" e "Selfies em situação de trabalho" (apesar destas duas últimas não serem consideradas infrações éticas, não são recomendadas pelo Conselho Federal de Medicina). Fotos de "antes e depois" publicadas no Feed não apresentaram relação estatística significativa com o número de seguidores (Fig.2).

O intuito deste trabalho foi de analisar as postagens dos médicos, quantificando e expondo a sua discrepância em relação às recomendações do órgão de classe, trazendo à discussão a necessidade de uma fiscalização mais ostensiva, de uma orientação adequada, ou ainda, de uma revisão das normas nesta nova realidade digital, resguardando a imagem da medicina e o respeito ao paciente. ■

Pedro Dantas Oliveira

Utilize o Código QR para ver o artigo completo com suas imagens e tabelas.



NeoStrata®

SKIN ACTIVE

INOVAÇÃO

TRI-THERAPY LIFTING SERUM

O PRIMEIRO SÉRUM COM AMINOFIL® E EFICÁCIA COMPROVADA
CONTRA OS 3 PRINCIPAIS SINAIS DE ENVELHECIMENTO

- 1 **REDUZ** A FLACIDEZ E
RESTAURA O VOLUME
- 2 **ALISA** A TEXTURA
- 3 **UNIFORMIZA**
A TONALIDADE

COM A TECNOLOGIA
EXCLUSIVA DE NEOSTRATA®



3D SKIN
REGENERATION



EVENTOS 2020

DERMATOPATOLOGIA
COMPARATIVA
CURSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA - RIO DE JANEIRO
+
CURSO DE
MICROLOGIA



13 A 15
/FEVEREIRO

WINDSOR FLORIDA - RJ

Curso **Arte** de
formular
integrando valor ao seu receituário



16
/MAIO

COLÉGIO BRASILEIRO
DE CIRURGIÕES - RJ

13º Simpósio de
Cosmiatria
& **Laser**
Sociedade Brasileira de Dermatologia
Regional Rio de Janeiro



05 E 06
/JUNHO

WINDSOR MARAPENDI - RJ

ENCONTRO DOS CIRURGIÕES DERMATOLÓGICOS
**PROCEDIMENTOS DE
CONSULTÓRIO**



15
/AGOSTO

UNIDADE DE SERVIÇO
CRENCIADO - RJ

10º DermaRio
ENCONTRO DE DERMATOLOGIA



21 E 22
/AGOSTO

WINDSOR BARRA - RJ

2º SIMPÓSIO DE
**DERMATO
PEDIATRIA**
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA - RIO DE JANEIRO



03
/OUTUBRO

HOTEL OTHON PALACE - RJ

1º SIMPÓSIO DE
IMUNOLOGIA
SBD-RJ



31
/OUTUBRO

COLÉGIO BRASILEIRO
DE CIRURGIÕES - RJ

CURSO DE
DERMATOSCOPIA
8 atualização em dermatologia oncológica
SBD RJ



27 E 28
/NOVEMBRO

HOTEL PRODIGY - RJ



Associados SBD: **R\$1.200**
Aspirantes SBD*: **R\$1.000**

DERMATOPATOLOGIA
COMPARATIVA
CURSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA - RIO DE JANEIRO
+
CURSO DE
MICROLOGIA

10º DermaRio
ENCONTRO DE DERMATOLOGIA

1º SIMPÓSIO DE
IMUNOLOGIA
SBD-RJ

2º SIMPÓSIO DE
**DERMATO
PEDIATRIA**
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA - RIO DE JANEIRO

13º Simpósio de
Cosmiatria
& **Laser**
Sociedade Brasileira de Dermatologia
Regional Rio de Janeiro

CURSO DE
DERMATOSCOPIA
8 atualização em dermatologia oncológica
SBD RJ