

16 RIO DERMATOLOGICO

Medicina e Ética - um Convite à Reflexão

Prova especial para Sócio Contribuinte

Entrevista: Dermatologista no Ministério da Saúde

Novo site bate recorde de visitação



Prezados associados,

03 Editorial

04 Sinais

Perfil: Anderson de Barros Abreu

Conferência Brasileira sobre Melanoma

06 Por Dentro dos Departamentos

Sócio Contribuinte

07 Clique SBD-RJ

Novo site bate recorde de visitação!

08 Diálogos

Ministério da Saúde prestigia Dermatologista

12 Matéria de capa

Um Convite à Reflexão

14 Espaço aberto

Não às Áreas de Atuação

15 Caso em Destaque

Doença de Mucha-Habermann

Leishmaniose Tegumentar com Lesões

Crostosas Exuberantes

20 Dermatoscopia

Abordagem das Lesões Pigmentadas

e Métodos Analíticos

22 Ethos

Convênios: Ainda Longe

de uma Solução Adequada

23 Agenda

A FAMÍLIA FISIOGEL
NÃO PÁRA DE CRESCER


Fisiogel®
Loção Cremosa
240ml


Fisiogel®
Creme 60g


Fisiogel®
Sabonete Líquido
150ml


Fisiogel®
Loção Cremosa
120ml


Fisiogel® A.F.
Creme 30g

 **STIEFEL®**
Pesquisa em Dermatologia

www.stiefel.com.br
SAC: 0800 7043189



Todo mundo vai
querer estar na pele
da sua paciente.



Linha Cetaphil.
Limpeza e hidratação para peles
sensíveis de todos os tipos.

SAC
0800 0155552
www.galderma.com

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology

www.galderma.com.br



Enbrel
etanercepte

É diferente[™]

- Medicamento biológico indicado para o tratamento da psoríase e da artrite psoriásica*
- Enbrel[®](etanercepte) tem melhor perfil de segurança comparado a outros anti-TNF^{*}

*Referências bibliográficas: 1. Furst DE, Wollis R, Swartz R, Swartz R. Tumor necrosis factor antagonists: different clinical and/or mechanisms of action may explain differences in the risk for developing granulomatous infections. Semin Arthritis Rheum. In press 2005. 2. Cohen R. In: Fundamental Immunology. William H. Stites and John A. Goldfarb, eds. 1995. Chapter 22:1057-1068. 3. Gellatly SL. Rheumatoid Arthritis (Enbrel[®]/etanercepte): the first decade (1993-2003). Expert Rev Anticancer Ther 2003; 3(6):767-774. 4. Schumacher HR, et al. Biology of tumor necrosis factor- α . In: Biology of tumor necrosis factor. Enbrel[®] (etanercepte). Expert Opin Biol Ther 2004; 4(1):1-10. 5. Biele de gouveia. Enbrel. Med 2004; 12(11):0206. 6. Ankylosing Spondylitis. Immunobiologicals in psoriasis. In: Consensus treatment of psoriasis a guide to treatment. St. Raphael's Dermosol. 2004, pp.7-91.

SaC
0800-180025
sac@wyeth.com

Wyeth Indústria Farmacológica Ltda.
Rua Dr. Renato Pires de Moraes, 1.017 - Itaim Bôa - CEP 04530-001
São Paulo - SP - Brasil

Wyeth[®]

RIO DERMATOLÓGICO

Publicação oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia
Regional do Rio de Janeiro • Ano 16 • Edição jul/ago/set 2007

Rua México, 31/204, Grupo D • CEP 20031 144 • Rio de Janeiro, RJ • Tel. 21 2263 4811 • Fax 21 2263 5182 • www.sbdjr.org.br • e-mail sbdjr@sbdjr.org.br

Presidente **Celso Tavares Sodré** • Vice-presidente **João Carlos Avelleira**

Secretário Geral **Carlos Baptista Barcaui** • Secretária de Sessões **Flávia Freire Cássia** • Tesoureiro **Francisco Burnier Pereira** • Assessores de Diretoria **Andréa Gurfinkel**, **David Azulay** e **Roberto Barbosa Lima** • Conselho Consultivo **Abdiel Figueira Lima**, **Absalom Lima Filgueiras**, **Aloysio Pacheco Argollo**, **Antonio de Souza Marques**, **Danilo Vicente Filgueiras**, **Gabriela Lowy**, **José Moreira Carrijo**, **José Ramon Varela Blanco**, **Luna Azulay Abuláfia**, **Manoel Paes de Oliveira Neto**, **Manoel Sternick**, **Marcia Ramos e Silva**, **Marcus Achiamé Peryassú**, **Maria de Lourdes Viegas**, **Omar Lupi**, **Rene Garrido Neves** • Comissão Científica **Andréa Cabral de Menezes Gurfinkel**, **Eliane de Dios Abad**, **Gabriela Lowy**, **Luna Azulay Abuláfia**, **Maria Leide Wand Del Rey de Oliveira** • Comissão de Ética e Defesa Profissional **Abdiel Filgueira Lima**, **Sérgio Soares Quinete**, **Flávio Barbosa Luz**, **Márcio Soares Serra**, **Ângela Gasparini** • Delegados **Altiva Lobão**, **Ana Maria Mósca de Cerqueira**, **Antonio Macedo D'Acri**, **Carlos Baptista Barcaui**, **Claudia Pires Amaral Maia**, **Cleide Eiko Ishida**, **David Rubem Azulay**, **Flávio Barbosa Luz**, **João Carlos Avelleira**, **Márcio Soares Serra** • Suplentes **Flávia Freire Cássia**, **Francisco Burnier**, **Andréa Mateus**, **Ivan Semenovitch**, **Absalom Lima Filgueira** • Comissão Editorial **Diretoria da SBD-RJ e David Rubem Azulay** • Coordenação Adjunta **Andréa Gurfinkel** • Produção **Grevy Conti Designers** • www.grevyconti.com.br • Jornalista Responsável **Otacílio Barros (MT 14041)** • Tiragem – 6.000 Exemplares • Distribuição – Gratuita

Os conceitos e opiniões emitidos são de responsabilidade exclusiva dos autores. Em cumprimento à legislação vigente, ratificamos que essa 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).

Ecoss do 62º Congresso da SBD

Durante a reunião do Conselho Deliberativo da SBD em SP, a cidade do Rio de Janeiro foi escolhida como sede para o 65º Congresso da Sociedade Brasileira de Dermatologia que se realizará no ano de 2010. Graças a uma apresentação bem preparada pelo presidente da nossa regional, foi conquistado este direito após duas tentativas em anos anteriores. Em 2010 estaríamos completando 18 anos sem sediar o maior evento da nossa sociedade.

Duas chapas se apresentaram e foram homologadas para concorrer à presidência e vice-presidência da SBD para o biênio 2009/2010 e constituídas respectivamente por Silmara Cestari (SP) e Celso Sodré (RJ) ou Omar Lupi (RJ) e Bogdana Kadunc (SP). As eleições ocorrerão em

meados de 2008 e, como de costume, será através do voto direto.

A anuidade para 2008 da SBD será majorada segundo o menor índice oficial da inflação de 2007.

Na última reunião do Conselho Deliberativo da Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica realizada durante o Congresso da SBD em SP, a cidade do Rio de Janeiro também foi escolhida como sede para o Congresso anual da SBCD no ano de 2010. Este congresso já ocorreu no Rio em 2001 e foi um grande sucesso. A oportunidade de termos novamente este grande evento em nossa cidade proporcionará, também, uma nova evolução na Cirurgia Dermatológica carioca.

Perfil: Anderson de Barros Abreu

O perfil dessa edição do Jornal da SBD-Rio é do Dr. Anderson de Barros Abreu. O perfil se inicia com sua resposta sobre o por que de ter escolhido Medicina como sua profissão.

Ele lembra que, após desistir de ser economista e com a influência de dois irmãos, no momento em que um se formava como médico (UERJ) e o outro entrava na faculdade de medicina da UFRJ no ano de 1968 decidiu então sair da sua cidade (Muriaé, MG), para o Rio de Janeiro com a vontade de ser médico e conseguiu fazer o seu curso na UFRJ nos anos de 1970 a 1975.

