

RIO DERMATOLOGICO

**SBD-RJ entrevista Hans Dohmann,
Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio**

Festa de Confraternização e Posse

2º Simpósio de Dermatologia Cosmiátrica da SBD-RJ

SUMÁRIO

03 Editorial

Carta do Presidente

04 Sinais

Uma Grande Herança

Mais um Sucesso

1º lugar na SBH

Dia Mundial da Psoríase

Coluna do Editor

Perfil: Roberto Bento Alves

Fundamentos de Dermatologia

In Memoriam

10º Campanha Nacional de Prevenção
do Câncer de Pele

09 Clique

O Convite e a Homenagem

10 Matéria de Capa

Entrevista: Hans Dohmann

12 Linha do Tempo

13 45 Anos

Festa Inesquecível

14 Caso em Destaque 1

Tumor de Abrikossoff: Múltiplas Lesões

16 Caso em Destaque 2

Esporotricose cutâneo-articular
disseminada

18 Caso em Destaque 3

Nevo da Epidermólise Bolhosa

20 Dermatoscopia

Outras Aplicações em Dermatoscopia

22 Ethos

23 Agenda

RIODERMATOLOGICO

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

Publicação oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia
Regional do Rio de Janeiro • Ano 17 • Edição Out/Nov/Dez 2008

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

Secretário Geral **Carlos Baptista Barcaui** • Secretária de Sessões **Flavia 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 Abulafia, Manoel Paes de Oliveira Neto, Manoel Sternick, Marcia Ramos-e-Silva, Marcius 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 Figueira Lima, Sérgio Soares Quinete, Flávio Barbosa Luz, Márcio Soares Serra, Ângela Gasparini** • Delegados **Luna Azulay Abuláfia, Gabriela Lowy, Márcio Soares Serra, Omar Lupi, Ana Maria Mósca de Cerqueira, Abdiel Figueira Lima, Flávio Barbosa Luz, Cleide Eiko Ishida, Carlos Baptista Barcaui, José Ramon Varela Blanco, Altiva Lobão, Claudia Pires Amaral Maia, João Carlos Regazzi Avelleira, David Rubem Azulay, Antônio Macedo D'Acri** • Suplentes **Flavia Freire Cassia, Francisco Burnier, Andréia 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 **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 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).



Amigos,

Hora de despedida.

Nestes dois anos em que tive a honra de servir à SBD-RJ como seu presidente, tenho certeza de ter contribuído de modo significativo para o seu engrandecimento.

Declaro que o meu papel foi basicamente de coordenador de uma grande, dedicada e eficiente equipe constituída pela Diretoria (João Avelreira, Carlos Barcaui, Francisco Burnier, Flavia Cássia, Roberto Barbosa Lima, David Azulay e Andréa Gurfinkel), Comissão de Ética e Defesa Profissional e pelos coordenadores dos quinze Departamentos criados nesta gestão, o que transformou o nosso mandato em um período de co-autoria extremamente participativo, como nos inspiraria o nosso homenageado Professor Aldy Barbosa Lima.

Do ponto de vista científico, nestes dois anos, além dos eventos dos Serviços Credenciados apoiados pela SBD-RJ, realizamos até 10 de dezembro 20 reuniões mensais e 16 simpósios com a participação estimada de 5.152 e 2.627 associados e residentes de Serviços Credenciados, respectivamente, abordando grande parte do espectro de conhecimento da Dermatologia. Além disso, conseguimos trazer o Congresso Brasileiro de 2010 para nossa cidade.

Como acreditamos que além da parte científica é importante nos relacionarmos socialmente, promovemos no dia 29/11 a quarta festa desta gestão, quando comemoramos o aniversário de 45 anos de nossa Sociedade e festejamos a posse da Diretoria que nos sucederá.

Do ponto de vista administrativo, fizemos modificações importantes com a contratação de funcionários capacitados, a implementação de novo sistema de controle financeiro, contratação de assessoria jurídica e potencialização da assessoria de imprensa, que nos permitiu estar presentes constantemente na mídia, através dos membros da diretoria e dos coordenadores de departamentos, descentralizando a exposição na mídia da figura do presidente.

A comissão de ética e defesa profissional trabalhou permanentemente nos representando em todas as reuniões

do CREMERJ, dando encaminhamento às consultas feitas ao MEC sobre os cursos não credenciados e ao CREMERJ sobre pseudo-especialidades médicas.

Nosso "site" sofreu enorme evolução nas mãos do incansável Roberto Barbosa Lima, e assim como nosso Jornal/Revista coordenado por David Azulay, tem recebido merecidos elogios de vários colegas, inclusive de outras Regionais.

Tivemos neste período uma aproximação natural com a Regional Fluminense e esperamos que se estreite cada vez mais, num convívio fraternal.

Finalmente, nossas ações de responsabilidade social foram contempladas não só pela tradicional Campanha de Prevenção ao Câncer da Pele, com o início de uma parceria com a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro para a implementação de um Programa de Educação Dermatológica muito mais consistente do que apenas um dia de campanha. Participamos também do Dia da Psoríase.

Meu agradecimento especial à Comissão Eleitoral e aos Chefes de Serviços Credenciados.

Financeiramente, deixamos a SBD-RJ numa situação bastante confortável, com incremento de mais de 50% nas nossas reservas em relação ao início da gestão, mesmo tendo realizado a gratuidade ou preços quase simbólicos nos nossos eventos científicos e a doação de um vídeodermastocópio para os dez Serviços Credenciados.

Finalmente, agradeço a todos a honra da confiança depositada em mim para presidir a nossa Sociedade nestes dois anos, tenho certeza que transfiro esta responsabilidade para mãos absolutamente confiáveis e competentes, e me coloco à disposição para continuar a contribuir onde for necessário.

Um forte abraço e longa e feliz vida para a SBD-RJ

Celso Sodré

Presidente da SBD-RJ 2007/2008

UMA GRANDE HERANÇA

É assim que entendemos a partida do Prof. Sampaio, após luta galharda contra a doença que o consumia. Graças a sua força interior impressionante, que também foi uma das responsáveis pelo seu enorme sucesso, pudemos desfrutar do convívio com este **ícone** da dermatologia mundial por mais tempo.

Inteligência, vitalidade, vontade de ensinar, construir e de fazer o bem, tudo de forma superlativa, marcam a contribuição científica e social do Prof. Sampaio à dermatologia mundial e à elevação ao estágio atual da nossa Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Seus ensinamentos serão perpetuados através de seus incontáveis alunos, alguns ora professores, e através do seu livro Dermatologia.



PROF. SAMPAIO, EXEMPLO DE VIDA

Como lembrança inolvidável da essência do espírito do grande mestre Prof. Sebastião de Almeida Prado Sampaio, pinçamos as frases abaixo da entrevista feita pelo RioDermatológico, edição nº 4, de 2007 e que também pode ser encontrada no nosso site www.sbdjrj.org.br

"Fazer da Dermatologia uma das razões da sua vida e assim sempre terá uma razão para viver".

"Estudar, pesquisar e estar sempre atualizado. Lembrar que para vencer é necessário lutar, sofrer, porém nunca desanimar".

Em nome de todos que amam a dermatologia, nosso MUITO OBRIGADO!

