

RIODERMATOLOGICO

Arte e Dermatologia IV

A Regulamentação da PEC 29

A entrevista que não aconteceu

Sumário

03 Editorial

Carta do Presidente

04 Sinais

Coluna da Ombudswoman

Dr. Ramon Blanco é o Novo Presidente da SOMERJ

Prêmio Jovem Dermatologista 2011

Campanha de Prevenção Contra o Câncer de Pele

V Simpósio de Cosmiatria e Laser da SBD RJ

Psoríase: Caminhada e Simpósio no Rio de Janeiro

XV Reunião Científica da Associação dos Dermatologistas da UERJ

09 Dermadicas

As Redes Sociais

10 Entrevista

A Entrevista que não Aconteceu

12 Retrovisor

Arte e Dermatologia IV

16 Caso em Destaque 1

Edema Palpebral Unilateral como Possível Manifestação Inicial de Doença do Colágeno

18 Caso em Destaque 2

Nódulos Eritematosos Migratórios no Tórax

20 Caso em Destaque 3

Lesões Dermatológicas em Paciente com Diagnóstico de Lúpus

22 Ethos

Finalmente Votada a Regulamentação da PEC 29

23 Agenda

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

**ULTRA PROTEÇÃO SOLAR
COM DUPLA AÇÃO ANTIBRILHO**



ANTHELIOS AC
FLUIDE EXTREME FPS 40

Ultra proteção UVB/UVA
Dupla ação antibrilho:
antioleosidade e antiumidade
Nova textura toque seco

Em 3 versões
FPS 40/PPD 25
FPS 40 com Cor/PPD 22
FPS 60/PPD 41

Acesse: www.portaldodermatologista.com.br
LA ROCHE-POSAY. A EXIGÊNCIA DERMATOLÓGICA.



Prezado Associado,

Um ano novo começa. Se não prestarmos atenção, tudo será igual. E cada um, melhor do que ninguém, sabe o quanto pode, deve ou precisa melhorar. Esta é a hora!

Considerem com mais carinho a SBDRJ no sentido do seu aperfeiçoamento profissional. Realmente, as Reuniões Mensais são imperdíveis.

O ano de 2011 para a nossa regional, em termos de desempenho, foi muito bom, tanto pela qualidade dos eventos quanto pela quantidade, e também pelo resultado financeiro.

Para o ano de 2012, já temos as datas de todos os eventos que serão realizados. Confirmam neste número e deixem desde já reservados em suas agendas os dias 20 e 21 de abril para o evento maior da dermatologia do Rio de Janeiro: o VI DermaRio. Chamamos a atenção que o III Curso de Correlação Clinicopatológica, já marcado para o dia 10 de março, embora formatado visando a uma preparação para o TED, é uma excelente oportunidade para todos exercitarem o raciocínio dermatológico.

Em 5 de fevereiro deste ano comemoraremos o centenário da nossa SBD, uma sociedade que, felizmente, soube se desenvolver e crescer graças à contribuição e dedicação de numerosos associados, muitos, inclusive, já não presentes. Uma sociedade que sabe respeitar sua memória garante, com certeza, um futuro mais

alvissareiro para si própria. Vale lembrar que a fundação da nossa SBD ocorreu neste dia, na Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, e por esse motivo a nossa cidade sediará o 68º Congresso da Sociedade Brasileira de Dermatologia, o Congresso do Centenário.

Neste ano também teremos a importante eleição dos futuros presidentes das regionais, assim como a do presidente da Nacional. É fundamental que todos os associados exerçam esse dever de cidadania. O voto consciente é crucial para que a nossa SBD represente o que, de fato, somos. É essencial que os candidatos sejam avaliados por suas propostas, capacidade (inclusive científica) e história participativa na sociedade. Argumentos como simpatia, bairrismo, entre outros, não podem, absolutamente, ser considerados na hora do seu voto. Neste número tornamos públicas as opiniões e propostas das duas candidatas à presidência da SBD-Nacional.

Gostaríamos de findar desejando a todos um excelente ano e a nossa querida SBD um novo século de conquistas, e que sejamos capazes de repassar mais à sociedade em geral parte do sucesso desses 100 anos. O trabalho árduo e ético é o único caminho consistente.

Abraços afetuosos,

David R. Azulay
Presidente

RIODERMATOLOGICO

Presidente **David Azulay** • Vice-presidente **Flávia Cássia**

Secretária Geral **Maria Fernanda Gavazzoni** • Secretário de Sessões **Carlos Martins** • Tesoureiro **Fabiano Leal** • Assessores de Diretoria **João Carlos R. Avelleira** e **Egon Daxbacher** • Coordenador Médico da Mídia Eletrônica **Ivan Semenovich** • Conselho Consultivo | Membros Vitalícios **Abdiel Figueira Lima**, **Absalom Lima Filgueiras**, **Aloysio Pacheco Argollo**, **Carlos Baptista Barcaui**, **Celso Sodré**, **Danilo Vicente Filgueiras**, **Gabriela Lowy**, **José Moreira Carrijo**, **José Ramon Varela Blanco**, **Luna Azulay Abuláfia**, **Manoel Paes de Oliveira Neto**, **Manoel Sternick**, **Márcia Ramos-e-Silva**, **Marcus Achiamé Periasú**, **Maria de Lourdes Viegas**, **Omar Lupi** e **Rene Garrido** | Membros Provisórios **Luna Azulay Abuláfia**, **Celso Tavares Sodré**, **Carlos Baptista Barcaui**, **Cleide Eiko Ishida**, **Ana Maria Mosca de Cerqueira**, **Gabriela Lowy**, **Márcia Ramos-e-Silva**, **Marcio Soares Serra**, **José Ramon Varela Blanco**, **Abdiel Figueira Lima**, **Francisco Burnier C. Pereira**, **Antonio Macedo D'Acri**, **Cláudia Pires Amaral Maia**, **João Carlos Avelleira**, **Fabiano Roberto P. de Carvalho Leal** e **Arles Martins Brotas** | Suplentes **Sueli Coelho da Silva Carneiro**, **Maria Fernanda Reis Gavazzoni Dias**, **Regina Casz Schechttman**, **Fabício Lamy** e **Paulo Antônio Oldani Felix** • Comissão de Ética e Defesa Profissional **Alice Boucard**, **Altiva Lobão Salgado**, **Paulo Antônio Oldani**, **Rosane Ferreira Alves** e **Sérgio Soares Quinete** • Comissão Editorial **Diretoria da SBDRJ** e **João Carlos R. Avelleira** • Produção **Grevy Conti Designers** • www.grevyconti.com.br • Jornalista Responsável **Anatrícia Borges (MTB 21955)** • Tiragem – 6.000 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 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 sala de espera de consultórios, ambulatórios, clínicas, sejam elas públicas ou privadas).

Publicação oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia
Regional do Rio de Janeiro • Ano 20 • Edição Out/Nov/Dez 2011

Coluna da Ombudswoman



Férias escolares. Férias da empregada. Precisei me organizar para cuidar do pequeno e de dois cachorros. Atrasei a coluna. Sei que não há justificativa, mas há pelo menos uma atenuante: prometi ao meu filho que, durante os dias

em que viajássemos, não atenderia o celular e nem usaria computador. Ainda não havia compreendido o quanto seria difícil cumprir...

Recebi uma mensagem de um colega que dizia não ver problema algum em publicar os anais em inglês, porém questionava o fato de nossos eventos serem cada vez mais parecidos com congressos americanos, preocupado que percamos a nossa identidade.

Durante o passeio de férias, pensei longamente sobre a riqueza da nossa dermatologia e de nosso país. Sinto-me orgulhosa de ter sido aluna de gran-

des nomes da dermatologia brasileira. Nas aulas e livros de nossos catedráticos, havia sempre menção aos brasileiros que tornaram a dermatologia nacional internacionalmente respeitada, como Gaspar Viana, paraense responsável pelo desenvolvimento do antimonial pentavalente.