Já na escolha da Dermatologia, o Dr. Anderson afirma que foram duas influências: a primeira durante os dois anos em que participou da monitoria de Micologia e Parasitologia, no terceiro e quarto anos da faculdade, e no quinto ter frequentado o Ambulatório com o Professor José Lisboa Miranda, que foi um grande entusiasta para ele se tornar dermatologista.

Após a residência no Pavilhão São Miguel (Santa Casa RJ), durante onze anos, trabalhou em vários locais, como Hospital Central da Marinha, Hospital de Bonsucesso, Hospital de Curupaiti etc, no Rio de Janeiro.



Depois ele mudou-se para a cidade de Cabo Frio onde está há vinte anos, sempre no atendimento de dermatologia.

Apesar da dermatologia ser uma especialidade em franca evolução, principalmente nas áreas de Estética e Cirurgia, o Dr Anderson preferiu manter seus atendimentos na Dermatologia Clínica.

Como trabalha e mora numa cidade do interior, procura se atualizar, sempre que possível, participando de congressos, simpósios e reuniões, principalmente das Regionais da SBD RJ e Fluminense, que considera de excelente nível.

O Dr Anderson de Barros Abreu é casado com uma pediatra há 27 anos, tem uma filha (Roberta), também médica, formada pela UERJ, no momento fazendo residência em Pediatria (segundo ano) na UFF.

No que diz respeito ao lazer, ele gosta de assistir a uma boa peça de teatro ou a um bom filme e ir a festa que tenha músicas dos anos 70 e 80, as quais a sua mulher gosta muito de dançar. Revela ainda, que também gosta muito de viajar.

Fibroblastos

No dia primeiro de agosto foi realizado, no Jockey Club, o simpósio sobre implante autólogo de fibroblastos. No evento, falaram o Dr. Hans Fernando Dohmann, diretor executivo da empresa Excellion e diretor científico do Hospital Pró-Cardíaco; o Dr. Radovan Borojevic, diretor técnico científico da empresa Excellion e professor titular do Departamento de Histologia e Embriologia da UFRJ e Dra. Neide Kalil Gaspar, professora titular de Dermatologia da UFF e uma das pesquisadoras envolvidas no desenvolvimento da técnica no Rio de Janeiro.

Inicialmente, foi possível conhecer um pouco da infraestrutura do laboratório, assim como a diversidade de atuação de seus pesquisadores nos campos de terapia celular e regeneração de tecidos cutâneos em queimaduras graves, epidermolise bolhosa distrófica e tratamento de úlceras venosas.

A proposta de rejuvenescimento através do implante autólogo de fibroblastos já vem sendo estudada desde 1995 em centros da Europa e Estados Unidos e, recentemente, em março de 2007, foi publicado um artigo no Dermatology Surgery, onde são demonstrados e discutidos os resultados de um estudo clínico fase três.



PROFESSORES NEIDE KALIL E CELSO SODRÉ DURANTE O EVENTO

O procedimento consiste na realização de uma biópsia de área fotoprottegida, geralmente occipital; o material é imediatamente colocado no meio adequado e enviado ao laboratório para realização da cultura. Em tempo variável de 30 a 40 dias já é possível a realização do implante dos fibroblastos. A aplicação é realizada com anestesia tópica e o protocolo varia de acordo com as características do paciente, podendo inclusive ser injetado na área palpebral. São em média três aplicações com intervalo mínimo de 15 a 20 dias. De acordo com o laboratório, o efeito final aparecerá algumas semanas após a última sessão, tendendo a permanecer por pelo menos cinco anos.

Durante a discussão, foram levantadas questões sobre as perspectivas do tratamento, evolução clínica, custos e a possibilidade de hipercorreção, que foi descartada. Também foi abordado o projeto de um banco para armazenamento do material de pacientes jovens para posterior aplicação. Em relação à idade do paciente, não parece haver restrição, mas pacientes jovens tendem a apresentar resposta mais satisfatória, enquanto pacientes tabagistas têm resultados inferiores.

Embora tenha ficado clara a seriedade e credibilidade dos profissionais envolvidos, como em todo tratamento emergente, algumas questões relacionadas ao seguimento e critérios objetivos de aferição de melhora estão por vir. Os primeiros tratamentos realizados no Rio de Janeiro, pioneiro da técnica no Brasil, mostraram resultados significativos e promissores, indicando que a terapia celular na Dermatologia, assim como em outras áreas da Medicina, vem se consolidando e revolucionando a especialidade.

Claudia Alcantara
Coordenadora do Departamento de LASER

Conferência Brasileira sobre Melanoma

Entre os dias 16 e 18 de agosto passado realizou-se a 7ª Conferência Brasileira sobre Melanoma, em Porto Alegre-RS. Essa Conferência, assim como todas as atividades do Grupo Brasileiro de Melanoma, tem como principal característica o fato de ser multidisciplinar. Colegas de diversas especialidades, na maior parte dermatolo-

gistas, puderam trocar experiências e fazer uma boa atualização sobre o tema. Durante o congresso foi eleito como novo delegado do GBM-RJ o Dr. Francisco Burnier C. Pereira e a cidade do Rio de Janeiro foi eleita para sediar a 9ª Conferência em 2011. A dermatologia carioca está de parabéns!

Os encontros durante as reuniões mensais com os coordenadores dos departamentos continuam a ocorrer. Confira na programação mensal.

Departamento de Micologia

Coordenadora Dr^a Rosane Orofino

- 1 Causas e tratamento da *tinea corporis* recidivante?
- 2 Profilaxia da *tinea pedis*?
- 3 Como proceder com pacientes que apresentam recidivas frequentes de pitíriase versicolor?

Departamento de Dermatopatologia/Dermatoscopia

Coordenador Dr. Juan Piñeiro-Maceira

- 1 A primeira consulta recebida foi referente aos acessórios disponíveis para a documentação de casos observados através do dermatoscópio motivada pelo crescente emprego da dermatoscopia no dia-a-dia do dermatologista.
- 2 Também houve interesse no agendamento da discussão conjunta de caso de interesse científico oriundo de Hospital Universitário/Serviço Credenciado com necessidade de obtenção de uma segunda opinião sobre os aspectos histopatológicos.
- 3 Finalmente foram solicitados esclarecimentos sobre a utilização da imunofluorescência direta na investigação do diagnóstico diferencial de dermatoses bolhosas.

Departamento de LASER

Coordenadora Dr^a Cláudia Alcântara

- 1 O laser é uma boa opção no tratamento das estrias?

- 2 No caso de dermatologistas com muitos anos de formação clínica e que desejam iniciar a prática do laser no consultório, qual seria a orientação?

Departamento de Cosmiatria

Coordenador Dr. Marcelo Molinaro

- 1 Qual a melhor forma de aplicarmos a toxina botulínica na região supralabial?
- 2 O que mais posso fazer para auxiliar o tratamento de uma complicação de caráter alérgico por preenchimento com ácido hialurônico, após sucessivas aplicações de corticoterapia intralesional e uso de corticóide oral?

Departamento de Cirurgia Dermatológica

Coordenador Dr. Sérgio S. Serpa

- 1 Qual o método cirúrgico mais eficaz para o tratamento dos siringomas?
- 2 Quais os tempos de congelamento a serem empregados na criocirurgia?

Departamento de Medicina Interna

Coordenadores Drs. Alexandre Gripp e Cássio Dib

- 1 Todos os pacientes que apresentam eritrodermia precisam de internação hospitalar?
- 2 Como devo proceder para substituir o tratamento sistêmico na psoríase?
- 3 Qual a melhor opção antibiótica para o tratamento de infecções de partes moles adquiridas na comunidade?

Leia este artigo na íntegra no site
www.sbd-rj.org.br

Sócio Contribuinte

APROVEITEM A OPORTUNIDADE!

A Associação Médica Brasileira (AMB) autorizou em caráter de exceção, a realização de exame de suficiência denominado “categoria especial” em dermatologia, assim como para outras especialidades.

Esse exame tem como objetivo maior criar a oportunidade para que o sócio contribuinte antigo das diversas sociedades possa se tornar sócio efetivo. O que, evidentemente, é interessante tanto para estes sócios bem como para as próprias sociedades.

Pré-requisitos para se habilitar a essa grande oportunidade: ter CRM; ter mais de 15 anos de formado em medicina; estar praticando a especialidade por período de tempo duas vezes maior que o período estabelecido como período de formação na especialidade, ou seja, seis anos no nosso caso; ser apresentado por dois membros da SBD da região (cidade ou estado), que devem descrever as atividades profissionais do candidato.