MAIS UM SUCESSO

Em 28 e 29 de novembro, foi realizado o 2º Simpósio de Dermatologia Cosmiátrica e 4º Curso de Atualização em Laser da SBD-RJ no Hotel Windsor, RJ. O evento coordenado pelos doutores Andrea Gurfinkel, Alexandre Filippo, Cláudia Alcantara e Marcelo Molinaro contou com mais de 600 participantes, um quarto procedente de outros estados. Sob a coordenação técnica do Dr. Ricardo Shiratsu, palestrantes de várias partes do Brasil realizaram 53 procedimentos práticos ao vivo com transmissão simultânea. Foram abordados temas

atuais e controversos, demonstrados procedimentos já consagrados e apresentadas novas técnicas e novos equipamentos. O último evento desta vitoriosa gestão reproduziu o sucesso do ano anterior e consolidou a importância deste evento no calendário da Dermatologia Carioca.



A TRANSMISSÃO AO VIVO DA PARTE PRÁTICA FOI MAIS UM DIFERENCIAL DO EVENTO



A PLATÉIA LOTADA SEMPRE MOSTROU O INTERESSE DOS TEMAS



SR. LUIZ CARLOS (COMISSÃO ORGANIZADORA, EM PÉ), DR. EGON DAXBACHER, DRª MARIA APARECIDA GROSSI, DRª. JANE AMASHITA DA COMISSÃO CIENTÍFICA, DR. MARCOS VIRMONT (PRESIDENTE DO CONGRESSO E DA SBH) E O DR. JAIR FERREIRA, O HOMENAGEADO.

1º LUGAR NA SBH

De 24 a 26 de novembro, foi realizado o 11º Congresso Brasileiro de Hansenologia, em Porto Alegre. Embora seja área de atuação da dermatologia, a Sociedade Brasileira de Hansenologia, por razões históricas (é uma das mais antigas, fundada em 1948), é reconhecida pela Associação Médica Brasileira. Inclusive realiza sua própria prova de título de especialista. Este ano, tivemos o prazer de ver um associado carioca e Coordenador de Departamentos da gestão 2009-2010, alcançar o primeiro lugar. Nossos parabéns ao Dr. Egon Daxbacher.

DIA MUNDIAL DA PSORÍASE

Em 29 de outubro, eleito como dia Mundial da Psoríase, foi realizada a Campanha Nacional organizada pela SBD, com apoio da regional Rio de Janeiro e sob a coordenação da Prof. Luna Azulay. Além de atividades com diversos serviços, foi montada uma tenda na Cinelândia com distribuição de material explicativo sobre a doença. Pelas várias inserções em diferentes programas de rádio e



A INTENSA PROCURA DE INFORMAÇÃO SOBRE PSORÍASE CONFIRMA A RELEVÂNCIA DA CAMPANHA.

jornal, vieram pessoas de muito longe, para saber se o que tinham era ou não psoríase. Várias delas com psoríase extensa ou limitada solicitaram informações. Foi distribuída a lista dos serviços credenciados para que fossem procurados de acordo com a proximidade da residência de cada um. A associação de pacientes aqui do Rio de Janeiro, a PSORIERJ, se fez presente com integrantes portadores de psoríase, que explicaram sobre a doença dos que buscaram informações.

COLUNA DO EDITOR

Prezados Associados,

Quando assumi a responsabilidade de ser o coordenador do RioDermatológico por solicitação do nosso presidente, senti que estava diante de um novo desafio. O que eu não imaginava é que apesar do friozinho na barriga que dá ao começar cada nova edição, teria tanta satisfação com o trabalho em si, assim como vê-lo impresso.

O primeiro objetivo traçado era torná-lo menos descartável, de modo que o leitor o conservasse por mais tempo. A idéia de fazer um curso sobre dermatoscopia durante oito números foi a principal ação neste sentido. Quem guardou todos os exemplares, tem hoje um livro básico sobre o assunto escrito por um grande didata, o Dr. Barcaui. Para tornar a leitura mais prazerosa foi adotada uma editoração mais *clean*, com menos cores e, portanto menos cansativa. Foi criada a oportunidade para que todos os melhores casos mensais fossem publicados e, assim, vários jovens colegas tiveram ou nos deram a honra de ver seus nomes numa publicação pela primeira vez. A democratização do espaço com a criação da seção "Perfil" em que vários associados discretos e assíduos se tornaram mais públicos, foi criativa.

Durante esses dois anos, tivemos três trocas do jornalista responsável. A atual, Anatrícia Borges, trouxe mais estabilidade à linha editorial e, em conjunto com Valéria Grevy que é a responsável pelo belíssimo *design* do nosso veículo de comunicação, continuarão a garantir a qualidade da nossa publicação oficial. Se antes eu via o RioDermatológico como um jornal, hoje, aprendi que REVISTA torna mais valioso, em termos de marketing, este "produto".

A integração do RioDermatológico com o nosso site www.sbdjr.org.br permite aos que descartaram os seus exemplares, o poder de encontrar a revista na íntegra e assim recuperar todo o curso, inclusive com uma versão ampliada dos casos clínicos publicados. O responsável por isto é o Dr. Roberto Barbosa Lima.

Aos funcionários da nossa regional que sempre foram solícitos e gentis no atendimento às solicitações, muito obrigado.

Os nossos agradecimentos também a Dra Larissa Hanauer, que vem ajudando na revisão do texto e, com isso, minimizando os nossos incontáveis erros.

Trabalhar com Celso Sodré, meu irmão há 27 anos, dispensa comentários; com a inteligência criativa e a seriedade de João Avelreira; com Carlos Barcaui, Flavia Freire e Francisco Burnier, queridos pelo que são, por terem sido meus ex-alunos e pela excepcionalidade profissional e de caráter; com a minha contemporânea, que é de uma simplicidade estonteante, Andréa Gurfinkel, grande responsável pelo sucesso das jornadas de cosmiatria da nossa regional; e Roberto Barbosa Lima, que talvez tenha trabalhado até mais que o nosso presidente, ao reconstruir o site da SBD, quem eu conhecia apenas longinquamente e que tem em mim um fã pela pessoa maravilhosa que é. Os meus sinceros agradecimentos a VOCÊS, por termos compartilhado uma convivência tão harmoniosa que resultou neste trabalho tão edificante, conforme esperado.

David R. Azulay

PERFIL: ROBERTO BENTO ALVES

Da turma de 1967, da Faculdade Nacional de Medicina, apenas o médico Roberto Bento Alves e mais um colega escolheram a especialidade de dermatologia entre 150 formandos.

Uma escolha determinante em sua vida que ele atribui às brilhantes aulas do curso de Semiologia, ministradas pelo Prof. Sylvio Fraga. Estudou no colégio Pedro II e cresceu na Penha. Mais conhecido como Bento, o perfil desta edição é o também coronel da reserva da Aeronáutica, que exerceu a função de Chefe de Clínica Dermatológica dos Hospitais Central e de Força Aérea.

Porque a escolha pela Dermatologia?