Entendo ser muito proveitoso nos inspirarmos na organização de eventos internacionais de sucesso, sem, contudo, nos esquecermos do quanto podemos ser criativos e inovadores.

Voltando às férias, escolhemos um parque catarinense que foi surpreendente. **Encantamo-nos com a coragem e o** potencial empreendedor de um brasileiro que conseguiu conjugar um parque de diversões multitemático com as belezas da mata atlântica, procurando a todo momento divulgar a importância da preservação ambiental.

Paula Dadalti | Ombudswoman, gestão 2011-2012



“... brasileiros que tornaram a dermatologia nacional internacionalmente respeitada, como **Gaspar Viana**, paraense responsável pelo desenvolvimento do antimonial pentavalente.”

Dr. Ramon Blanco é o Novo Presidente da SOMERJ

Foi empossado como presidente da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (SOMERJ) o dermatologista Ramon Blanco, ex-presidente da SBD RJ no período 2001-2002.

Representantes da AMB, CFM e de diversas especialidades médicas prestigiaram a posse do Dr. Ramon, que foi motivo de orgulho não só para para nosso colega mas também para toda a dermatologia.



DR. RAMON LENDO O DISCURSO DE POSSE NA SOMERJ

Prêmio Jovem Dermatologista 2011



DRA. SABRINA E OS COLEGAS DO HFB



E NA HORA EM QUE RECEBIA A PREMIAÇÃO DA DIRETORIA DA SBD RJ

A sétima edição do Prêmio Jovem Dermatologista da SBD RJ, com apoio dos laboratórios **Roche-Possay**, foi para o trabalho "Nódulos eritematosos migratórios no tórax" (ver casos clínicos), do Hospital Federal de Bonsucesso, apresentado pela Dra. Sabrina Khaler.

A premiação inclui viagem, inscrição e ajuda de custo para o 70º. Meeting da Academia Americana de Dermatologia, que ocorrerá em março próximo, em San Diego, Califórnia.

Campanha de Prevenção Contra o Câncer de Pele

Embora o dia 28 de novembro tenha sido, no Rio de Janeiro, nublado e chuvoso, a campanha de prevenção contra o câncer de pele foi um sucesso. Nos diversos postos de atendimento distribuídos por nossa cidade, dermatologistas voluntários e alunos dos serviços credenciados puderam fornecer à população informação sobre como prevenir e como suspeitar deste diagnóstico. Nas cabines privativas grande número de pacientes puderam ser examinados, e os casos suspeitos, encaminhados para confirmação e tratamento nos serviços credenciados da SBD.



EQUIPE QUE FEZ O ATENDIMENTO
NO CAMINHÃO DA SBD NA
PRAÇA DO LIDO, EM COPACABANA



POSTO DE ATENDIMENTO NA
ENTRADA DO MORRO SANTA
MARTA, EM BOTAFOGO

9º Encontro
dos Cirurgiões
Dermatológicos

6º DermaRio
encontro de dermatologia

20 e 21 de abril de 2012

Sheraton Rio
Av. Niemeyer, 121 - Leblon - Rio de Janeiro

Acesse o site www.sbdrj.org.br
Faça seu pagamento em cartão de crédito ou por boleto bancário

V Simpósio de Cosmiatria e Laser da SBDRJ

Realizado no Hotel Windsor, na Barra da Tijuca, nos dias 11 e 12 de novembro, o Simpósio de Cosmiatria e Laser da SBDRJ concentrou no Rio os mais experientes professores destas importantes áreas do conhecimento dermatológico e contou com uma plateia atenta e de todas as idades, que não perdeu a oportunidade de tirar suas dúvidas e de aprender novos procedimentos e técnicas que, com certeza, terão aplicação prática imediata no dia a dia do consultório.

O evento contou com total apoio da SBD, inclusive com a presença da professora Bogdana Victória, nossa atual presidente.



Psoríase: Caminhada e Simpósio no Rio de Janeiro



PROFESSORES PALESTRANTES

O dia mundial de luta contra a psoríase no Rio de Janeiro foi lembrado com uma caminhada na praia de Copacabana, onde médicos e pacientes, convocados pela PSORIERJ, em ato conjunto, distribuíram material educativo à população com o intuito de informar e diminuir o estigma sobre a doença.

Nossa cidade também foi palco em novembro do Simpósio Nacional de Psoríase da SBD, que reuniu o grupo de professores de todo o Brasil que vem se empenhando no estudo e nas ações de combate de uma doença bastante frequente e com potencial incapacitante.



CAMINHADA NA PRAIA DE COPACABANA, COM DERMATOLOGISTAS E PACIENTES DA PSORIERJ

XV Reunião Científica da Associação dos Dermatologistas da UERJ

Em novembro, no Hospital Universitário Pedro Ernesto, ocorreu a XV Reunião Anual dos Dermatologistas da UERJ – Professor Jarbas Porto, com palestras e discussão clínico-histopatológica dos casos clínicos apresentados. A reunião, organizada pelos próprios alunos do Serviço, é programa obrigatório dos dermatologistas cariocas, especialmente daqueles formados na instituição.



As Redes Sociais

Prezados colegas,

As chamadas redes sociais estão na moda. Especialmente após o sucesso do filme e o assombroso crescimento do Facebook nos últimos anos. Mas o que são exatamente redes sociais? Quando pesquisamos a Wikipedia, verificamos que uma rede social pode ser definida como uma estrutura social composta por pessoas ou organizações, conectadas por um ou vários tipos de relações, que partilham valores e objetivos comuns. Uma das características fundamentais na definição das redes é a sua abertura e porosidade, possibilitando relacionamentos horizontais e não hierárquicos entre os participantes. Muito embora um dos princípios da rede seja sua abertura e porosidade, por ser uma ligação social, a conexão fundamental entre as pessoas se dá através da identidade. De uma forma mais simples, podemos dizer que as redes sociais são formas de compartilhamento de informações, gostos e ideias entre usuários com os mesmos gostos e estilos. Assim, um grupo de discussão é composto por indivíduos que possuem identidades semelhantes.

As redes sociais online podem operar em diferentes níveis, como, por exemplo, redes de relacionamentos (Facebook, Orkut, Myspace, Twitter), redes profissionais (LinkedIn), redes comunitárias (redes sociais em bairros ou cidades), redes políticas, entre outras, e permitem analisar a forma como as organizações desenvolvem a sua atividade, como os indivíduos alcançam os seus objetivos ou medir o capital social (diferente daquele que se relaciona ao valor de uma empresa, definição contábil) – o valor que os indivíduos obtêm da rede social.

Muitos dos recursos das redes sociais online são comuns para cada um dos mais de 300 sites de rede social existentes atualmente. A capacidade de criar e compartilhar um perfil pessoal é o recurso mais básico. Essa página de perfil normalmente possui uma foto, algumas informações pessoais básicas (nome, idade, sexo, local) e um espaço extra para que a pessoa informe suas bandas, livros, programas de TV, filmes, hobbies e websites preferidos.

A maioria das redes sociais na Internet permite postar fotos, vídeos e blogs pessoais na sua página de perfil. Mas o recurso mais importante das redes sociais online é encontrar e fazer amigos com membros de outro site. Na sua página de perfil, esses amigos aparecem como links, assim os visitantes podem navegar facilmente na sua rede de amigos online.

As redes sociais têm adquirido importância crescente na sociedade moderna. São caracterizadas primariamente pela sua horizontalidade e sua descentralização. Um ponto em comum dentre os diversos tipos de rede social é o compartilhamento de informações, conhecimentos, interesses e esforços em busca de objetivos comuns. A intensificação da formação das redes sociais, nesse sentido, reflete um processo de fortalecimento da Sociedade Civil, em um contexto de maior participação democrática e mobilização social.