A comissão de Título de Especialista da SBD formulará o edital até o final do ano e o exame terá de ser realizado, impreterivelmente, até julho de 2008.



Novo site bate recorde de visitaçã

A renovação do site da SBD-RJ já está trazendo resultados positivos. No mês de agosto, comemoramos a maior visitaçã já recebida até hoje, representando um aumento de mais de 200% em relaçaã a agosto de 2006.

Isso nos mostra que os caminhos que escolhemos têm sido acertados e nos recompensa pelo exaustivo trabalho realizado para conseguirmos adequar o novo site ainda nos primeiros meses de gestã, trazendo uma “nova cara” para a SBD-RJ na Internet, à altura da qualidade e importãcia da nossa regional.

Apesar dos resultados indicarem acertos, para que possamos fazer o nosso site ficar cada vez melhor e do jeito que vocẽ quer, precisamos saber a sua opiniã, sugestã ou crítica. Se vocẽ ainda nã visitou o site, visite e mande a sua mensagem atravẽs do link “Fale com a Diretoria”.

Atualize seus dados do consultório

O serviço “Procure um Associado da SBD-RJ” permite que os nossos visitantes encontrem um associado para uma consulta tanto na cidade do Rio de Janeiro como nos outros municĩpios onde residem associados desta regional, fazendo pesquisas pela cidade ou bairro de interesse.

O serviço valoriza quem ẽ associado pois tambẽm permite que o pũblico geral confirme se o seu derma-

tologista ẽ filiado à SBD-RJ, ao fazer uma pesquisa pelo nome.

No entanto, muitos mĩdicos estã com seus dados incompletos e, apesar do seu nome constar na lista, nã estã disponĩveis o endereço e o telefone para que os visitantes possam agendar uma consulta.

Por isso, solicitamos que vocẽ acesse a Área do Associado e atualize seus dados. Se vocẽ trabalha em mais de um consultório, pode cadastrar atẽ 3 endereços diferentes. ẽ fãcil e rãpido.

Os melhores casos clĩnicos

Na reuniã mensal da SBD-RJ, que ocorre sempre na última quarta-feira do mĩs, são apresentados os melhores casos dos serviços credenciados. As apresentações concorrem a um prẽmio no final do ano e os casos são sempre escolhidos a dedo e preparados com muito esmero, produzindo trabalhos de altĩssimo padrã de qualidade.

Na Área do Associado, vocẽ pode ver os melhores casos de 2006 e o vencedor do ano, escolhendo no menu o item “Casos Vencedores”. Vale a pena conferir.

Aguardamos vocẽs em www.sbd-rj.org.br

Roberto Barbosa Lima.
Coordenador de Mĩdia Eletrônica



Ministério da Saúde prestigia Dermatologista



É uma honra para a SBD ter um de seus membros ocupando um cargo tão importante no Ministério da Saúde. O novo titular da Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde (SVS), Dr. Gerson Penna, construiu uma sólida carreira na área da saúde. Graduou-se em Medicina pela Universidade Federal do Pará, em 1984, com especialização em dermatologia e dermatologia tropical pela mesma universidade. Mais tarde, especializou-se em planejamento estratégico e recebeu o Grau de Doutor em Medicina Tropical pela Universidade de Brasília.

Com perfil técnico e conhecimento acumulado ao longo de anos de atuação na área, já ocupou cargos estratégicos, como o de diretor da Fundação Oswaldo Cruz, em Brasília, Assessor Especial do Ministro da Saúde Adib Jatene e Diretor do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI, que deu origem à Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde). Foi ainda diretor da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Atuou e ainda atua como consultor de diversas instituições da área de pesquisa, entre elas, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, e a Organização Mundial da Saúde.

Em entrevista ao Rio Dermatológico, o Dr. Gerson Penna falou das numerosas e variadas atribuições da SVS e disse que, no novo cargo, vai continuar atuando para aproximar a SDB dos órgãos formuladores da política de saúde.



... havia uma cadeira optativa chamada hansenologia, que com forte conteúdo de imunologia, mudou meus planos pra sempre e me tornei dermatologista.”

O que o levou a morar em Brasília após se tornar médico?

Eu trabalhava na Secretaria de Saúde do Pará, no programa de Saúde do Escolar, e juntamente com colegas dermatologistas de Belém, entre eles Rosemary Góes, iniciamos um projeto de tratamento de pacientes de hanseníase com poli-quimioterapia, orientados pelo Sinésio Talhari.

Nesta altura, era a nova república, 1986, e a Profª Maria Leide Oliveria dirigia a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS), no Ministério da Saúde que tomara a decisão de expandir estes esquemas terapêuticos para todo o país; então ao seu convite vim para a DNDS.

Pessoas deste quilate em minha vida profissional foram fundamentais em minha formação como trabalhador da Saúde Pública. Agregam-se a estes nomes Iacy Nazareth, Mário Miranda, Opromolla, Adib Jatene, René Garrido Neves, entre tantos outros, na forma dos quais me orgulho ter sido forjado.

Por que o senhor se interessou pela Dermatologia?

Há em minha família um cirurgião plástico e achávamos que eu iria ser um deles. Então..., ainda no quarto ano de graduação, havia uma cadeira optativa chamada hansenologia, que com forte conteúdo de imunologia, mudou meus planos pra sempre e me tornei dermatologista.

Qual o tema da sua tese de doutoramento?

Um ensaio clínico envolvendo o uso da talidomida no Eritema Nodoso Hansênico, pelas mãos das Professoras Vanize Macedo e Celina Martelli e, com enorme colaboração do Instituto de Patologia Tropical da Universidade Federal de Goiás e da Fundação Alfredo da Matta em Manaus.

Qual foi a razão do convite para assumir a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde?

Foi uma escolha pessoal do Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, em função do perfil técnico requerido à função e ao acúmulo de conhecimento adquirido em anos de atuação nesta área.

Qual é a função da Secretaria?

A Secretaria de Vigilância em Saúde tem um papel estratégico na política de saúde do Estado. É ela que coordena ações de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde. As atribuições da Secretaria incluem a coordenação nacional de programas relevantes, como os de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, dengue, malária, hepatites virais, hanseníase, tuberculose, leishmaniose entre outras. A SVS coordena também o Programa Nacional de Imunizações (PNI), a rede nacional de laboratórios de saúde pública e é responsável pela resposta aos surtos de doenças de relevância nacional e internacional. Fiscaliza a aplicação do Regulamento Sanitário Internacional.

Além disso, a Secretaria é responsável pela gestão do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde e da Política Nacional de Promoção à Saúde. E esta assumindo a coordenação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Quais os principais aspectos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador?

Em vigor desde 2004, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde visa à redução dos acidentes e doenças que acometem trabalhadores mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. A Política abrange os setores formal e informal, assalariados e não remunerados, incluindo domésticos, autônomos, cooperados, temporários, servidores públicos, empregadores, aprendizes, estagiários, desempregados e aposentados.

Suas diretrizes compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações.

No campo da dermatologia, as dermatoses ocupacionais, diagnosticadas pelo Sistema Único de Saúde são de notificação compulsória (Portaria Ministerial nº 777 de 28 de abril de 2004). A notificação deve ocorrer por

meio do envio de ficha de notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A portaria determina ainda a criação de uma Rede de Unidades Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho, constituída por 150 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e/ou atenção de média e alta complexidade, além de serviços de atenção básica e de média complexidade.

Quais os maiores desafios que você vislumbra nesta nova função?

Pelas atribuições acima descritas, a Secretaria de Vigilância em Saúde é a Secretaria fim de saúde Pública do Ministério da Saúde, assumindo um papel estratégico na conformação do estado brasileiro. Como exemplos de desafios, posso exemplificar a implantação do Regulamento Sanitário Internacional, recentemente aprovado pela Assembléia Mundial da Saúde e ratificado pelo Congresso Nacional; a conformação do Centro Nacional de Vigilância em Saúde

“... esta ação é do estado brasileiro, que é maior que o governo ...”

(um Center for Diseases and Control brasileiro) e consolidar todos os esforços para que possamos evitar novas epidemias dentro do território nacional.

Como o senhor pode ajudar a dermatologia através da sua nova função no Governo?