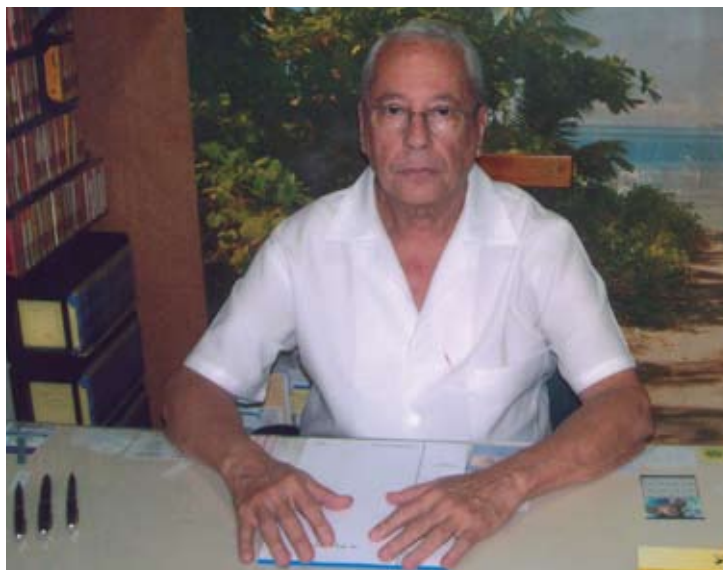
Naquela época, a especialidade não exercia a atração de hoje, e a estética também não havia despontado. As aulas do Prof. Sylvio Fraga me encantaram e foram determinantes para minha escolha.

Onde fez a especialização?

No Pavilhão São Miguel e na 26ª Enfermaria da Santa Casa. Tive o prazer de ser aluno de professores, como Rabello e Antônio Marques, além do próprio Sylvio.

A carreira de médico-militar, que exerceu por mais de 30 anos, mudou algo na atuação?

Hoje já estou na Reserva. A vida militar sempre traz muita disciplina, pontualidade e respeito às normas. A vivência nos faz incorporar estas características no dia-a-dia, tanto na vida pessoal e profissional.



O Senhor é um freqüentador assíduo de congressos?

Atualmente, me dedico apenas à clínica privada, onde é mais fácil organizar o tempo, mas sempre assisti aos eventos, cursos e sessões promovidos pela SBD. Estes são uma fonte importante de aprendizado.

Sobra tempo para dedicar-se à família? E os hobbies?

A família é sempre fundamental. Meus filhos já estão criados, uma é advogada e o outro é médico dermatologista, atuando no interior da Bahia. Um grande orgulho para mim! Meu hobbie é ler. Sou um leitor voraz e não durmo sem ler um capítulo, ao menos, do livro do momento.

FUNDAMENTOS DE DERMATOLOGIA

No dia 25 de novembro, ocorreu no Colégio Brasileiro de Cirurgões a noite de autógrafos do lançamento do livro "Fundamentos de Dermatologia", das editoras Márcia Ramos e Silva e Maria Cristina Ribeiro de Castro, que também participaram como autoras de diversos capítulos.

Este livro, em dois volumes, representa o primeiro tratado brasileiro de Dermatologia. A obra é constituída de 2.329 páginas com 2.250 ilustrações, dispostas em 26 partes e

169 capítulos, acompanhada também de um DVD.

Para a consecução deste trabalho hercúleo, as editoras contaram com 232 colaboradores escolhidos a dedo, todos experts em seus assuntos, muitos de outros países.

A SBD-RJ parabeniza as autoras cariocas por terem conseguido vencer este desafio, trabalhoso em todos os sentidos, e concluí-lo em nível de excelência. Ponto para a dermatologia do Rio, do Brasil e do mundo.

IN MEMORIAM

Todas as pessoas são únicas, mas poucas chegam a ser inigualáveis e, dentre estas, ainda há as que se destacam e brilham majestosamente. Assim era A. Bernard Ackerman, que faleceu subitamente em sua casa, na manhã do dia 5 de dezembro, poucos dias após completar 72 anos.

De inteligência e capacidade de observação ímpares, tinha especial preocupação em transmitir seus conhecimentos da forma mais clara e mais direta possível (*"straight to the um-bilicus!"*), com apreço à lógica e precisão na linguagem. Os mais de 700 artigos e 60 livros que escreveu e publicou refletem sua genialidade e, certamente, as histórias da dermatologia e da dermatopatologia podem ser divididas em antes e depois dele. Há 7 anos, passou a desenvolver o website Derm101.com, que adicionou interatividade à sua obra. Neste endereço, publicou 800 interative quizzes de inestimável valor didático, para citar apenas uma das muitas seções presentes no site, que é a maior ferramenta de aprendizado em dermatologia e dermatopatologia da atualidade.

Dermatologista de formação, optou pela dermatopatologia e pela vida acadêmica logo após o término da residência. Desafiou dogmas, criou conceitos, modificou e divulgou a especialidade como nenhum outro. Ensinou incansavelmente até os últimos dias da sua vida, tendo deixado órfãos milhares de ex-alunos, distribuídos pelos cinco continentes, todos profundos admiradores seus.

Esteve no Brasil pela primeira vez num memorável Congresso Brasileiro, realizado em Goiânia, em 1987, e esteve conosco pela última vez em Salvador, em 2004. Nesta oportunidade, proferiu uma palestra sobre dermatologia, cosmética e pele saudável, após a qual foi aplaudido de pé efusivamente por vários minutos e fez vários profissionais presentes embotarem os olhos com lágrimas. Preocupava-se com o futuro da Dermatologia e se importava, verdadeiramente, com os pacientes.

É maravilhoso seguir, em tudo o que escreveu, sua lógica cristalina, quase matemática. As mentes abertas - que não temem desafiar velhos conceitos ou questionar modernidades pseudocientíficas, desde que lhe ofereçam argumentos convincentes - o Prof. Ackerman nutriu copiosamente. Em sua bibliografia, dedicou-se à elucidação de temas controversos e nebulosos da dermatologia, com minuciosa revisão da literatura, que permitiam colocar o dilema em perspectiva histórica, analisar as evidências disponíveis e contrastar

o que era propagado com suas próprias observações, conferindo sentido ao assunto e capacidade ao leitor de pensar e entender.

Esse homem de honestidade intelectual sem igual, acreditava que o combate a idéias era fundamental para o desenvolvimento da dermatologia em particular e da humanidade em geral. Não combatia pessoas, mas idéias. Insistia que os autores que discordassem dos conceitos defendidos por ele teriam a obrigação acadêmica de questioná-los, ponto a ponto, publicamente e em linguagem escrita e não ignorá-los negligentemente.



Uma monografia das mais recentes, intitulada - "Animal-type Melanoma" and "Entities" Related to It: Exegesis of a subject until now incomprehensible, pertencente a uma coleção de livros mais baratos e acessíveis, denominada Contrary View on Behalf of Patients, é, como as outras, um espetáculo de reconstrução do que foi, efetivamente, publicado sobre o assunto, sem faltar nenhum autor. Acompanha-se, assim, a intrincada e absurda citação a autores prévios, sem que eles tivessem feito afirmação sequer similar, facilmente perceptível por termos acabado de ler o artigo citado nas páginas anteriores.