A partir do mês de dezembro de 2011 o site da Regional RJ da Sociedade Brasileira de Dermatologia passou a ser mantido pela PANK Design, uma empresa carioca, com sede em Ipanema, que foi fundada em 2004 e desde então tem se dedicado ao design gráfico digital. Uma das primeiras inovações que experimentaremos será a possibilidade de pagamento online por cartão de crédito de inscrições em eventos da nossa Regional. Que a nossa parceria seja bastante frutífera!

Dr Ivan Semenovitch – Diretor de Informática da SBDRJ – www.sbdri.org.br



A Entrevista que

A revista RioDermatológico infelizmente não vai poder publicar neste número a original e oportuna entrevista entre as duas candidatas que concorrem à presidência de nossa sociedade. A atual diretoria da SBD entendeu que a entrevista vai de encontro ao capítulo 3º, artigo 11, parágrafo 3º do Regulamento Eleitoral da nossa sociedade, que não permite qualquer tipo de divulgação das candidaturas, a não ser uma carta, um espaço no jornal da SBD e um hotsite hospedado no site da SBD sob estrita fiscalização da Comissão Eleitoral. Entretanto, acreditamos que a diretoria cometeu um equívoco de interpretação.

Os artigos 10 e 11 do regulamento eleitoral têm na sua essência a manutenção da igualdade das candidaturas, procurando evitar que possa haver interferência de poder econômico na confecção e distribuição das peças de divulgação e, conseqüentemente, tornando a disputa desigual. No caso em questão, trata-se de uma entrevista em que as mesmas perguntas seriam feitas às duas candidatas, que teriam igual espaço para resposta. Portanto, a entrevista com as duas candidatas não pode ser tratada como propaganda ou divulgação. Esta também foi a interpretação da Comissão Eleitoral, eleita pelo Conselho Deliberativo da SBD, e que, consultada, discutiu a questão e, por votação (4x1), enviou-nos (à revista e às candidatas) o e-mail (reproduzido, em parte, a seguir) autorizando a entrevista.

"Prezadas colegas candidatas,
Dra. Denise Steiner, Dra. Luna Azulay

A Comissão Eleitoral da SBD, para a eleição da diretoria 2013-2014, acatou a sua indagação e decidiu pela maioria (4x1) que não há nenhum confronto ao Regulamento Eleitoral o fato de concederem entrevista para o **RioDermatológico**, Jornal da Regional Rio de Janeiro. Considerou também que a proposta revela um marco importante, valorizando a democracia..."

Em 20 de dezembro de 2011.

Atenciosamente,
Comissão Eleitoral

não Aconteceu

Entretanto, não foi esta a avaliação da direção da SBD, que considera que o artigo 3º do parágrafo 11 só permite ao jornal da SBD a divulgação das candidaturas.

É uma pena que um regulamento criado para manter a igualdade das candidaturas tenha de certa forma a cerceado o direito à informação do associado.

Finalizando, nossa sociedade cresceu, amadureceu, tem desafios grandes e contínuos a serem enfrentados, e os associados devem votar em propostas. Não é justo que nossos associados não possam ter acesso pleno à informação do que pensam ou pretendem aquelas que irão dirigir o nosso futuro. Quanto mais informado, melhor vota o associado, regra básica na política partidária ou associativa e democrática.

Abaixo, as perguntas da entrevista que não aconteceu:

Este ano a Sociedade de Dermatologia vai escolher aqueles que irão dirigi-la no próximo biênio (2013-2014). Duas chapas se apresentaram, todas duas encabeçadas por brilhantes colegas, Dra. Denise Steiner e Dra. Luna Azulay, que chegam à postulação com importantes contribuições à dermatologia e a nossa sociedade. A revista RioDermatológico resolveu proporcionar aos nossos associados um espaço para que as candidatas mostrem seus projetos e planos para a gestão da SBD e como pretendem enfrentar as dificuldades e dilemas de uma especialidade que não para de crescer em tamanho e importância.

1 – As provas para a residência mostraram que a dermatologia é a especialidade com maior número de pretendentes por vaga (a maior na USP com relação 16/1 e na Paulista). Obviamente a razão deste boom não é somente vocacional. Deve ser creditado em grande parte à possibilidade de um futuro promissor baseado na demanda de mercado crescente pela dermatologia e seus procedimentos. Como fazer a leitura desta situação?

2 – Como corrigir no ensino da dermatologia a situação: onde todos querem fazer dermatologia, mas

muito poucos se interessam pelo estudo da hanseníase, DSTs e outras doenças tradicionalmente ou intimamente ligadas à nossa especialidade. E o que é pior, ainda acometem grande parte da população brasileira?

3 – Aqueles que não conseguem vagas nos serviços credenciados tendem a procurar cursos de pós-graduação não credenciados pela SBD. Legalmente, estes cursos não são obrigados à carga horária da residência e dos serviços credenciados da SBD (que se equivalem). Essa massa de médicos formados nestes cursos aumenta a cada dia (inclusive no próprio TED), passando a ter visibilidade para os órgãos de classe e até mesmo para a indústria, que passa a apoiar seus eventos. Existe algum tipo de ação ou posição diante desta realidade?

4 – A defesa profissional e o corporativismo são sinônimos?

5 – Seria hora de avaliar a possibilidade de um aumento de vagas nos serviços credenciados ou deveremos manter o padrão exigido até agora para credenciamento e estabelecimento de número de vagas em nossos serviços?

6 – A saúde financeira da SBD parece a cada dia mais consolidada. Anuidade, o Congresso Brasileiro, a presença em dois simpósios por ano, um curso em cada um destes, despesas de deslocamento, estadia, alimentação devem ser considerados pelo associado como um investimento nele mesmo ou permitem a reflexão de que a sociedade é que deve prestigiá-lo por torná-la tão forte?

7 – Embora seja assunto pertinente ao conselho de representantes e de ratificação na assembleia geral, os congressos brasileiros, devido à grandiosidade que vêm alcançando, deveriam seguir o exemplo da Academia Americana e manter o rodízio apenas em algumas capitais?

8 – Por fim, em caso de vitória de sua chapa, o que gostaria de concretizar durante o seu mandato e como gostaria que fosse lembrada sua passagem pela SBD?

Arte e Derm



FIGURA 1

A escultura do corpo ou de partes do corpo em cera havia sido descrita em Florença, na Itália, durante o século XVIII, como o nome de anatomia plástica, e se desenvolvido também em Londres e na Alemanha no início do século XIX. (Figura 1 – Joseph Towne)

A introdução das peças de cera moldadas de forma a representar as doenças da pele ocorreu na segunda metade do século XIX, na dermatologia, assim como em outras áreas da medicina. As esculturas de cera ou “moulages” traziam um auxílio visual tridimensional diferente daquele dado pelas aquarelas ou desenhos das doenças para a formação dos futuros médicos. E esta era uma necessidade da re-



FIGURA 2

matologia IV

cente organização da medicina e do ensino médico, com a divisão em especialidades e a criação das cátedras nas faculdades, principalmente em Paris e Viena, que despontavam como os mais avançados centros do estudo da medicina nesta época.

Na França, o hospital Saint-Louis, em 1870, dedicado a pacientes com doenças dermatológicas e venéreas, recebeu, trazido pelo Prof. Charles Lailler, um artista nascido na Bélgica chamado Jules Baretta (1834-1923), que fora descoberto em Paris confeccionando réplicas de frutas em *papier maché*. O trabalho de Baretta foi impressionante na qualidade e na quantidade de peças. (Figuras 2, 3, 4, 5)



FIGURA 3



FIGURA 4



FIGURA 5



FIGURA 6

Imortalizado em um busto de cera pelos discípulos, Baretta foi responsável por 1.500 das 17.00 peças de dermatologia do Museu do Hospital Saint-Louis (Figura 6). Em Viena, Anton Elfinger e Carl Henning, colaboradores de Hebra como pintores no *Atlas de dermatologia*, também passaram a trabalhar com as figuras de cera (carcinoma de face 7,8) e foram responsáveis pela difusão destas peças pela Europa central.