Na mesma linha que venho, há 18 anos, atuando, ou seja, tentando fazer com que a SBD esteja cada vez mais perto dos órgãos formuladores e reguladores de ensino, da pesquisa, da assistência à saúde e, do exercício da profissão.



GERSON PENNA E O
MINISTRO JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Falando como brasileiro e independente da sua área de atuação no governo federal, quais seriam, na sua opinião, cinco macro medidas fundamentais para que o país entre no caminho que possa nos levar a se tornar uma nação?

Relaciono apenas duas fundamentais: a primeira que a sociedade brasileira - pois esta ação é do estado brasileiro, que é maior que o governo - pudesse se empenhar na revisão do financiamento do setor saúde e na modernização do modelo de gestão do setor que foi enviado para debate no Congresso Nacional. Ratifico que este binômio - financiamento e gestão moderna - é indissolúvel, pois somente com gestão moderna e com recursos financeiros suficientes podemos falar em qualidade de vida melhor para os brasileiros.

Entenda que se trata de uma dívida histórica, pois quando em 1987, o Ministério da Saúde, que somente cuidava da Saúde Pública, incorporou a Assistência Médica, ele recebeu todos os encargos do antigo INAMPS sem, no entanto, receber o seu orçamento. É importante destacar ainda que, com criação do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, o acesso da população aos serviços de saúde, que até então era restrito aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e seus dependentes, passou a ser um direito de todos os cidadãos, cabendo ao Estado prover as condições para a garantia desse direito.

Ainda assim, com insuficientes recursos, os números do setor refletem a magnitude do nosso sistema público de saúde. Mais de 70% da população brasileira utiliza, exclusivamente, o SUS. A produção dos serviços de saúde que compõem a rede do SUS demonstra que, anualmente, 129 milhões de doses de vacinas são aplicadas em várias faixas etárias da população; 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais (consultas básicas, especializadas, exames laboratoriais, radiodiagnóstico, sessões de hemodiálise, quimioterapia e outros) são realizados. Na assistência hospitalar, são 11,3 milhões de internações/ano, entre partos, cirurgias cardiovasculares, transplantes, cuidados prolongados, e outras intervenções. Esse sistema assegura a 180 mil pacientes com AIDS o recebimento de antiretrovirais, a um custo de mais de um bilhão/ano.

Assim, em que pese à existência de grandes desafios para o sistema - como, por exemplo, superar a insuficiência de recursos financeiros, a iniquidade na distribuição da oferta de determinados serviços, as relações pre-

cárias de trabalho - são inegáveis os avanços conquistados pelo SUS nessas duas décadas de existência no sentido de consolidar um sistema público universal. Estamos caminhando sim, na proporção do desenvolvimento de um país que tem 500 anos.

Até recentemente o senhor foi vice-presidente da SBD Nacional. Em sua opinião, quais foram os principais feitos daquela gestão?

Foi uma gestão que se utilizou de ferramentas modernas do planejamento estratégico e da gestão, a partir do conhecimento formal acumulado. Fortaleceu os feitos das gestões anteriores; o Congresso da Sociedade de Brasília, o qual eu tive a honra de presidir, mesmo sem regimento formal, implantou a licitação nacional para praticamente todos os contratos; a composição do orçamento da SBD também foi expandida para os setores públicos e o terceiro setor; a administração descentralizada, com Plano de Gestão e Metas responsabilizando cada diretor pelo acompanhamento de cada meta; e ao final da gestão entender que prestar contas aos associados é um princípio ético e legal obrigatório. Enfim, a gestão foi pautada, entendendo que a SBD é um Clube, um Clube especial, de colegas associados que nos elegeram para administrar seus interesses.

“Estamos caminhando sim, na proporção do desenvolvimento de um país que tem 500 anos.”

O Dr. Gerson Penna ratificou na entrevista o enorme apreço pelos colegas do Rio de Janeiro. Disse que se sente honrado em comunicar-se com eles através da Revista Rio Dermatológico e colocou-se à inteira disposição dos amigos dermatologistas do Estado do Rio de Janeiro.

É com grande satisfação que entrevistamos o Dr. Gerson Penna e acreditamos que a escolha do nosso ministro Dr. Temporão, tenha sido mais do que acertada, pois, segundo o presidente Lula, trata-se de um ministério sério. Como brasileiros e amigos desejamos MUITO SUCESSO!

UM CONVITE À REFLEXÃO

A comissão organizadora do 62º congresso da SBD certamente não escolheu por acaso como patrono o inestimável Prof. Nelson Proença, assim como não foi por acaso a motivação que o fez proferir aquele providencial discurso na noite de abertura do evento. A dermatologia atual é, de fato, uma especialidade vibrante e aberta a inovações, mas não estamos apressados demais? Será que não estamos sendo manipulados ou nos deixando manipular de forma pouco criteriosa? Com certeza, nesta aceleração desmesurada a ÉTICA tem sido colocada, muitas vezes, em segundo plano. Os dermatologistas, assim como qualquer médico, só serão reconhecidos e merecidamente respeitados se tiverem como fundamento primordial da prática profissional diária, a ÉTICA.

“O Velho Testamento descreve situações vividas há mais de três mil anos e narra como seres humanos as enfrentaram, gerando a conduta destes seres parâmetros que são exemplos e nos orientam, ainda nos dias de hoje.

A Tragédia Grega é bem mais recente, pois teve seu apogeu há dois mil e quinhentos anos. Ela teve o grande mérito de retratar a personalidade e o comportamento dos mais variados tipos humanos, de maneira que permanece absolutamente válida, até o presente.

O que eu quero destacar, com estas duas recordações, é que há milênios o ser humano é o mesmo, em suas alegrias e angústias.

E quanto a nós, os médicos ?

Do juramento de Hipócrates, feito quase seiscentos anos antes do advento de Cristo, eu destaco: “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento”; e ainda: “Em toda casa, aí entrarei para o bem dos doentes”.

De Maimônides, médico e filósofo judeu que viveu no Século XII, destaco o trecho em que se refere à relação médico-paciente: “Que o amor da minha arte me inspire durante toda a minha vida! Que nem a cobiça, nem a sede de fama e nem o desejo de reputação, dominem as minhas intenções. Pois inimigos da verdade e do autêntico amor aos homens poderiam enganar-me com facilidade e fazer me esquecer os meus propósitos elevados, de fazer bem aos teus filhos. Equipa-me com a força do espírito e do coração para que ambos estejam prontos para servir ... Aos ricos e aos pobres... Aos vãos e aos ruins...A amigos e inimigos... E a fim de que eu jamais possa encarar um paciente a não ser como criatura irmã que está sofrendo”.

O fundamento maior da Medicina, obrigatório para quem pretenda exercê-la, reside na inseparabilidade do binômio Profissão e Arte.

A Medicina é Profissão, porque exige o conhecimento e a correta aplicação dos recursos que estão à disposição do médico, no estádio em que se encontra o conhecimento científico. Há que se conhecer e diagnosticar a

doença, oferecendo então ao paciente o que há de melhor, naquele dado momento.

Mas é Arte na sua essência, porque exige a compreensão do paciente em seu todo, naquilo que ele é e na contingência em que se encontra. Só com sensibilidade para compreender a pessoa que está sendo tratada é que se poderá usar o conhecimento científico da maneira mais adequada, adaptando-o ao paciente, sendo este tomado em sua individualidade.

A tecnologia aplicada à Medicina está promovendo um fantástico e antes inimaginável avanço das fronteiras e das potencialidades que se apresentam para o médico. Mas o advento destas novas e inestimáveis conquistas, sempre entusiasticamente saudado, está gerando uma perversa consequência, que precisa ser apontada.

A relação Médico-Paciente, fundamento da Medicina de Hipócrates e de Maimônides, está estremecida. Temos cada vez mais profissionais que manejam este ou aquele equipamento, que dominam esta ou aquela técnica terapêutica, mas fazem isto de modo inteiramente impessoal, praticando corretamente a Profissão Médica, mas não a Arte Médica. Alcançam prestígio social e “status” econômico, já que são bons técnicos, mas não se pode dizer que estejam praticando a verdadeira Medicina.