Além disto, deparamo-nos com a substituição periódica do que se está discutindo por novas terminologias, como se fossem novas entidades descobertas. Coisas que devíamos todos ler, já que elas ultrapassam o interesse exclusivo do patologista e trazem reais implicações nas condutas que observamos e indicamos para os nossos pacientes (vide "Sentinel Lymph Node Biopsy has no benefit for patients with Primary Cutaneous Melanoma: An Assertion based on comprehensive, critical analysis").

Esse grande homem deixa entrever sua alma através da frase com que termina o livreto: *"An expert is a person who tells you simple things in a confused way, in such a fashion as to make you think the confusion is your own fault."*; e, melhor ainda, nas citações que selecionou para preceder o prefácio: *"I shall go to the roots and make light even there"* (Sophocles; Oedipus Rex); *"The strongest man in the world is he who stands most alone"* (H. Ibsen; An Enemy of the people)

Neste findar de ano, perdemos a sua luz e a sua força. Mas a sua obra, certamente, ainda dará muitos frutos. Nossas já grandes saudades,

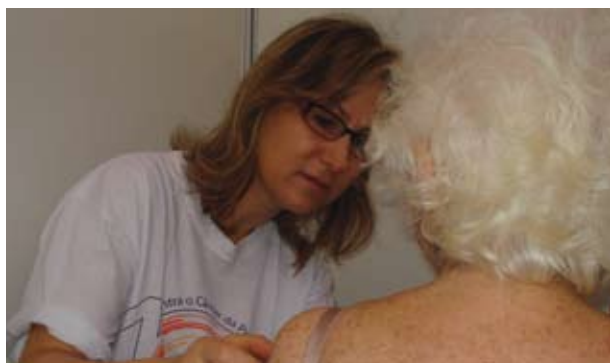
Maria Auxiliadora Jeunon e Thiago Jeunon.



10ª CAMPANHA NACIONAL DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DA PELE

A 10ª Campanha Nacional de Prevenção do Câncer da Pele foi realizada em 8 de novembro no Rio de Janeiro. Sob a coordenação do Dr. Sergio Serpa, 1.172 pessoas foram atendidas, 9% a mais do que em 2007. Todos os casos de câncer de pele diagnosticados foram encaminhados para os serviços credenciados.

A divulgação este ano foi reforçada com uma caminhada com distribuição de panfletos no fim de semana anterior, ampliando a procura pelo atendimento. A participação dos serviços credenciados e de seus integrantes, assim como dos colegas voluntários, foi fundamental para a realização da campanha, que amplia a participação social da SBD-RJ diante da sociedade.



DR^ª. ANGELA GASPARINI, COORDENADORA DA CAMPANHA PELO IDPRDA, PARTICIPANDO DO MUTIRÃO DE ATENDIMENTO



EXAME EM UM DOS 1.172 PACIENTES QUE PROCURARAM ATENDIMENTO PELA CAMPANHA



ALUNOS E PROFESSORES QUE PARTICIPARAM NO ATENDIMENTO EM UM DOS DEZ POSTOS DA CAMPANHA



O PROF. OMAR LUPI, VICE-PRESIDENTE DA SBD NACIONAL, CONCEDENDO ENTREVISTA SOBRE OS OBJETIVOS DA CAMPANHA

O CONVITE E A HOMENAGEM

Ainda estávamos em 2006 quando o então presidente eleito da SBD-RJ para 2007/2008, Prof. Celso Sodré, me convidou para participar da sua diretoria como coordenador da Mídia Eletrônica.

Antes da posse, na primeira reunião, ficou determinado que a reformulação completa do site da SBD-RJ era uma das prioridades da gestão. Foi quando percebi que a responsabilidade seria grande e que o trabalho a realizar enorme.

Mas a responsabilidade aumentou ainda mais quando, na mesma reunião, a diretoria me informou que já havia escolhido o homenageado que daria nome à gestão, o Prof. Aldy Barbosa Lima, meu pai.

A homenagem vinha de um grupo que não tinha vínculos afetivos com ele. Significava o reconhecimento a quem se dedicou com amor ao ensino da Dermatologia e pelo que ele havia representado para a SBD-RJ. Honrar esta escolha passou a ser uma meta.

A TAREFA A SER CUMPRIDA

A reformulação completa do site da SBD-RJ tinha, como principais objetivos:

- Dar ao site um design mais atualizado e compatível com a Dermatologia atual;
- Usar a Internet para a divulgação do trabalho da SBD-RJ;
- Estabelecer canais de contato entre o associado e a diretoria;
- Estimular a atualização científica;
- Oferecer serviços que facilitassem o dia-a-dia do associado;
- Valorizar o dermatologista da SBD-RJ junto à população.

OS RESULTADOS

Os resultados do trabalho valeram o esforço e se refletem no aumento da visitação ao novo site, que quadruplicou em relação ao antigo, e nos elogios que temos recebido dos associados, não apenas do Rio de Janeiro, mas também de outras regionais.

Dois anos após o convite, isto traz a grata sensação do dever cumprido e, entre tudo o que foi realizado neste período, vale destacar:

- O serviço "Procure um Associado da SBD-RJ" é o mais visitado do site e recebe milhares de pesquisas mensalmente, valorizando o dermatologista da SBD-RJ junto ao público em geral.
- A inclusão de conteúdo para o público leigo traz visitantes ao site, divulgando a SBD-RJ e seus associados.
- Na área do associado, os serviços facilitam a atualização científica e o dia-a-dia do dermatologista.
- O "Fale com os departamentos" trouxe ao associado a possibilidade de esclarecer dúvidas com os coordenadores, num sistema onde a pergunta e a resposta são publicadas para que outros associados também possam se beneficiar.
- A dobradinha com a nossa revista RioDermatológico, le-

Conseguimos apresentar o futuro design já na primeira reunião mensal de 2007 e, após incontáveis noites no computador, inúmeras trocas de e-mails e diversas reuniões, o novo site foi inaugurado no mês de maio.

O trabalho estava só começando. Era preciso corrigir os erros, ajustar detalhes, gerar conteúdo, criar os sites dos eventos (foram 14), preparar newsletters (foram 87) e desenvolver um sistema de inscrição e pagamentos via Internet.

Depois disso... Começar tudo de novo para fazer o site do DermaRio.

vou para o site artigos que, na íntegra, não caberiam na publicação escrita.

- O registro do domínio www.dermario.com.br e a criação do site do DermaRio, integrado ao da SBD-RJ, favoreceu a divulgação e valorizou o principal evento da Dermatologia carioca.

- O desenvolvimento do sistema de inscrição para os eventos via Internet facilitou a vida dos associados e simplificou a administração das inscrições.

Agradeço o esforço de todos – diretoria e funcionários da SBD-RJ, coordenadores de departamento e Booster Consulting – que colaboraram para o sucesso deste trabalho e a compreensão da minha família pelas horas subtraídas do nosso convívio.

Agradeço especialmente ao Presidente Celso Sodré pela oportunidade de ter participado desta magnífica gestão, e em nome também do meu irmão, Ricardo, pela honra de ter o nosso pai dando o seu nome a ela.