FIGURA 7

Coleções de “moulages” passaram a existir em todos os hospitais ligados ao ensino, e, por sua vez, conheceram o seu declínio com o aparecimento e rápido desenvolvimento da fotografia, e, mais tarde, do cinema. O hospital Saint-Louis conserva ainda a maior coleção destas esculturas, que conciliaram a arte com a medicina mais uma vez. (Figura 9)

João Avelleira



FIGURA 8



FIGURA 9

Edema Palpebral Unilateral como de Doença do

Autores: Cintia Maria Oliveira Lima¹, Maria Luiza Brandão¹, Ana Paula Procópio², Bruno Procópio², Tullia Cuzzi³, Celso Sodré¹

INSTITUIÇÃO: HUCFF/ UFRJ

1 - Serviço de Dermatologia, 2 - Serviço de Oftalmologia,

3 - Serviço de Patologia.

Introdução

Edema periorbitário é manifestação cutânea infrequente relatada em pacientes com lúpus eritematoso¹, podendo ser decorrente de infecções, nódulos subcutâneos, angioedema, mucinose e devido à hipalbuminemia relacionadas com síndrome nefrótica ou doenças hepáticas². Dentre outras causas comuns de edema periorbitário, podemos citar o trauma, dermatomiosite, dermatite de contato e alergias³.

Relato do caso

Paciente feminina, branca, 39 anos, natural e procedente do Maranhão apresentando há 1 ano quadro de edema e hiperemia em canto interno de pálpebra superior esquerda. Evoluiu com acometimento de toda a pálpebra superior e canto interno de pálpebra inferior em poucos meses, com discreto prurido local, além de hiperemia conjuntival. Queixava-se de discreto lacrimejamento ipsilateral. Referia piora com exposição solar e melhora com uso de corticosteroide oral. Interrompeu o uso de esmaltes sem obter melhora do quadro. Negava patologias prévias. Negava uso de tinturas capilares. Alérgica a sulfa e piroxican. Ao exame dermatológico, evidenciamos na pálpebra superior infiltração e eritema com fina descamação, presença de telangiectasias, além de linfonodomegalia pré-auricular esquerda, discretamente dolorosa à palpação. Musculatura extraocular sem alterações. Exames laboratoriais complementares como hemograma, bioquímica, TSH, FAN, anti-Ro, C3, C4, CH50, CPK, proteína C reativa e VHS sem alterações. Exame histopatológico demonstrou dermatite perivascular superficial e profunda, e de interface, com espessamento da membrana basal (epidérmica e folicular). Aumento de mucopolissacarídeo dérmico foi evidenciado pela coloração do ferro coloidal.

A imunofluorescência demonstrou IgG, IgM, IgA e C3 com padrão granular fortemente positivo ao longo da junção dermoepidérmica compatível com lúpus eritematoso.

Iniciado hidroxicloroquina 400 mg/dia, além de orientações quanto à exposição solar, teve melhora significativa da lesão em quatro semanas.

Discussão

O lúpus eritematoso é uma doença de amplo espectro quanto às manifestações cutâneas e sistêmicas. Com base nas características clínicas, alterações histológicas, achados laboratoriais e estudos de imunofluorescência, diferentes subtipos cutâneos têm sido reconhecidos. Apesar de o edema palpebral ser característica da dermatomiosite, também é descrito em 4,8% dos pacientes com lúpus eritematoso. Ou-



FIGURA 1: INFILTRAÇÃO ERITEMA E FINA DESCAMAÇÃO EM PÁPEBRA SUPERIOR ESQUERDA

Possível Manifestação Inicial Colágeno

tras manifestações do lúpus em pálpebras incluem as lesões de lúpus discoide, profundo e tímido^{4,5}. Lúpus pode causar doenças oculares por uma série de mecanismos, incluindo a deposição de imunocomplexos e outros anticorpos relacionados, vasculite e trombose⁶. Já nas pálpebras, o aumento de mucina na derme explica o edema periorbital. Em geral, as lesões palpebrais pelo lúpus eritematoso respondem bem à terapia oral, mas não à terapia tópica, diferente do acometimento palpebral nas blefarites, sendo este mais um elemento para o diagnóstico diferencial das afecções palpebrais⁷. Assim, os pacientes com edema periorbitário persistentes devem ser submetidos a avaliação histológica e de imunofluorescência, sendo o lúpus eritematoso diagnóstico diferencial. No caso apresentado, o acometimento cutâneo pode ser considerado manifestação inicial de provável quadro sistêmico, o que motiva o acompanhamento clínico desta.



FIGURA 2: SIGNIFICATIVA MELHORA APÓS 4 SEMANAS DE TRATAMENTO

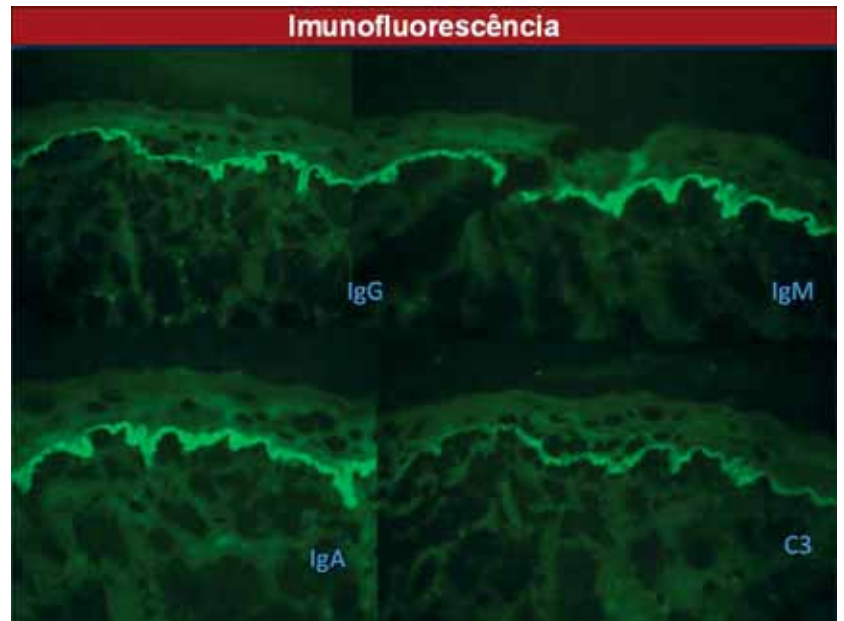


FIGURA 3: PADRÃO GRANULAR FORTEMENTE POSITIVO NA JUNÇÃO EPIDÉRMICA

Referências

- 1 - Tuffanelli DL, Dubois EL. Cutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus. Arch Dermatol 1964; 90: 377-386.
- 2 - JA Gomez-Puerta et al. Periorbital oedema in systemic lupus erythematosus. Lupus (2003) 12, 866-869.
- 3 - Williams WL, Ramos-Caro FA. Acute periorbital mucinosis in discoid lupus erythematosus. J Am Acad Dermatol 1999;41:871-3.
- 4 - Cyran S, Douglass MC, Silverstein JL. Chronic cutaneous lupus erythematosus presenting as periorbital edema and erythema. J Am Acad Dermatol 1992;26(2 Part 2):334-338.
- 5 - Dai YS, Chiu HC. Periorbital heliotrope oedema as the only initial clinical manifestation of systemic lupus erythematosus in a primigravida. Br J Dermatol 2000;143:679-680.
- 6 - Karpik AG, Schwartz MM, Dickey LE, Streeten BW, Roberts JL. Ocular immune reactants in patients dying with systemic lupus erythematosus. Clin Immunol Immunopathol 1985;35:295-312.
- 7 - Huey C, Jakobiec FA, Iwamoto T, Kennedy R, Farmer ER, Green WR. Discoid lupus erythematosus of the eyelids. Ophthalmology 1983;90:1389-98.