A tecnologia aplicada à Medicina devia ser apenas um complemento auxiliar do médico, mas cada vez mais vemos ela substituir o papel do médico. Por culpa dele próprio. Usando um exemplo simples para ilustrar esta preocupação: o médico não estaria propondo sua própria substituição, quando deixa de fazer uma anamnese cuidadosa e um exame físico detalhado, e resume o ato médico ao preenchimento de uma quantidade enorme de requisições de exames laboratoriais? Com isto ele não está transferindo para o laboratório a responsabilidade do diagnóstico?

É apenas um exemplo, mas ilustra aquilo que desejo transmitir, ao me dirigir a esta audiência.

Encerro dizendo, mais uma vez, que os seres humanos são sempre os mesmos, no todo e na parte, desde os

tempos bíblicos. Mudam os cenários, mas não os seres humanos. Mudam os recursos que o médico tem a sua disposição. Mas não muda, não deve mudar, não pode mudar, a essência da Profissão e da Arte Médica, ambas baseadas na sublime e harmoniosa relação entre o médico e seu paciente.”

Nelson Guimarães Proença – Professor de Dermatologia, Ex-Presidente da Associação Paulista de Medicina e da Associação Médica Brasileira, foi o Patrono do 62º. Congresso Brasileiro de Dermatologia, São Paulo.

“... o médico não estaria propondo sua própria substituição, quando deixa de fazer uma anamnese cuidadosa e um exame físico detalhado?”



Não às Áreas de Atuação

Eis a decisão!

A atual diretoria da SBD nacional, de modo democrático, deu condições para uma ampla discussão sobre a questão da conveniência ou não da permanência das áreas de atuação na nossa especialidade. Após duas reuniões extraordinárias do Conselho Deliberativo (março e agosto), seguida de votação, concluiu-se que deveríamos declinar das áreas de atuação em Cosmiatria e em Cirurgia Dermatológica, permanecendo a em Hanseníase.

A decisão sobre o assunto baseou-se no fato de que a definição de Área de Atuação* não se aplica à Cirurgia Dermatológica e à Cosmiatria, pois já fazem parte do ensino na residência médica e da prática diária de todo dermatologista, portanto, não se trata de ação médica específica nem é derivada ou relacionada a outra especialidade. Já a Hansenologia, por ser área de atuação compartilhada com outras sociedades e ter uma sociedade própria, a Sociedade Brasileira de Hansenologia, que

é quem promove a prova de certificação, permaneceu como área de atuação nossa.

Essa decisão já foi comunicada a AMB, que deverá tomar as devidas providências junto à Comissão Mista de Especialidade, composta pela AMB, CFM e CNRM (MEC).

Bastante esclarecedor em relação a este ponto de vista foi a comunicação da Dra. Silmara Cestari, presidente da Regional São Paulo, que está disponível na íntegra no nosso site.

** Área de Atuação é definida como: “Modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada a uma ou mais especialidades”.*

Leia este artigo na íntegra no site
www.sbdjrj.org.br

A espuma de limpeza adjuvante no tratamento da acne



Neutrogena®
Fresh Foaming Cleanser
Espuma de limpeza facial

- Adjuvante na limpeza diária da pele
- Fórmula sem álcool
- Não resseca a pele
- Não deixa resíduos que obstruem os poros
- Não altera a barreira cutânea¹
- Pode ser utilizado para remoção da maquiagem

¹ In Vitro. Cosmetics & Personal Care. Neutrogena Corporation, Los Angeles, CA.

www.neutrogena.com.br/dermatologistas

Neutrogena

AGENDA DO DERMATOLOGISTA

21st World Congress of Dermatology
30 de Setembro a 05 de Outubro de 2007 - Buenos Aires - Argentina

AAD
01 a 05 de Fevereiro de 2008 - San Antonio - Texas

RADLA
01 a 04 de Maio de 2008 - Curitiba - PR

MAC BÔNUS
Consulte-nos

Consulte-nos sobre outros eventos internacionais

Programe suas férias !!!

Belo Horizonte: Rua Fernandes Tourinho, 470 - sl 1004 - MG - tel: 55 (31) 3281 6414 - macbh@macviagens.com.br
Curitiba: Rua Padre Anchieta, 2134 - conj. 07 - PR - tel: 55 (41) 3039 1377 - macpr@macviagens.com.br
Rio de Janeiro: Rua México, 3 - 17º andar - RJ - tel: 55 (21) 2217 4050 - mac@macviagens.com.br
São Paulo: Rua Dr. Samuel Porto, 351 - conj. 92 - SP - tel: 55 (11) 5594 8300 - macsp@macviagens.com.br

www.macviagens.com.br
Plantão aos sábados - 09h às 13h

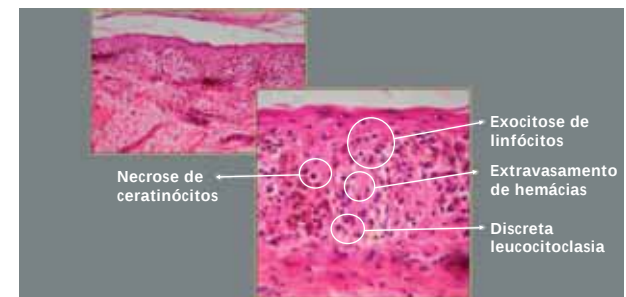
Doença de Mucha-Habermann

Autores: Vivian Flores da Cunha, Flávia Chieppe,
Ellen Panisset, Maria Rita Pereira, Osvania Maris N. Pessoa.

Serviço de Dermatologia do Hospital Naval Marcílio Dias

Introdução

A doença de Mucha-Habermann, também chamada parapsoríase em gotas, é uma variante mais grave da *Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta* (PLEVA) e foi descrita pela primeira vez por Degos et al, em 1966. É uma vasculite linfocitária dos pequenos vasos da derme superior. Caracteriza-se pelo início agudo, em surtos, geralmente poupando a face, com grande número de lesões cutâneas em diferentes fases evolutivas que, ao involuirm, costumam deixar cicatrizes leucodérmicas ou depressivas. Essa doença acomete, principalmente, crianças e adultos jovens.



Relato de Caso

CAFR, 40 anos, masculino, branco, casado, natural do Pará, residente em Magé / RJ, foi atendido no ambulatório de Dermatologia, com lesões cutâneas disseminadas pelo tegumento. Ao exame dermatológico, lesões em diferentes fases evolutivas: eritemato-papulo-vesiculosas, algumas vesiculosas, encimadas por crosta hemática e lesões úlcero-necróticas.

As manifestações clínicas foram de febre alta, artralgia, astenia e mialgia. Os exames complementares evidenciaram leucocitose com desvio para esquerda, aumento do VHS e função hepática alterada. Diversas sorologias foram negativas.

O exame histopatológico mostrou infiltrado inflamatório disposto em faixa na junção dermo-epidérmica, infiltrado inflamatório perivascular predominantemente lin-

focitário. Dano vacuolar da camada basal com espongirose, exocitose de linfócitos, extravasamento de hemácias e necrose de ceratinócitos.

A imunohistoquímica revelou imunorreatividade para CD 20, CD 4 e CD 8.

O tratamento introduzido na internação hospitalar foi, inicialmente, metilprednisolona 30 mg IV de 8/8h e ciprofloxacina 400 mg IV de 12/12h. Após 10 dias, alta hospitalar com prednisona 120mg/dia VO e tetraciclina 500 mg 6/6h VO. Programada redução da corticoterapia, porém, com a redução, houve reaparecimento de novas lesões. Foi então suspensa a tetraciclina e iniciado metotrexate (MTX) 10mg/semana VO. Após redução da corticoterapia, foi mantido o MTX e associado o narrow-band UVB (NB-UVB).

A evolução foi de melhora das lesões com presença de cicatrizes varioliformes e o aparecimento esporádico de novas lesões.

Discussão

É uma variante febril, úlcero-necrótica da PLEVA, de etiologia desconhecida. Acomete principalmente crianças e adultos jovens. Caracteriza-se por lesões em diferentes fases evolutivas, que evoluem para lesões úlcero-necróticas. O curso é benigno e autolimitado, podendo haver recidivas após meses ou anos.

Conclusão

Trata-se de um caso raro e de difícil terapêutica que teve boa resposta ao tratamento com MTX, associado à fototerapia (NB-UVB).

Esta forma grave da PLEVA geralmente persiste por vários meses, com o aparecimento continuado das lesões, que apresentam resolução e se convertem na PLEVA clássica, mas, eventualmente pode haver evolução fatal.