Roberto Barbosa Lima

Coordenador da Mídia Eletrônica da SBD-RJ

Hans Dohmann
Médico Cardiologista



HANS FERNANDO

O prefeito do Rio de Janeiro, Eduardo Paes sabia que a escolha de um secretário Municipal da Saúde que conhecesse profundamente a área e fugisse à indicação política, seria um desafio. O nome técnico deveria ser de alguém disposto a organizar um dos setores mais complexos e difíceis da nova gestão municipal do Rio.

O médico cardiologista Hans Dohmann, de 43 anos, conciliou todas as expectativas. O secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio é graduado em Medicina pela Fundação Técnico-Educacional Souza Marques (1990), com mestrado em cardiologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1998). Exerce as funções de diretor científico do Pró-Cardíaco Pronto Socorro, é diretor geral do Instituto Nacional de Cardiologia, médico do Instituto do Milênio de Bioengenharia Tecidual e chefe da divisão de pesquisa e desenvolvimento do Instituto Nacional de Traumatismo-Ortopedia, além de coordenador geral do PPG do Centro de Ensino e Pesquisas do Pró-Cardíaco e professor da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

Para a SBD-RJ, o nome do novo secretário foi muito bem recebido. A regional prevê na gestão 2009/2010 ampliar a atuação social, com participação mais ativa no dia-a-dia da saúde do Rio. Uma visão conjunta à da gestão municipal que visa integrar os setores e toda a sociedade para a melhoria da saúde da população.

Nesta entrevista exclusiva ao RioDermatológico, Hans Dohmann fala sobre temas importantes, como a campanha de Prevenção à Dengue, e a necessidade de união de toda a sociedade para elevar a saúde do carioca.

A dengue é o desafio mais imediato que a sua Secretaria vai enfrentar nos próximos meses. Que medidas foram adotadas até o momento ?

A dengue não pode ser um desafio imediato tem que ser um desafio constante e não só do setor saúde, mas de todos os setores da sociedade.

Para evitar novas epidemias, são necessárias as implantações de uma política de saneamento mais eficaz, de uma política habitacional e da regularização do abastecimento de água no município do Rio de Janeiro. Só começaremos a resolver o problema da dengue quando reduzirmos a vulnerabilidade sócio-ambiental e a injustiça social na ocupação do espaço urbano.

Para este verão estamos organizando nosso planejamento em 3 frentes:

1- Intensificar as ações de combate ao vetor;

Todas as ações de controle de vetor foram, até agora, centradas principalmente na destruição de larvas, por meio da identificação dos locais onde elas se reproduzem. Destruir milhares de potinhos ou tratar com larvicidas milhares de vasilhames de plantas não impede que se tenha, no mesmo quarteirão, um grande criadouro de mosquitos capaz de infestar toda a área. Esses criadouros são, muitas vezes, de difícil acesso. Faremos a lição de casa sem inventar. Utilizaremos estratégias de mobilização social, com forte integração com todas as secretarias de governo e da sociedade civil, tratando realmente a causa da doença, a desordem urbana e a vulnerabilidade social.

2 - Plano de comunicação com a linguagem carioca voltado para o coletivo;

Na nossa sociedade, o indivíduo se vê como integrante, mas, em geral, não reconhece sua participação na dimensão coletiva, do grupo social e do lugar. Mas a dengue, antes de ser uma doença do indivíduo, é principalmente um problema coletivo.

3 - Organização e ampliação do acesso aos casos;

Estudamos os principais planos municipais brasileiros de sucesso contra a dengue, e os planos municipal, estadual e federal, para elaborarmos um plano único para a cidade do Rio de Janeiro, organizando e ampliando o acesso aos casos de dengue. Nosso principal desafio será a inexistência de uma rede de atenção primária na cidade.

É possível integrar de forma mais adequada e eficiente a rede hospitalar pública nas esferas federal, estadual e municipal?

Nunca se viu uma época tão favorável e de diálogo entre essas três esferas de poder no Rio de Janeiro. Todos têm um papel essencial para que o Rio dê a volta por cima na saúde. É importante organizar os fluxos e estruturar a porta de entrada única no sistema, fortalecendo a atenção básica. Nesse ponto a integração das três esferas de poder é fundamental. O município, ampliando o Saúde da Família, aumentará a capacidade de resolução dos problemas de saúde e reduzirá a necessidade de hospitais. Pelo esta-

DOHMANN, SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL.

do, iremos implantar a regulação única de leitos para uma resolução mais rápida e equânime desta demanda.

Nosso trabalho também estará muito focado no aumento da rede de atenção básica, que hoje cobre apenas 3,3% da população do município. A expansão do Saúde da Família e o funcionamento de unidades básicas de saúde irão garantir o atendimento digno ao cidadão para questões como hipertensão, diabetes entre outras.

Enquanto a população não tiver cobertura universal de atenção básica, será impossível organizar a rede hospitalar para o atendimento de casos que demandem verdadeiramente a estrutura de um hospital.

O salário dos médicos é diferenciado nas três esferas. Como motivar os profissionais de saúde diante de más condições de trabalho, falta de motivação intelectual etc?

É essencial valorizar todos os profissionais da saúde. Médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, todos os envolvidos. Cada um tem papel fundamental no sistema.

Além dos salários, será necessário mexer em muitos outros pontos. Dar ambientes de trabalho em que o profissional sinta-se valorizado assim como reconhecimento e incentivos para educação médica continuada.

Ainda estamos avaliando a melhor maneira de reconhecer e motivar esses profissionais. A questão é complexa, mas tem solução. Várias opções estão sendo estudadas e, em breve, poderemos falar mais detalhadamente sobre o assunto. A saúde não se dá sem pessoas.

A contribuição da rede privada ao Sistema Único de Saúde (SUS) não seria importante para diminuir a demanda excessiva na rede pública?

Estamos construindo um Sistema Único de Saúde conforme conquista da nossa sociedade e estatuído pela constituição federal. A obrigação do estado é garantir acesso universal a todos os brasileiros de acordo com suas necessidades, a rede privada deve ser complementar a essas ações. A construção deste sistema está diretamente ligada com a sociedade que queremos construir.

Qual o resultado dos implantes de fibroblastos e as aplicações das células-tronco na Cardiologia?

Em relação ao implante de fibroblastos, a satisfação dos pacientes a longo prazo é significativa. A qualidade do dermatologista que atende ao paciente é fundamental para identificar os casos que podem se beneficiar do procedimento, realizá-lo com sensibilidade e armazenar as imagens que permitam ao paciente perceber os efeitos, comparando às realizadas meses após o procedimento. O testemunho mais freqüente dos pacientes é perceber uma pele com sensação visual e tátil mais saudável, refletindo o que se espera destas células.

Na cardiologia, as melhores evidências disponíveis neste momento demonstram resultados superiores a qualquer outra terapêutica disponível, sendo adicionais (e não substitutivas) a estas. Por exemplo, no caso do Infarto Agudo do miocárdio, o melhor tratamento disponível hoje é a angioplastia primária. O uso das células tronco oferece um resultado no mínimo 85% superior ao da angioplastia primária, sendo que se soma ao efeito desta. Se os grandes estudos conduzidos no Brasil e na Alemanha confirmarem este resultado, teremos grande impacto no tratamento destes pacientes.

Qual a relevância da Campanha Nacional de Prevenção do Câncer de Pele à saúde pública?