Nódulos Eritematosos Migratórios no Tórax

Autores: Sabrina Kahler, Lívia Valente, Marina Bezerra, Cassio Dib, Maria Auxiliadora Jeunon, Thiago Jeunon

Serviço de Dermatologia do Hospital Federal de Bonsucesso

Introdução

Nódulos eritematosos migratórios são uma manifestação frequente de gnatostomíase, que se caracteriza por ser uma parasitose causada pela ingestão da larva do nematódio *Gnathostoma sp.* É adquirida principalmente por meio do consumo de peixes crus de água doce. A espécie que mais frequentemente causa doença no homem é o *Gnathostoma spinigerum*. Durante muito tempo foi uma doença limitada a determinados países asiáticos e da América Central, mas com a globalização, a facilidade de locomoção e a mudança dos hábitos alimentares, cada vez mais se publicam casos da doença em áreas não endêmicas.

Relato do caso

Paciente masculino, médico, casado, 37 anos, natural e procedente do Rio de Janeiro. Em 2005, iniciou com quadro de febre baixa, tosse seca, desconforto abdominal e dor intensa no ombro esquerdo, iniciados 15 dias após viagem ao Tocantins para pesca esportiva, onde ingeriu o peixe cru tucunaré. Sem melhora, foram realizados tomografia de tórax, que evidenciou derrame pleural à esquerda, e hemograma que mostrou eosinofilia. Duas semanas após os exames, surgiram vários trajetos serpiginosos, eritematopapulares e fugazes no dorso (Figura 1), que duraram três dias. Na época, houve suspeita de esquistossomose aguda, sendo realizado tratamento com praziquantel. O quadro durou quatro semanas, evoluindo com melhora. Em dezembro de 2009, o paciente fez uso de albendazol indicado pela pediatra dos filhos como profilaxia para verminoses e, três semanas após, notou o surgimento de lesões cutâneas de caráter migratório. Ao



FIGURA 1: TRAJETOS SERPIGINOSOS ERITEMATOPAPULARES NO DORSO

exame dermatológico, apresentava nódulos eritematosos na região lateral do tórax (Figura 2). Foram solicitados hemograma, que mostrou eosinofilia crescente, e parasitológico de fezes, que foi negativo. Ao exame histopatológico, apresentava derme com infiltrado inflamatório constituído por eosinófilos e neutrófilos (Figura 3). Foi realizada sorologia com duas amostras enviadas para a Tailândia que foram positivas para *Gnathostoma spinigerum*. O tratamento foi realizado com albendazol 800 mg/dia por 21 dias e ivermectina 2mg/kg dose única (dois ciclos de cada).

Discussão

O gnathostoma é um nematodo cilíndrico que habita o estômago de mamíferos, liberando seus ovos nas fezes. Esses ovos são depositados em mananciais de água doce, onde são ingeridos por crustáceos do gênero *Cyclops*. Tais crustáceos são ingeridos por peixes, que, por sua vez, são consumidos pelo homem, este funcionando como





FIGURA 2: NÓDULOS ERITEMATOSOS NA REGIÃO LATERAL DO TÓRAX

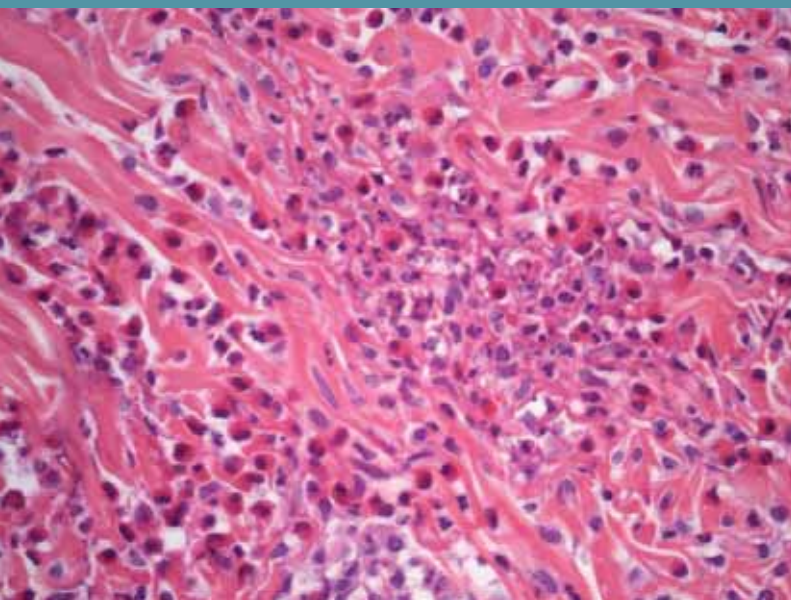


FIGURA 3: DERME COM INFILTRADO INFAMATÓRIO CONSTITUÍDO POR EOSINÓFILOS E NEUTRÓFILOS

um hospedeiro acidental. Esse parasita pode invadir qualquer tecido do corpo, mas os quadros clínicos mais identificados são os de meningoencefalite, de lesões oculares e de lesões cutâneas representadas por nódulos eritematosos migratórios e/ou larva migrans. O diagnóstico é feito pela história epidemiológica, pela presença de lesões cutâneas características e pela sorologia específica, que é de difícil realização em áreas não endêmicas. Além disso, é comum eosinofilia periférica, e as lesões cutâneas têm a característica de piorar ou surgir após o uso de albendazol em doses subterapêuticas.

Referências

- 1 - de Gorgolas Hernandez-Mora M, Fernandez Guerrero, ML. Gnathostomiasis: an increasing disease among travellers. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:190-2.
- 2 - Moore DA, Mccroddan J, Dekumyoy P, Chiodini PL. Gnathostomiasis: An emerging imported disease. *Emerg Infect Dis*. 2003;6:647-50.
- 3 - Del Giudice P, Dellamonica P, Durant J, Rahelinrina V, Grobusch MP, Janitschke K, et al. A case of gnathostomiasis in a European traveller returning from Mexico. *Br J Dermatol*. 2001;145:487-9.
- 4 - Kraivichian K, Nuchprayoon S, Sitichalerchai P, Chaicumpa W, Yentakan S. Treatment of cutaneous gnathostomiasis with ivermectin. *Am J Trop Med Hyg*. 2004;71:623-8.
- 5 - Kravichian P, Kulkumthorn M, Yingyoud P, Akarabovorn P, Paireepai CC. Albendazole for the treatment of human gnathostomiasis. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1992;86:418-21.
- 6 - Nontasut P, Bussaratid V, Chullawichit S, Charoensook N, Visetsuk K. Comparison of ivermectin and albendazole treatment for gnathostomiasis. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2000;31:374-7.
- 7 - Dani M, Mota K, Sanchonette P, Maceira J, Maia C. Gnathostomiasis no Brasil, Relato de caso. *An Bras Dermatol*. 2009;84(4):400-4.

Lesões Dermatológicas em Paciente com Diagnóstico de Lúpus

Autores: Vanessa Ramos, Daniela M. Bringel, Natasha Unterstell, Roberto Souto Silva, Maria de Fátima Scotelaro Alves, Egon Daxbacher.