Leia este artigo na íntegra no site
www.sbdjrj.org.br



Leishmaniose Tegumentar com Lesões Crostosas Exuberantes

Autores: Raquel Murad Bichara, Gustavo Henrique Faria Perazolo, Manoel Paes Oliveira Neto, Maria Fernanda Reis Gavazzoni, João Carlos Regazzi Avelleira.

Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azulay
Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro/
IPEC- FioCruz

Introdução

A Leishmaniose Tegumentar Americana é uma doença infecciosa crônica, não contagiosa, causada por protozoários do gênero *Leishmania*, transmitida de animais a humanos através de um vetor, um flebotomíneo. A *Leishmania* é um protozoário pertencente à família *Trypanosomatidae*. Possui duas formas: amastigota (aflagelada e encontrada no citoplasma de macrófagos de hospedeiros vertebrados) e promastigota (flagelada, como é vista no tubo digestivo do inseto vetor ou em meio de cultura).

O período de incubação da doença é em média de 2 meses e suas manifestações clínicas dependem, entre outros fatores, da espécie da *Leishmania* infectante, da espécie do vetor e da imunidade do hospedeiro.

Relato dos casos

■ Caso 1



FIGURA 1



FIGURA 2

Paciente feminina, 19 anos, parda, solteira, estudante, moradora de Bangu, Rio de Janeiro-RJ. Procurou nosso ambulatório queixando-se de lesão com evolução de seis meses e crescimento progressivo no pavilhão auricular esquerdo. Negava dor e prurido no local, não apresentando sintomatologia geral.



FIGURA 3



FIGURA 4

Ao exame dermatológico observamos lesão com base eritemato-infiltrada, bem definida, encoberta por crosta exuberante, endurecida (Figura 1). Após uso de emolientes durante 4 dias, realizamos retirada da crosta revelando base úlcero-vegetante (Figura 2).

Nossas hipóteses foram de Leishmaniose e Esporotricose.

Realizamos Teste Intradérmico de Montenegro que revelou positividade de 10mm na leitura em 48 horas (Figura 3).

Na histopatologia observamos a forma amastigota da *Leishmania* (Figura 4) e com auxílio de óleo de imersão identificamos seu cinetoplasto.

■ Caso 2

Paciente masculino, 41 anos, pardo, casado, açougueiro, morador de Bangu, Rio de Janeiro. Procurou nosso serviço referindo lesões cutâneas com evolução de três meses, assintomáticas, localizadas inicialmente no mento, que se disseminaram para face, couro cabeludo, membros inferiores, regiões clavicular e inguinal.



FIGURA 5



FIGURA 6

Ao exame dermatológico notamos múltiplas lesões crostosas por toda a face (Figura 5). Na região palpebral superior esquerda, presença de lesão crostosa com bordas em moldura, sugerindo lesão ulcerada típica em sua base (Figura 6). O paciente também apresentava múltiplos nódulos nos membros inferiores mais perceptíveis à palpação.

Nossas hipóteses foram de Paracoccidioidomicose, Leishmaniose, Esporotricose, Histoplasmose e Sífilis.

Realizamos Teste Intradérmico de Montenegro com positividade de 9 mm; sorologia para HIV e sífilis negativas;



FIGURA 8



FIGURA 7

imprint com coloração de Leishman demonstrou a forma amastigota do protozoário (Figura 7); na histopatologia de um nódulo do membro inferior direito foi encontrada a amastigota; e a reação em cadeia de polimerase detectou positividade para banda específica para *Leishmania* do subgênero *Viannia* (Figura 8).

Discussão

A Leishmaniose Tegumentar tem como apresentação clínica mais frequente uma úlcera com “bordas em moldura”.

Entretanto, podem ocorrer outras formas como: úlcero-crostosa, úlcero-vegetante, verrucosa, tuberosa, impetigóide, ectimatóide e liquenóide.

A doença é endêmica no Município do Rio de Janeiro, onde se destaca um padrão de transmissão peridoméstica, que tem como principal vetor o flebotomíneo *Lutzomyia intermedia*. Nestes casos, os principais animais reservatórios envolvidos são animais domésticos, roedores e eqüinos. Na nossa região, o principal agente etiológico da Leishmaniose é a *Leishmania Viannia braziliensis*, como demonstrado nos dois casos.

No nosso município, são consideradas áreas endêmicas as regiões de Jacarepaguá, Bangu e Campo Grande (Matão da Pedra Branca).

Conclusão

A Leishmaniose é uma doença também de grande importância epidemiológica no município do Rio de Janeiro. Ressaltamos nesta apresentação a necessidade do conhecimento desta entidade e de suas diversas apresentações clínicas pelo dermatologista.

A suspeição diagnóstica, com valorização da história epidemiológica do paciente, permite-nos conduzir uma investigação específica e uma adequada condução do caso, mesmo em casos de lesões não usuais.

Epidermodisplasia Verruciforme e múltiplos Carcinomas Espinocelulares

Bernardo Souza da Costa Gaia, Claudia A. Beltrão, Fabiano Leal, Gláucia Francesconi do Valle, David Rubem Azulay.

Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay
Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro

Introdução

A epidermodisplasia verruciforme (EV) ou doença de Lewandowski-Lutz é uma rara doença genética que leva a uma imunotolerância a um grupo específico de papilomavírus humanos, causando ainda na primeira década de vida o surgimento de incontáveis lesões planas e verrucosas que apresentam grande predisposição à carcinogênese quando expostas à radiação solar ou outras formas de dano ao DNA dos queratinócitos. Na figura 1 observa-se os típicos achados da infecção pelo HPV, ou seja, presença de coilócitos e devido a tendência à neoplasia, a perda de polarização dos ceratinócitos.

Relato do Caso

Paciente de 65 anos, feminina, natural do Ceará, apresentava desde os 8 anos de idade o surgimento de incontáveis lesões verrucosas, algumas em placas espessas e ceratóticas, mas em sua maioria pápulas e pequenas placas pouco elevadas, lisas e rosadas (Fig. 2); inicialmente nas mãos, pescoço e face com posterior disseminação para tronco e membros inferiores. Há 20 anos, algumas destas lesões tornaram-se placas infiltradas, de bordas irregulares com áreas de ulceração e crostas, quase que exclusivamente nas áreas fotoexpostas (Fig. 3). De importante na anamnese, sua história familiar apresentava consangüinidade, com seus pais primos em primeiro grau, dois irmãos mais velhos natimortos, um irmão mais velho falecido com câncer de laringe e uma irmã mais nova falecida com um quadro semelhante ao seu. Exames complementares normais, incluindo sorologia anti-HIV 1 e 2 negativa e colposcópico sem alterações.

A paciente fora inicialmente acompanhada em outro hospital com período de melhora durante o uso de fotoproteção, acitretina oral (10mg/dia) e imiquimod tópico. Após interrupção do tratamento houve aumento em número e tamanho das lesões, quando então procurou o nosso serviço. Devido às características e localização das lesões optamos por intensificar a fotoproteção, reiniciar o tratamento com retinóide oral (isotretinoína 30mg/dia) e utilizar a terapia fotodinâmica (TFD) na lesão frontal (Fig. 3 a lesão original e

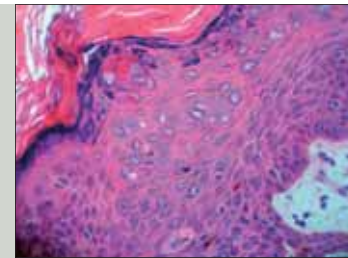


FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3



FIGURA 4

Fig. 4, um mês após a segunda aplicação da TFD) em que a histopatologia evidenciou doença de Bowen.

Foi solicitada consulta de aconselhamento genético (Dept. de Genética Médica do Instituto Fernandes Figueira), além da genotipagem dos HPVs presentes nas lesões e o estudo molecular em DNA da paciente e dos portadores de EV já falecidos, através do material em parafina arquivado, tentando identificar alguma mutação ocorrida na família.

Discussão

A EV está fortemente associada à consangüinidade, com padrão predominante de transmissão autossômica recessiva, embora possa ocorrer em padrão dominante ligado ao X. Já se conhecem dois loci associados à doença: 17q25 e 2p21-p24. O resultado é a incapacidade de montar uma resposta imunológica eficaz somente contra um grupo específico de papilomavírus humano, os EV-HPV (Tabela 1).