Toda a campanha de conscientização é importante desde que seja contínua, como esta da SBD, que acontece há 10 anos.

A SBD-RJ agradece a entrevista e se coloca à disposição para colaborar com a implementação de medidas públicas de saúde relacionadas à Dermatologia.

“A obrigação do estado é garantir acesso universal à saúde a todos os brasileiros”

1994 - 2008

Neste número, os últimos quinze anos da linha dos 45 anos da SBD-RJ até 2008. Há duas edições, o RioDermatológico destacou os fatos mais relevantes dos 45 anos da regional, graças à imensa contribuição e ajuda de muitos colegas.

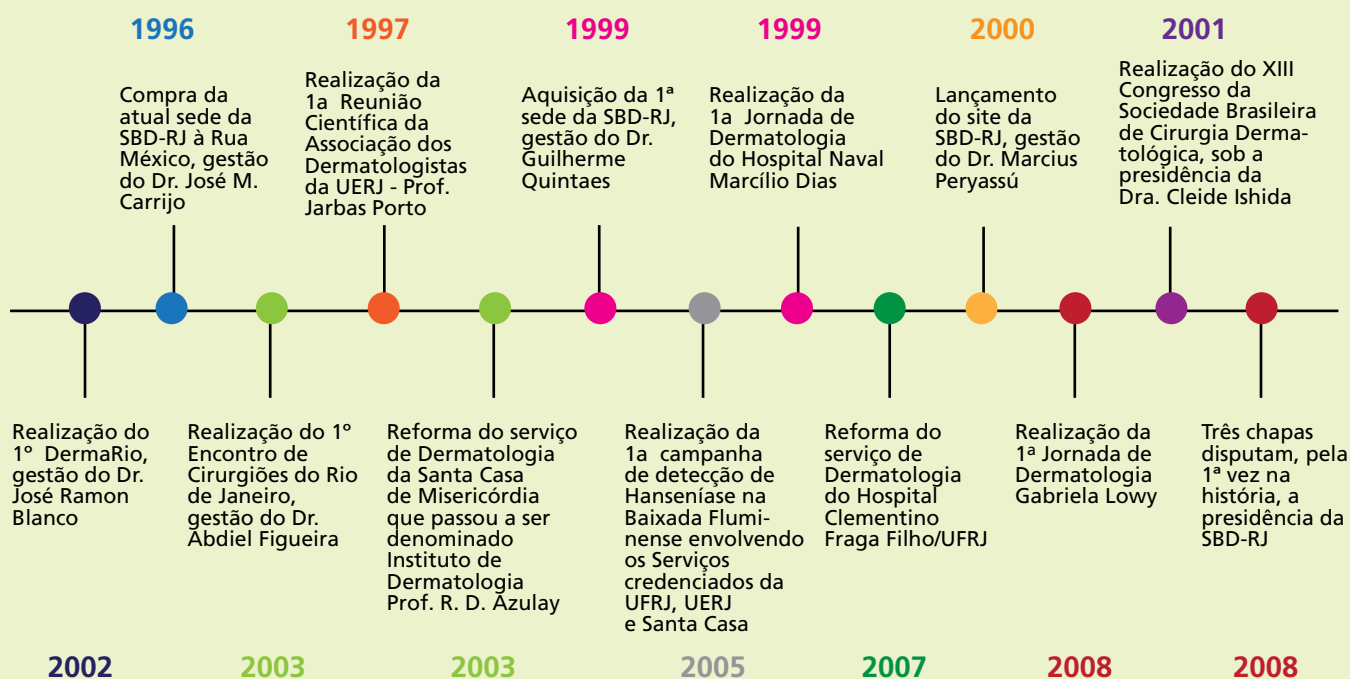
Para ilustrar as datas mais marcantes, os responsáveis pela pesquisa recorreram a livros editados sobre a história da dermatologia brasileira, alguns deles com capítulos exclusivos dedicados à SBD-RJ, uma das regionais mais antigas do país.

Foi um esforço conjunto. Não somente da pesquisa editorial, mas no esmero de nossos associados mais antigos em resgatar da memória alguns momentos importantes e marcantes da SBD-RJ;

Embora o esforço tenha trazido à tona algumas datas relevantes, relembrando a participação de associados notáveis em nossa trajetória, pedimos desculpas se deixamos passar algum fato alguém de grande relevância.

Desculpem-nos qualquer omissão. Cabe ressaltar, ainda, que nesses últimos 15 anos aconteceu um número muito maior de fatos relevantes. É o atestado do nosso crescimento institucional.

Que nos próximos anos, continuemos a nos desenvolver como entidade organizada pelo bem da DERMATOLOGIA e pelo bem da SOCIEDADE!



DIA 27 DE DEZEMBRO DE 2008 - 45 ANOS DA SBD-RJ

FESTA INESQUECÍVEL

Os motivos eram muitos. O aniversário de 45 anos da SBD-RJ no mês de dezembro; a posse da nova diretoria da regional, o desfecho bem sucedido do Simpósio de Dermatologia Cosmiátrica e do Curso de Atualização em Laser da SBD-RJ assim como o término de uma gestão vitoriosa.

Realizado no clube Marina, na Barra, o evento teve a presença de cerca de 400 associados que compareceram no intuito de se confraternizar, prestigiar e se divertir com a diretoria anterior e a atual.

Boa música, decoração bonita, bebida e comida fartas. O bom astral da comemoração, foi regado por muita animação e dança.

Durante a passagem oficiosa à nova gestão, os doutores. Celso Sodré, João Avelleira e Carlos Barcaui proferiram discursos curtos, reforçando o que se têm dito sobre a eleição da nova diretoria. Em linhas gerais, os objetivos foram mantidos e, portanto, permanece a forte crença que a dermatologia carioca continuará a se desenvolver com vigor no próximo biênio.



TUMOR DE ABRIKOSSOFF:

Lilian De Luca Maciel, Eduardo Velasques, Alexandre Rossini de Sá Fortes,
Ademilson Teixeira Caldas, Cassio Dib

*Hospital Geral de Bonsucesso
Serviço de Dermatologia*

INTRODUÇÃO:

O tumor de células granulosas é uma neoplasia benigna pouco comum. Foi primeiramente descrito por Abrikossoff em 1929. Apresenta histogênese incerta, mas acredita-se que seja derivado da bainha de células nervosas. Alguns autores relatam associação com traumas locais múltiplos. Acomete principalmente mulheres (3:1); adultos entre 30 e 50 anos e tem predileção por indivíduos da raça negra. Geralmente apresenta-se como nódulo único localizado na língua. Em poucos casos se manifesta como múltiplas lesões, podendo acometer vísceras e simular tumores malignos.

RELATO DO CASO:

Paciente masculino, 59 anos, negro, natural e procedente do Rio de Janeiro, serralheiro. Referia, há dois anos, surgimento espontâneo de múltiplos nódulos assintomá-

ticos disseminados pelo tegumento. Negava trauma local. Não apresentava outras doenças ou história familiar de neoplasias.