HUPE / UERJ

Introdução

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica, multissistêmica, de causa desconhecida e de natureza autoimune que apresenta manifestações clínicas polimórficas, com períodos de exacerbações e remissões. Normalmente o diagnóstico é estabelecido por critérios propostos pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR), em 1982 e modificados em 1997, que se baseiam na presença de pelo menos quatro critérios dentre os onze estabelecidos (sensibilidade e especificidade de 96%). Esses critérios podem ter especificidade reduzida em regiões endêmicas para doenças infecciosas crônicas, como o Brasil, endêmico para hanseníase, a qual pode apresentar manifestações clínicas e alterações laboratoriais semelhantes ao LES¹.

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, cinquenta anos, casada, natural do Rio de Janeiro, residente em São Cristóvão, do Iar. Procurou o ambulatório para dar continuidade ao tratamento de LES. Refere início há cinco anos com quadro de poliartrite e poliartralgia intermitente (joelhos, cotovelos e mãos), eritema malar e fotossensibilidade; FAN: 1\ 1280 (padrão nuclear pontilhado fino), Fator Reumatoide positivo (Waller Rose) e anticorpo anti-Ro positivo. Estava há três anos em uso de Hidroxicloquina e Prednisona (5 mg/dia).

Ao exame dermatológico, apresentava eritema malar, máculas e pápulas eritematosas infiltradas na face anterior de tórax com aspecto reticulado (figura 1) e livedo reticular discreto no tronco e membros. A hipótese diagnóstica inicial foi Mucinoses Reticular Eritematosa (REM) associada ao quadro de lúpus. Na admissão a paciente apresentava FAN positivo: 1\640 (padrão nuclear pontilhado fino). A biópsia de lesão

eritematosa do tórax evidenciou: infiltrado mononuclear perianexial e perivascular com presença de histiócitos xantomizados, por vezes formando vacúolos (figura 2). A coloração de Fite evidenciou presença de inúmeros bacilos álcool-ácido resistentes, inclusive formando globias (figura 3). Diante dessas alterações, reavaliamos a paciente e constatamos alterações de sensibilidade nas lesões do tórax, além de espessamento do nervo ulnar. Foi realizado raspado intradérmico positivo em todos os campos, com índice bacilos cópico de 4.2. Feito o diagnóstico de hanseníase borderline virchowiana, iniciamos esquema PQT para multibacilar e optamos por manter o tratamento do lúpus previamente iniciado.

Discussão

A hanseníase é doença infectocontagiosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*. Além das manifestações dermatoneurológicas clássicas, pode, principalmente nas formas multibacilares e nos quadros reacionais, apresentar manifestações clínicas comuns a doenças reumatológicas, como eritema malar, fotossensibilidade, artrite, artralguas, nódulos subcutâneos e glomerulonefrite². Essa semelhança clínica com doenças reumatológicas pode ocorrer também laboratorialmente.

Desde a década de 60 existem publicações caracterizando a positividade de diversos autoanticorpos nos casos de hanseníase^{3,4}. Na década de 80, Azulay publicou o conceito de doença autoagressiva hanseníase, definida como um quadro peculiar de hanseníase, geralmente virchowiana, que apresenta quadro clínico e imunológico de autoagressão. Esta ocorre devido à produção de grande quantidade de autoanticorpos devido à estimulação de linfócitos B, provavelmente por complexos *M. leprae* + "self", com disfunção do linfócito T supressor⁵.

No estudo publicado por Teixeira Junior GJA e colaboradores, que avaliou a aplicação dos critérios diagnósticos de LES em pacientes com hanseníase multibacilar, 16% dos pacientes apresentavam qua-



FIGURA 1: MÁCULAS E PÁPULAS ERYTEMATO-INFILTRADAS NA FACE ANTERIOR DO TÓRAX.

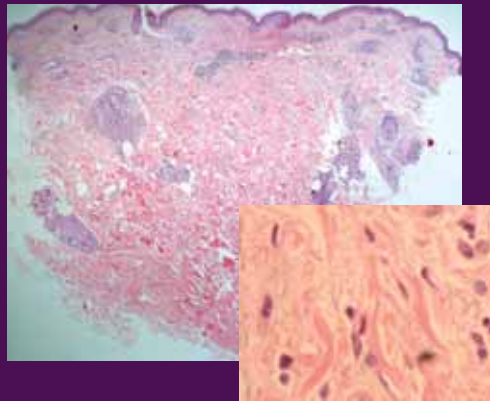


FIGURA 2: COLORAÇÃO HEMATOXILINA-EOSINA: INFILTRADO MONONUCLEAR PERIANEXIAL E PERIVASCULAR COM PRESENÇA DE HISTIÓCITOS XANTOMIZADOS. NO DETALHE: HISTIÓCITOS XANTOMIZADOS

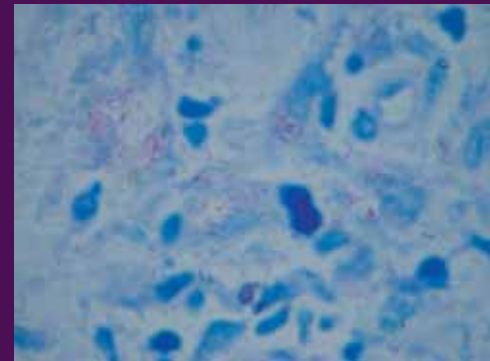


FIGURA 3 : COLORAÇÃO FITE: BACIOS ÁLCOOL - ÁCIDO RESISTENTES, FORMANDO GLOBIAS.

tro ou mais critérios diagnósticos, sugerindo que em áreas onde a hanseníase é endêmica a especificidade desses critérios pode ser menor¹. Neste estudo, o FAN foi positivo em 10% dos pacientes, mas na literatura a positividade do FAN é variável; Dacas. P e colaboradores avaliaram a positividade dos autoanticorpos e a prevalência de manifestações reumáticas em pacientes com hanseníase e encontraram 68,3% com queixas articulares, 55,8% com FAN positivo e 35% com FR positivo⁶.

Existem algumas hipóteses para as alterações imunológicas encontradas na hanseníase, dentre elas: prejuízo na função da célula T, responsável pelo controle da reação imune; hiperreatividade inespecífica das células B e mimetismo molecular entre estruturas da micobactéria e estruturas do hospedeiro, originando reações cruzadas⁶. Existem autores que consideram que a lesão tissular crônica promova a exposição de antígenos anteriormente "escondidos", estimulando a produção de autoanticorpos⁷.

A hanseníase é um importante diagnóstico diferencial de algumas doenças autoimunes, principalmente o LES, portanto, em áreas endêmicas, os médicos devem estar atentos para o diagnóstico precoce, a fim de evitar sequelas e a manutenção da cadeia de transmissão da hanseníase.

Existem relatos da coexistência de hanseníase e LES⁸ e muitas vezes a distinção diagnóstica é um desafio, já que as manifestações clínicas e laboratoriais podem ser muito semelhantes. Dessa forma, são essenciais o

raspado intradérmico, o teste de sensibilidade e o exame histopatológico.

Nossa paciente segue em tratamento com poliquimioterapia multibacilar e será reavaliada quanto ao diagnóstico de lúpus ao final do tratamento da hanseníase. Optamos por não excluir uma associação de doenças, pois atendermos a paciente após cinco anos do início dos sintomas, utilizando corticoide e também pelo fato de não só na literatura, mas também no nosso serviço, existirem casos da co-existência das duas doenças.