Tabela 1: Sorotipos EV-HPV, segundo seu potencial oncogênico.

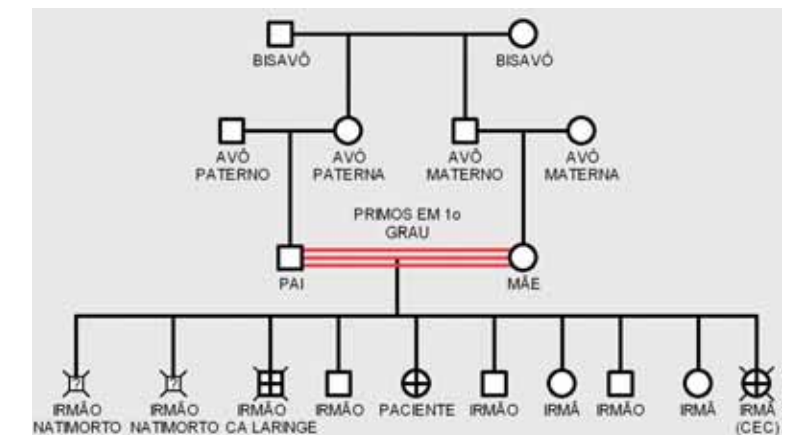
Grande potencial oncogênico (presente em 90% dos CECs na EV)	Baixo potencial oncogênico
HPV-5, -8, -14, -17, -20, -47	HPV-12, -15, -19, -21, -22, -23, -24, -25, -36, -37, -38, 49

Inicia-se ainda na infância com o surgimento de inúmeras lesões verrucosas lisas, pouco elevadas, de aspecto semelhante à pitíriase rósea ou maculares, descamativas e hipopigmentadas, que lembram pitíriase versicolor, preferencialmente nas mãos, face e região cervical, embora através de auto-inoculação possam disseminar-se por todo o corpo, poupando apenas mucosas. O paciente pode apresentar também verrugas vulgares, causadas classicamente pelos sorotipos 1 e 4, ou verrugas planas pelos HPV-3 e -10. Comumente, mais de um sorotipo de EV-HPV pode ser encontrado numa mesma lesão e até mesmo em áreas aparentemente não acometidas destes pacientes. De especial importância são o HPV-5 e -8, devido ao grande poder oncogênico, por suas proteínas E6 e E7.

O paciente, exceto pelas lesões verrucosas, permanece assintomático por décadas. Porém, à medida que a pele aco-

metida é exposta à radiação solar, desenvolvem-se progressivos graus de displasia, eventualmente transformando-se em carcinomas espinocelulares (CEC) *in situ* (doença de Bowen) ou mesmo invasivos. Não é, no entanto, freqüente a ocorrência de metástases destas lesões.

Com relação ao padrão histopatológico, os achados são os mesmos encontrados no CEC: atipia nuclear e desorganização da epiderme, em aspecto de “levado pelo vento”, que pode respeitar a camada basal (na doença de Bowen) ou mesmo ultrapassá-la (invasivo). O achado característico do CEC na EV são os inúmeros coilócitos, de núcleo pequeno e abundante citoplasma azul-acinzentado, os chamados “corpos azuis” (Fig. 4). As demais lesões verrucosas apresentam a histopatologia clássica com hiperqueratose, paraceratose e papilomatose.



Conclusão

A terapia fotodinâmica, aliada aos retinóides orais, apresenta uma alternativa eficaz, segura e pouco agressiva como tratamento do CEC, bem como das lesões verrucosas da EV. A opção pela isotretinoína deveu-se a possibilidade de obtenção gratuita através da Secretaria de Saúde. Este trabalho contribuirá ainda com importantes dados epidemiológicos dos sorotipos de HPV envolvidos nos pacientes de EV brasileiros, permitindo ainda o estudo molecular em DNA para identificar a mutação presente nesta família e quem sabe, em um futuro próximo, contribuir para uma terapia genética curativa.

Abordagem das Lesões Pigmentadas e Métodos Analíticos

“Comprei meu dermatoscópio, li um Atlas, já assisti várias aulas e cheguei a fazer um ou dois cursos teóricos sobre dermatoscopia, mas ainda assim não me sinto seguro”.

Natural que seja assim. Afinal, estamos diante de um método que serve para detectarmos de maneira precoce o temível MELANOMA. A segurança só virá com o tempo e treinamento supervisionado. Uma maneira didática e reproduzível de darmos o pontapé inicial é adotarmos a chamada abordagem em duas etapas das lesões pigmentadas. A primeira etapa consiste em diferenciarmos as lesões melanocíticas das não melanocíticas. A segunda etapa consiste na aplicação de um dos métodos analíticos de que dispomos (regra do ABCD, método de Menzies, análise de padrões, regra dos sete pontos, regra do ABCD modificada, etc) a fim de classificarmos as lesões melanocíticas em benignas, suspeitas ou altamente suspeitas. Esse algoritmo baseia-se no fato de já termos critérios muito bem definidos para as lesões melanocíticas e para algumas lesões não melanocíticas (ceratose seborréica, carcinoma basocelular, angiomas e dermatofibroma) que podem ser encontrados em qualquer livro texto. Para os que não possuem Atlas recomendando a visita ao site www.dermoscopy.org.

Muitas vezes, principalmente para os iniciantes, podemos nos dar por satisfeitos se conseguirmos completar somente a primeira etapa. Isso já ajuda muito na prática diária. Já a segunda etapa, requer mais atenção. Frequentemente, nos deparamos com lesões pigmentadas clinicamente, dermatoscopicamente e histopatologicamente suspeitas de difícil classificação do ponto de vista morfológico, particularmente as lesões pequenas. Um erro comum é a aplicação da regra do ABCD, por exemplo, em lesões não melanocíticas, o que leva a pontuações elevadas ocasionando biopsias desnecessárias.

O primeiro método analítico descrito, em 1990, por Pehamberger foi a análise de padrões que, diferentemente da Regra do ABCD, não é um método semiquantitativo. Cada entidade nosológica é analisada levando-se em consideração o seu padrão global e seus critérios locais. A análise de padrões seria o equivalente dermatoscópico à descrição microscópica do laudo histopatológico.



FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3

FIGURA 1 – NOTA-SE A PRESENÇA DE REDE PIGMENTADA REGULAR DISTRIBUÍDA POR TODA LESÃO. EXCETUANDO-SE O DERMATOFIBROMA, O MAMILO ACESSÓRIO E ALGUMAS CERATOSES SEBORRÉICAS FINAS, A REDE PIGMENTADA É UMA CARACTERÍSTICA DAS LESÕES MELANOCÍTICAS. (10X)

FIGURA 2 – NOTA-SE DIVERSOS PSEUDO-COMEDÕES E ALGUNS PSEUDO-CISTOS. ESSES CRITÉRIOS PODER SER VISTOS EM LESÕES MELANOCÍTICAS E NÃO MELANOCÍTICAS, MAS SÃO MAIS ENCONTRADOS NAS CERATOSES SEBORRÉICAS (10X).

FIGURA 3 – CARCINOMA BASOCELULAR APRESENTANDO ÁREAS DE ULCERAÇÃO E TELANGIECTASIAS ARBORIFORMES. NO QUADRANTE SUPERIOR DIREITO DA LESÃO PODEMOS OBSERVAR ÁREAS PIGMENTADAS FORMANDO PROJEÇÕES DIGITIFORMES* (ESTRUTURAS EM FOLHA) QUE SÃO MUITO CAACTERÍSTICAS.(10X)

O examinador após avaliar a lesão como um todo (equivalente ao pequeno aumento microscópico) e os critérios encontrados individualmente (maior aumento microscópico) chega a sua conclusão diagnóstica. Sua sensibilidade para o diagnóstico do melanoma é de 91% e especificidade de 90%. De acordo com a literatura, esse parece ser o método ideal para ser utilizado por um dermatologista com experiência em dermatoscopia, pois nos possibilita fazer a correlação clínico-dermatoscópica e histopatológica. Entretanto, se formos analisar o objetivo primordial da dermatoscopia - diagnóstico precoce do melanoma – quanto maior o número de não-experts capacitados a utilizá-lo melhor. Daí a criação de métodos simplificados: ABCD, Menzies, sete pontos, três pontos, etc. Obviamente, quanto mais simplificado menos específico, mas o que nos importa no melanoma é não perdermos o diagnóstico e a sensibilidade dos métodos simplificados é muito boa (Tabela 1). O extremo oposto da análise de padrões seria o teste das três cores, criado por Mackie e Cols, em 2002, com o objetivo de reduzir o número de biópsias desnecessárias. Lesões com mais de três cores ao exame dermatoscópico são encaminhadas para uma análise mais minuciosa. Esse método extremamente simples possui uma sensibilidade de 92% para o diagnóstico de melanoma, porém sua especificidade é de 51%.