Ao exame dermatológico apresentava vinte e cinco nódulos, recobertos por pele normal, de consistência firme à palpação que variavam de 1 a 3.5 cm e se distribuíam nas regiões cervical, peitoral, abdominal, inguinal e uma lesão na língua. O diagnóstico foi realizado através de exérese e exame histopatológico de uma das lesões localizada na região inguinal. O paciente apresentava, ainda, um nódulo na aréola direita cuja mamografia sugeria neoplasia maligna. No entanto, o diagnóstico histopatológico foi tumor de células granulosas. As demais lesões apresentavam características benignas ao exame: limites bem definidos, ausência de ulceração ou infiltração local e tamanho menor que 5 cm. Os exames laboratoriais e de imagem, como USG abdominal e RX de tórax estavam normais. Optou-se por tratamento conservador com acompanhamento periódico, pois as lesões eram assintomáticas e múltiplas, e o paciente não desejava excisão de todas. Atualmente, após sete meses de acompanhamento, não houve alterações clínicas sugestivas de transformação maligna.



FIG. 1: LESÃO NODULAR ASSINTOMÁTICA NA LÍNGUA



FIG. 2: MÚLTIPLAS LESÕES NODULARES NO TÓRAX E LESÃO AREOLAR

MÚLTIPLAS LESÕES

DISCUSSÃO:

Embora o tumor de células granulosas seja pouco comum e apresente comportamento benigno, seu conhecimento é importante para maior facilidade no diagnóstico. Aproximadamente 44% dos pacientes apresentam acometimento da pele e do tecido celular subcutâneo. Quando o tumor é único, o local mais comum é a língua. As lesões são múltiplas em 15% dos pacientes, podendo acometer esôfago, laringe, mama e mucosa oral ou genital. Geralmente se apresenta como nódulos firmes na pele e subcutâneo, cor da pele a vermelho-amarronzados e de crescimento lento. Eventualmente apresenta-se como placa avermelhada, nódulo ulcerado ou com superfície verrucosa. O diagnóstico é histopatológico, apresentando células caracteristicamente grandes, de forma poligonal e com citoplasma pálido repleto de múltiplos grânulos eosinofílicos. A imunohistoquímica positiva para proteína S-100 e para enolase neuronal específica reforça a hipótese de sua origem neuronal. Deve-se evitar a biópsia superficial pois, a hiperplasia pseudocarcinomatosa pode gerar confusão no diagnóstico histopatológico.

O diagnóstico diferencial se faz com dermatofibroma, leiomioma, leiomiossarcoma, angiossarcoma, carcinoma de células escamosas, e com metástase cutânea. Embora raras, estão descritas formas malignas deste tumor. Os sinais clínicos de malignização são: recorrência após excisão ampla, ulceração, crescimento rápido e caráter infiltrativo. As lesões viscerais podem simular neoplasias e devem ser lembradas no diagnóstico diferencial no caso de nódulos de laringe, esôfago, reto e de mucosas.

CONCLUSÃO:

O tumor de células granulosas é benigno, pouco comum, e geralmente se manifesta através de nódulos assintomáticos. Sua importância está no diagnóstico diferencial de lesões nodulares, tanto benignas como malignas, como é o caso do paciente em relação ao nódulo areolar. O tratamento definitivo é cirúrgico com exérese ampla, porém, devido ao seu crescimento lento e comportamento benigno, as lesões podem ser tratadas conservadoramente apenas com seguimento clínico.

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

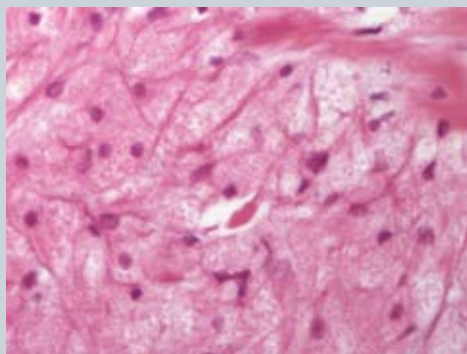


FIG. 3 EXAME ESTOPATOLÓGICO: CÉLULAS DE FORMA POLIGONAL, CITOPLASMA GRANDE E PÁLIDO, REPLETO DE MÚLTIPLOS GRÂNULOS EOSINOFÍLICOS

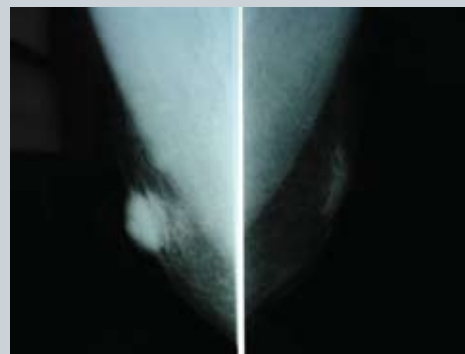


FIG. 4 : MAMOGRAFIA. À ESQ: LESÃO NODULAR SUBCUTÂNEA NA MAMA DIREITA COM INFILTRAÇÃO DO PARÊNQUIMA SUBJACENTE MIMETIZANDO NEOPLASIA MALIGNA. À DIR: MAMA ESQUERDA SEM ALTERAÇÕES

ESPOROTRICOSE CUTÂNEO-ARTICULAR

Hugo Guimarães Scotelaro Alves, Juliana Carnevale Pina
Carolynne Farias de Araújo, Tiyomi Akiti, Nurimar C. Fernandes

Serviço de Dermatologia HUCFF/UFRJ

RELATO DE CASO:

AB, masculino, 75 anos, negro, residente em São João de Meriti, aposentado, praticante de jardinagem, apresentava em janeiro de 2008, lesão na face com evolução de 9 meses. Inicialmente uma pápula em dorso nasal que se tornou pústula e, posteriormente, culminou em úlcera de bordos irregulares, fundo eritematoso com exsudato purulento que acometia região malar bilateral e dorso nasal. A lesão era assintomática e no exame físico não apresentava linfonodomegalias ou qualquer outra alteração.

Na história patológica pregressa além de HAS, DM estava em retirada de corticoterapia devido a linfoma gástrico não-Hodgkin difuso misto de células B. Na história social negava tabagismo e etilismo.

Nossas hipóteses diagnósticas foram de leishmaniose, esporotricose, paracoccidioidomicose e carcinoma espinocelular ulcerado sendo, portanto, realizada biópsia em fuso da borda da lesão com envio de material para exames histopatológico, bacteriológico e micológico. A cultura confirmou esporotricose e o tratamento proposto foi itraconazol 200 mg/dia.

Após 3 meses em uso de medicação irregular, paciente retorna com piora do quadro e importante infecção secundária. A conduta seguida foi de internação hospitalar, administração regular do itraconazol 200 mg e antibióticoterapia com cefalexina 2g/dia. Quinze dias após, o paciente evoluiu com disseminação cutânea de lesões pápulo-folículo-pustulosas em membros e abdome; artrite em tornozelo direito, punho esquerdo (cultura positiva do líquido sinovial para o *S. schenckii*) e 3º pododáctilo esquerdo. A radiografia de tórax evidenciou imagem de cavitação em lobo médio esquerdo e adenopatia hilar direita, apesar da ausência de sintomas.

A investigação prosseguiu com lavado bronco-alveolar negativo para o *S. schenckii* e BAAR, sorologia anti-HIV negativo e tomografia de crânio sem alterações.