Referências

- 1 - Junior GJAT, Silva CEF, Magalhães V. Aplicação dos critérios diagnósticos do lúpus sistêmico em pacientes com hanseníase multibacilar. *Rev Soc Bras Med Trop* 2011; 44(1): 85-90.
- 2 - Pereira HLA, Ribeiro SLE, Sato EI. Manifestações reumáticas da hanseníase. *Acta Reumatol Port* 2008;33: 407-414.
- 3 - Larry J Matthews et al. Clinical e serological profiles in leprosy. *The Lancet*, 1965.
- 4 - L. Bonomo e al. L.E cells and antinuclear factors in leprosy. *Br Med Journal* 1965; 680-690.
- 5 - Azulay RD. Doença autoagressiva hanseniana. *An Bras Dermatol* 1981; 56(3): 159-164
- 6 - Dacas P, Picanso M, Mouchaileh G et al. Autoanticorpos e manifestações reumáticas em pacientes com mal de Hansen. *An Bras Dermatol* 2000; 75(5): 553-561.
- 7 - Torre GI. Autoimmune phenomena in leprosy, particularly antinuclear antibodies and rheumatoid factor. *J Rheumatol* 1993;20(5):900-3.
- 8 - Posner DI, Guill MA. *Coexistent leprosy and lupus*.

Finalmente Votada a Regulamentação da PEC 29

A luta em prol da regulamentação da Emenda Constitucional 29 era uma antiga bandeira dos médicos e das entidades médicas.

O plenário do Senado aprovou, no dia 7/12/2011, o projeto de lei 121/2007, que define o que são considerados gastos em saúde. A proposta, que seguiu para sanção da presidente Dilma Rousseff, regulamenta a Emenda Constitucional 29, aprovada pelo Congresso há 11 anos, e que define percentuais mínimos de investimento em saúde para União, estados e municípios. Esperava-se que o governo federal investisse, no mínimo, 10% de suas receitas na área. Mas, por votação, foi mantida a atual fórmula, segundo a qual a União deve investir o montante do ano anterior mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), o que equivale a 6 - 7%. Os estados precisam aplicar 12% e os municípios 15% de sua receita.

A inovação do projeto de lei está na definição dos investimentos, para evitar que governadores e prefeitos "maquiem" os gastos em saúde pública, incluindo despesas como merenda escolar, limpeza urbana e outras. De acordo com o projeto, são despesas de saúde, por exemplo, as ações de vigilância em saúde (inclusive epidemiológica e sanitária); a capacitação do pessoal do Sistema Único de Saúde (SUS); a produção, compra e distribuição de medicamentos, sangue e derivados; o apoio à gestão do sistema público de saúde; a realização de obras na rede física do SUS; e a remuneração de pessoal em exercício na área.

Em entrevista para o Movimento Participação Médica, em 9/11/2011 (no site), o deputado Darcísio Perondi, presidente da Frente Parlamentar da Saúde, falou sobre a importância da PEC 29 para a Saúde Pública. "No Brasil, gasta-se com saúde o equivalente a R\$ 1,82 por habitante/dia. Para responder à universalidade e à integralidade, precisaria gastar pelo menos R\$ 210 bilhões por ano. Falta muito, pois o orçamento do Ministério da Saúde para 2011 é de apenas R\$ 68,5 bilhões. Com os R\$ 75 bilhões de estados e municípios, faltariam,



ALTIVA LOBÃO SALGADO

ainda, R\$ 66,5 bilhões... Recursos e arrecadação tem... o que precisa é o governo rever suas escolhas. Não precisa um novo imposto. O que precisa é bom senso do governo, que diz que a saúde é prioridade absoluta. Portanto, é muito importante que 10% das receitas correntes brutas da União sejam destinados para a saúde. O Brasil é a sétima economia do mundo e considerado o país do futuro. Mas de nada adianta esse status internacional se não investe o suficiente em saúde.

De acordo com o relatório anual da Organização Mundial de Saúde (OMS), que usa dados de 2008 – os últimos disponíveis, o Brasil é um dos que menos investe em saúde no mundo: 6% de seu orçamento. O gasto é bem inferior que a média africana, de 9,6%. A OMS avaliou 192 países e o Brasil ocupa a vergonhosa e medíocre 151ª posição em gastos com saúde. Com mais recursos destinados à saúde, tudo vai melhorar no setor, inclusive as tabelas de procedimentos do SUS e, com certeza, a remuneração do capital humano que trabalha na saúde, que terá mais oportunidades de emprego e capacitação".

O jornal *O Globo*, em 14 de setembro de 2011, noticiou que o governo federal contabilizou R\$ 2,3 bilhões entre 2002 e 2011 desviados da Saúde, número expressivo que equivale a 3.205 fraudes identificadas pelo Ministério da Saúde. Para o Ministério Público Federal, recuperar esse dinheiro é tarefa difícil, assim como a persecução dos criminosos. Na maioria das vezes, são prefeitos, secretários de Saúde ou donos de clínicas e hospitais que prestam serviços ao SUS. O Departamento Nacional de Auditoria do SUS levantou um mar de desvios de 2001 a 2003, e só em 2010 o processo administrativo chegou ao TCU. A presidente da União Nacional dos Auditores do SUS diz que a estrutura de controle do dinheiro é mínima em comparação ao volume do dinheiro auditado.

Há de se ter realmente vontade política para resolver os problemas de saúde pública do país.

5 Dia do Dermatologista

1 a 3 XIV Jornada de Dermatologia Cosmiátrica da
Policlínica Geral do Rio de Janeiro e II
Curso Terapêutica e Prática em Cosmiatria
e Laser
Local: Colégio Brasileiro de Cirurgições

10 Curso de Correlação Clínico-Patológica em Dermatologia 2012
Local: Hospital Federal da Lagoa

12 Reunião Mensal da SBD Fluminense
Local: Hospital Antonio Pedro

28 Reunião Mensal da SBDRJ
Local: Colégio Brasileiro de Cirurgiões

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

O MELHOR DA PROTEÇÃO SOLAR
EM UMA TEXTURA INOVADORA

INOVAÇÃO

ANTHELIOS UNIFIANT
MOUSSE COM COR FPS 50

Ultra proteção
UVB FPS 50 UVA PPD 21.

Uniformiza a tonalidade e o relevo da pele.

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

50

ANTHELIOS UNFAM
Hilfblock®

HOMOGENEITÀ E TONALITÀ
E ALTA CROCEVO DA BELLE

1000

4000
 4000
 4000

Assine: www.portaldodermatologista.com.br
A SAÚDE-POSA É EXIGÊNCIA DERMATOLÓGICA

O tratamento do Herpes labial
nunca mais será o mesmo.

Dermacerium HS Gel
nitrato de cério 0,4% e
sulfadiazina de prata 1%

Gel Transparente* | Antiviral¹⁻⁵ | Antimicrobiano⁶⁻⁸ | Cicatrizante⁹⁻¹⁴

Estudo comparativo duplo-cego^{4,5} demonstrou a superioridade do Dermacerium HS Gel® sobre o Aciclovir no controle dos sinais e sintomas do Herpes labial.

*Gel transparente em contato com a pele.

Dermacerium HS Gel® x Aciclovir

Redução da Sensação de Parestesia (em 5 dias)



Redução dos Sinais de Edema e Eritema (em 5 dias)



Apresentação: **15 g.**

Maior comodidade posológica: Aplicar apenas **três** vezes ao dia.

Maior adesão do paciente ao tratamento.



VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA – SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA.

Gráfico ilustrativo da representação comparativa de Redução da Sensação de Parestesia e de Redução dos Sinais de Edema e Eritema em percentual, levando-se em consideração o período de 5 dias ininterrupto de utilização do produto.

Fonte: Revista Brasileira de Medicina - Volume 61 - Nº 8 - Página 543-547 - Agosto 2004 - Dadalti P, Guarnão M, Gonçalves A, Mesquita M, Rapi L, Serra F, Lupi O. Estudo comparativo entre a aplicação tópica de sulfadiazina de prata + nitrato de cério e aciclovir no tratamento do Herpes labial.