Concluindo, métodos analíticos simplificados (regra do ABCD, método de Menzies, regra dos sete pontos, etc) foram desenvolvidos para que não-experts não deixem de diagnosticar o melanoma. Para o dermatologista com treinamento em dermatoscopia (expert) a análise de pa-

drões é sem dúvida o melhor método a ser utilizado, contudo sua acurácia está diretamente relacionada à experiência do examinador. Para o dermatologista com pouca experiência em dermatoscopia a regra do ABCD é um método didático e reproduzível que pode auxiliá-lo e muito a ganhar segurança na utilização desse excelente exame complementar em sua prática diária.

Tabela 1 – Sensibilidade e especificidade dos métodos analíticos em dermatoscopia.

Método	Sensibilidade	Especificidade
Análise Padrões	91	90
Menzies	92	71
ABCD	90,5	72,4
7 Pontos	95	75
3Pontos	91	71,9
ABC-modificada	90,5	87
3 Cores	92	51

DICAS ÚTEIS • Ao colocar o dermatoscópio sobre uma lesão procure seguir uma rotina de exame: primeiro tente definir se a lesão é melanocítica ou não melanocítica, em seguida utilize um dos métodos analíticos para classificar as lesões melanocíticas quanto a sua malignidade. • Não utilize a regra do ABCD em lesões não melanocíticas, esse é um erro comum para os iniciantes. • Procure sempre fazer a correlação dermatoscopia-histopatologia, caso haja uma dissociação opte pela biópsia.

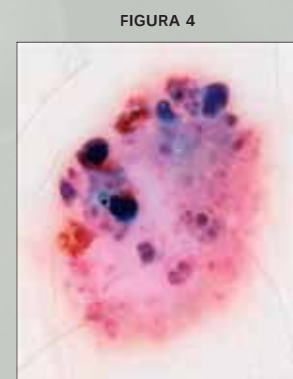


FIGURA 4 – ANGIOMA TROMBOSADO. CARACTERISTICAMENTE ESSAS LESÕES APRESENTAM O PADRÃO LACUNAR FORMADO POR LAGOS VERMELHOS OU ENEGRECIDOS, QUE CORRESPONDEM AS DILATAÇÕES VASCULARES. (10X)



FIGURA 5 – DERMATOFIBROMA. PLACA BRANCA CENTRAL E FINA REDE PIGMENTADA PERIFÉRICA. (10X)



FIGURA 6 – MELANOMA EXTENSIVO SUPERFICIAL. DEVIDO À

PRESENÇA DE REDE PIGMENTADA E GLÓBULOS AGREGADOS A LESÃO PODE SER CONSIDERADA MELANOCÍTICA. UTILIZANDO-SE A REGRA DO ABCD TEMOS: A=2, B=4, C=4 (MARROM CLARO, ESCURO, PRETO E CINZA-AZULADO), D=4 (REDE, PONTOS, GLÓBULOS, ÁREAS AMORFAS). TOTAL DA PONTUAÇÃO= 7,0. PORÉM, SE LEVARMOS EM CONTA APENAS A MORFOLOGIA DA LESÃO PERCEBE-SE A PRESENÇA DE PSEUDÓPODOS NA PORÇÃO INFERIOR, O QUE INDICA UMA EXPANSÃO IRREGULAR DA MESMA O QUE JÁ JUSTIFICARIA A SUA RETIRADA.

Convênios: Ainda Longe de uma Solução Adequada

Para a classe médica envolvida no atendimento aos inúmeros planos de saúde, utilizando as mais diversas tabelas com códigos e valores diferentes, o surgimento de um formulário padrão configurou, a princípio, uma solução ideal para os seus velhos problemas. Era uma reivindicação antiga de que se padronizassem as guias, porém ao contrário, a chamada TISS trouxe uma bela dor de cabeça para todos. Mais uma vez, coube aos médicos e secretárias a dolorosa preocupação com o seu preenchimento, onde as informações se repetem, se atropelam e, principalmente com a insensatez de algumas operadoras tentarem transferir a tarefa de impressão desses formulários para o próprio consultório. Demorou algum tempo até que a gerente geral da ANS, Jussara Rotzsch, informasse que a responsabilidade da impressão dos formulários é das operadoras dos planos de saúde.

Ainda assim, o conceito de padronização foi totalmente esquecido e cada operadora apresentou um formulário diferente em tamanho, cores, alguns carbonados outros em única via, além de gerar mais um conflito em relação ao

campo do CID que, mesmo sombreado, tornou-se exigência para algumas operadoras. Para garantir aos médicos a não colocação do CID, foi publicado no DOU de 22/05/07 a resolução do CFM 1819, além de sentença neste mesmo sentido pela Justiça Federal do RJ atendendo ao pedido do CREMERJ ao Ministério Público. É importante salientar que a colocação do CID contraria a Constituição Brasileira, fere o Código Civil, fere o Código Penal e também o nosso Código de Ética no preâmbulo II e art. 102.

Dessa forma, a trancos e barrancos, completam-se os 90 dias de implantação dessas guias, surgindo ainda a perspectiva de adoção da CBHPM em caráter universal. Espere-se que, mais uma vez, os prestadores de serviço não sejam surpreendidos com as tradicionais glosas. No horizonte mais distante resta a expectativa da informatização de todo este processo para novembro de 2008 quando, supostamente, desaparecerão os papéis e por certo novos problemas nascerão.

Abdiel Figueira Lima



Outubro

6	3º Meeting Internacional Fronteiras da Dermatologia / Ecos do Mundial 1º Simpósio de Psicodermatologia da SBD Nacional Local: Centro de Convenções Mario Henrique Simonsen
18	Dia do Médico
20	Evento da Unimed-Rio – Do Diagnóstico à Conduta em Dermatologia Local: Hotel Windsor – Barra da Tijuca
26-27	XI Reunião Científica da Associação dos Dermatologistas da UERJ Local: Hospital Universitário Pedro Ernesto
	1º Simpósio de Cirurgia Dermatológica SBD Local: Botucatu - SP
29	Dia Nacional da Psoríase
	4º Encontro de Biólogos na Dermatologia Local: Hotel Sofitel
31	Reunião Mensal Local: Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Saiba mais informações sobre todos os eventos entrando em contato com a SBD-RJ pelo site www.sbd-rj.org.br ou pelo telefone (21) 2263-4811

Novembro

8-10	XII Radesp Local: Sofitel Jequitimar - Guarujá - SP
24	Campanha Nacional contra o Câncer da Pele da Sociedade Brasileira de Dermatologia Locais de atendimento: Barra da Tijuca • Praia de Copacabana • Praia de Ipanema • Praça da Cinelândia • Parque dos Patins • Hospital Universitário Clementino Fraga Filho • Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária • Hospital dos Servidores do Estado • Hospital Universitário Gaffré e Guinle • Fiocruz • Hospital Geral do IASERJ • Hospital Geral de Bonsucesso • Hospital Universitário Pedro Ernesto
28	Reunião Mensal Local: Colégio Brasileiro de Cirurgiões
30	2º Simpósio Internacional de Laser da SBD Local: Hotel Windsor – Barra da Tijuca

Dezembro

1	2º Simpósio Internacional de Laser da SBD Local: Hotel Windsor – Barra da Tijuca
12	Reunião Mensal Local: Colégio Brasileiro de Cirurgiões
15	1º Simpósio de Dermatologia Cosmiátrica da SBD-RJ Local: Hotel Glória
	Festa de Confraternização Local: Sociedade Hípica Brasileira

A SBD-RJ parabeniza antecipadamente aos seus associados pelo “Dia dos Médicos” e deseja que todos consigam exercer a prática médica com muita arte.

Estas empresas apóiam o

RIODERMATOLOGICO