Dermacerium HS Gel® – Contraindicações: Devido à possibilidade de "Kernicterus" (potencializado pelas Sulfonamidas) seu uso não é recomendado, em caso de: gravidez a termo, crianças prematuras e recém-natos até o segundo mês de vida. O uso deve ser cuidadosamente observado em pacientes que apresentam hipersensibilidade às Sulfas e aos demais componentes da formulação. Por existirem poucos dados sobre a sua passagem pelo leite materno, também não é recomendado em mulheres que estejam amamentando. **Interações Medicamentosas:** Na forma de apresentação do produto, não apresenta interações conhecidas com outros medicamentos. Contudo é relatado na literatura médica, um risco aumentado de leucopenia em pacientes em uso de cimetidina, concomitante ao uso tópico de sulfadiazina de prata. É descrita também a inativação pela sulfadiazina de prata de agentes desbridantes enzimáticos.

Dermacerium HS Gel® – sulfadiazina de prata micronizada 1% e nitrato de cério 0,4% - USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 02 MESES. Indicações: Antimicrobiano, antiviral e cicatrizante tópico indicado no tratamento de lesões da pele e das mucosas, causadas por infecções pelo vírus herpes simples tipo 1 (HSV 1), vírus simples tipo 2 (HSV 2) e vírus da varicela zoster (VZV) em casos de herpes zoster. **Contraindicações:** Devido à possibilidade de "Kernicterus" (potencializado pelas Sulfonamidas) seu uso não é recomendado, em caso de: gravidez a termo, crianças prematuras e recém-natos até o segundo mês de vida. O uso deve ser cuidadosamente observado em pacientes que apresentam hipersensibilidade às Sulfas e aos demais componentes da formulação. Por existirem poucos dados sobre a sua passagem pelo leite materno, também não é recomendado em mulheres que estejam amamentando. **Reações Adversas:** Raros casos de leucopenia transitória foram relatados em pacientes recebendo terapia com sulfadiazina de prata. Em geral ocorrendo entre 3 (três) a 4 (quatro) dias do início do tratamento, com retorno aos níveis normais de 5 (cinco) a 7 (sete) dias, mesmo com a manutenção da terapia. Foram relatados casos esporádicos de metahemoglobinemia, com regressão 24 horas após a suspensão do nitrato de cério. Raríssimos casos de hiperemolizabilidade, devido à presença de propilenoglicol na formulação do veículo cremoso, foram relatados em crianças utilizando cremes de sulfadiazina de prata. Raros episódios de aumento da sensibilidade à luz solar ou "rash cutâneo" foram relatados. Há relatos de argíria, descoloração da pele ou mucosas secundária à deposição do metal prata, após a utilização tópica de creme de sulfadiazina de prata por longos períodos. Houve um relato de neuropatia sensorial e motora relacionado à aplicação de sulfadiazina de prata em úlceras de perna por longo período, embora tal quadro tenha sido descrito como raro e reversível. Foi relatado um único caso de reação cutânea granulomatosa ao Cério, caracterizada pelo aparecimento de lesões pápulo-nodulares acometendo as áreas onde havia sido aplicado o produto. Se uma reação alérgica ou disfunção renal ou hepática ocorrer, a descontinuidade da terapia deve ser considerada, até que a causa seja definida. **Cuidados e Advertências:** Devido à possibilidade aumentada de Kernicterus relacionado ao uso de Sulfonamidas, atenção especial deve ser dada nos seguintes casos: Gravidez a termo, crianças prematuras e recém-natos até o segundo mês de vida. Estudos cientificamente controlados em pacientes grávidas não foram realizados. No entanto, as sulfonamidas, quando absorvidas, podem representar um risco de "Kernicterus" ao neonato. Pacientes sensíveis a outras sulfonamidas podem apresentar sensibilidade a este medicamento. Quando do uso em áreas muito extensas de superfície corporal, a monitoração dos níveis séricos da Sulfas e da função renal tornam-se relevantes, apesar da pouca absorção do produto. Enquanto a sulfadiazina de prata está exercendo seu efeito por sobre a superfície lesada, alguma proliferação fúngica dentro ou abaixo da escara pode ocorrer, no entanto a incidência de super infecções fúngicas clinicamente notificadas é bastante rara. Não foram encontrados relatos específicos na literatura médica acerca do uso em pacientes idosos, contudo estes pacientes só devem fazer uso do medicamento sob orientação médica. Observar as precauções, contra-indicações, advertências e só administrar a posologia prescrita pelo médico. **Posologia:** Aplicar uma camada do medicamento sobre as lesões três vezes ao dia até que estejam completamente cicatrizadas. Utilizar **Dermacerium HS Gel®** até a cicatrização da lesão. **Apresentação:** Bisnaga de 15g. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA – SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA.** Reg. M.S. nº 1.1836.0006.

Referências Bibliográficas: 1. Chang T.W., Weinstein L. Prevention of Ceratoconjunctivitis in Rabbits by Silver Sulphadiazine. Antimicrobial Agents and Chemotherapy. v. 8, p. 677-78, 1975. 2. Chang T.W. Antiherpesviral activity of silver sulfadiazine. J Cut Pathol 2, 320-321, 1975. 3. Chang T.W., Weinstein L. In Vitro Activity of Silver Sulfadiazine against Herpesvirus Hominis. The Journal of Infectious Diseases. v. 132, n. 1, p. 79-81, 1975. 4. Dadalti P, Guarnão M, Gonçalves AO, Mesquita A, Rapi L, Serra F, Lupi O. Estudo comparativo entre a aplicação tópica de sulfadiazina de prata e nitrato de cério e aciclovir no tratamento do herpes labial. Rev. Bras. Med., 61,8, 2004. 5. Lupi O, Guarnão M, Gonçalves A, Dadalti P. Comparative trial of topical application of silver sulphadiazine 1% + cerium nitrate 0.4% and acyclovir in labial herpes simplex lesions. Supp. to The Journal of the American Academy of Dermatology 2007, 56(2): AB12. 6. Carr H, Włodkowski TJ and Rosenkranz HS. Silver Sulfadiazine: In Vitro Antibacterial Activity. Antimicrobial Agents & Chemotherapy 1973; 585-587. 7. Coward JE, Carr HS et al. Silver Sulfadiazine: Effect on the Growth and Ultrastructure of Staphylococci. Chemotherapy 1973; 19: 348-353. 8. Nangia AK, Hung CT, and Lim JKC. Silver Sulfadiazine in the management of burns - an update. Drugs of today 1987; 23: 21-30. 9. Bishop JB et al. A prospective randomized evaluator-blinded trial of two potential wound healing agents for the treatment of venous stasis ulcers. Journal Vascular Surgery 1992; 16: 2: 251-257. 10. Lansdown ABG, et al. Silver aids healing in the sterile skin wound: experimental studies in the laboratory rat. British Journal of Dermatology 1997; 137:728-735. 11. Kjoseth D et al. Comparison of the effects of commonly used wound agents on epithelialization and neovascularization. Journal of the American College of Surgeons 1994; 179: 305-12. 12. Boeckx W et al. Effect of cerium nitrate-silver sulphadiazine on deep dermal burns: a histological hypothesis. Burns (1992) 18, (6), 456-462. 13. Desidério VL, Aguiar Lopes RG, Dadalti P. Estudo evolutivo de úlceras venosas e mal perfurante plantar após tratamento tópico da associação de Sulfadiazina de Prata e Nitrato de Cério. Rev Angiol Cir Vasc, 2001; 4, 131-136. 14. Abdalla S, Dadalti P. Uso de Sulfadiazina de prata associada ao nitrato de cério em úlceras venosas: relato de dois casos. An Bras Dermatol 2003; 78:227-33.

Silvestre Labs Química & Farmacéutica Ltda.
Av. Carlos Chagas Filho, 791 - Pólo de Biotecnologia do Rio de Janeiro - Cidade Universitária
Ilha do Fundão - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 21941-904 - Tel.: (21) 2142-7777
Fax: (21) 2142-7734 - silvestrelabs@silvestrelabs.com.br - www.silvestrelabs.com.br