Tendo em vista a apresentação clínica do paciente e seus exames, o tratamento escolhido foi o aumento da dose para 400mg/dia de itraconazol por 12 meses. A cicatrização da lesão iniciou-se após 50 dias, com fechamento total em 105 dias. Os critérios de controle da doença foram a redução do VHS inicial de 100 para 20 mm/h e normalização da radiografia de tórax.

DISCUSSÃO

Esporotricose é uma micose subcutânea de evolução subaguda ou crônica causada pelo fungo dimórfico. Apresenta-se sob 4 diferentes formas clínicas: cutâneo-linfática, cutânea fixa, disseminada e extra-cutânea.

A forma cutâneo-linfática é a mais comum (75% dos casos) e caracteriza-se por cancro de inoculação e cadeia de nódulos linfáticos principalmente em membros.

Já a forma fixa caracteriza-se por lesão única, sem linfonodomegalia. Podendo apresentar-se como pápula, pústula, nódulo ou úlcera, geralmente em crianças e faz diagnóstico diferencial com outras doenças da síndrome verrucosa (PLECT).

Em pacientes imunossuprimidos (AIDS, diabéticos, etilistas, portadores de neoplasia etc.) raramente pode ocorrer as formas disseminada cutânea e disseminada sistêmica. A primeira com lesões pápulo-pústulo-folículo-crostosas, placas ou úlceras em qualquer parte do corpo por disseminação hematogênica e com cultura positiva para o *S. schenckii* em cada lesão. A forma disseminada sistêmica caracteriza-se por dois ou mais sistemas acometidos (principais: SNC, pulmão, osteo-articular, medula óssea), com cultura positiva além da presença de febre e comprometimento do estado geral.

Por último, a forma extra-cutânea de difícil diagnóstico por não haver acometimento cutâneo, pode acometer qualquer órgão ou sistema através de inoculação direta ou inalação do fungo. A disseminação é por via hematogênica. A forma articular é a mais comum (80%) caracterizada por monoartrite de grandes articulações com cultura de líquido sinovial positiva para o *S. schenckii* podendo culminar com osteomielite. O acometimento pulmonar é semelhante clínica e radiologicamente ao da tuberculose, porém com lavado bronco-alveolar positivo para esporotricose.

DISSEMINADA

Abscesso ou meningite são as apresentações da esporotricose quando o SNC é afetado. Clinicamente observam-se cefaléia, náuseas, vômitos, febre e déficit neurológico focal. Pode ser confirmada pela tomografia de crânio em caso de abscesso e com punção lombar positiva para o *Sporothrix schenckii* na meninge.

O tratamento para esporotricose apesar de relatos de casos de involução espontânea baseia-se em três principais drogas: iodeto de potássio (formas cutânea fixa e linfocutânea), itraconazol e anfotericina B (pacientes HIV+, meningite e acometimento do estado geral com risco de vida). Nossa opção foi pelo itraconazol devido a sua eficácia, segurança em paciente idoso, com quadro clínico estável e bom estado geral, apesar da doença de base.

CONCLUSÃO

O paciente inicialmente apresentava a forma fixa da esporotricose que por má adesão terapêutica e em retirada de corticoterapia sistêmica evoluiu para as formas cutâneo disseminada e articular. Apesar da alteração radiológica sugestiva, o paciente não apresentava nenhum sinal ou sintoma de acometimento pulmonar e o lavado bronco-alveolar era negativo. Contudo, houve regressão total radiológica confirmada à tomografia de tórax. Por fim, o itraconazol mostrou-se uma droga segura, de excelente resposta para as formas clínicas do nosso paciente sem seqüelas ou efeitos colaterais.

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



FIG. 1- LESÃO ULCERADA DE FUNDO ERITEMATOSO PURULENTO

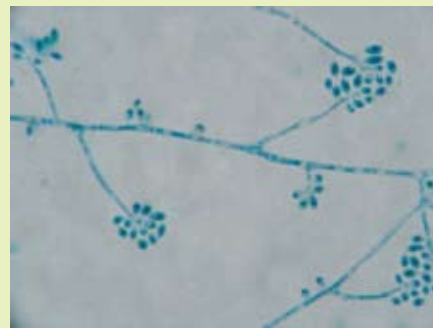


FIG. 2- EXAME DIRETO DA CULTURA DO *S. SCHENCKII* HIFAS HIALINAS, SEPTADAS, DELICADAS E RAMIFICADAS COM CONÍDIOS QUE SE ASSEMELHAM À MARGARIDA NAS EXTREMIDADES DOS CONIDIÓFOROS



FIG. 3- DISSEMINAÇÃO CUTÂNEA - LESÕES PÁPULO-CROSTOSAS



FIG. 4- ARTRITE POR *S. SCHENCKII*



FIG. 5- CICATRIZAÇÃO TOTAL DA LESÃO APÓS 105 DIAS DO TRATAMENTO

NEVO DA EPIDERMÓLISE

Carolina Porto Cotrim, Fernanda Tolstoy, Ricardo Barbosa Lima,
Carlos Alberto Basílio de Oliveira, Gabriela Lowy

*Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário
Gafrée e Guinle da UNI-RIO.*

INTRODUÇÃO:

O Nevo da Epidermólise Bolhosa (Nevo EB) constitui a designação dada para o nevo melanocítico adquirido em pacientes com Epidermólise Bolhosa (EB). Este nevo é particularmente importante por ser clinicamente indistinguível do melanoma de acordo com a regra do ABCD.

Apesar de ter evolução benigna, ao mimetizar um melanoma, pode induzir a tratamentos agressivos desnecessários.

A seguir relatamos um caso em uma paciente portadora de Epidermólise Bolhosa Simples (EBS).

RELATO DO CASO:

Paciente do sexo feminino, 5 anos, branca, natural e residente no Rio de Janeiro, portadora de EBS, em acompanhamento no nosso serviço há 4 anos.

A avó relatava, há 2 anos, o surgimento de lesão pigmentada no 4º pododáctilo esquerdo, com crescimento rápido em área de lesões bolhosas recorrentes.

O diagnóstico de EBS havia sido confirmado anteriormente através do imunomapeamento, que mostrou a presença de clivagem epidérmica com fluorescência no lado dérmico da clivagem para os antígenos do penfigóide bolhoso, laminina, e colágenos tipos IV e VII.

Ao exame, a paciente apresentava bolhas flácidas e rotas entre os pododáctilos e nas regiões plantares, além de uma lesão pigmentada assimétrica, com bordas irregulares, lesões satélites e cores variadas acometendo a face dorsal do 4º pododáctilo esquerdo (Fig. 1), face medial, face lateral e face plantar da falange distal (Fig. 2).

A dermatoscopia mostrou múltiplos pontos acastanhados irregulares na face dorsal. Na periferia da lesão havia gru-

pamentos irregulares de glóbulos agregados entremeados com áreas de pele sã, padrão que sugere o crescimento de lesão pigmentada nesta faixa etária (Fig. 3). Na face plantar havia associação dos padrões pararelo sulcado e fibrilar, e alguns pontos isolados na periferia. Sendo assim, a dermatoscopia revelou um padrão sugestivo de benignidade, com o padrão global globular.

O exame histopatológico evidenciou ninhos com formas e tamanhos regulares, constituídos por melanócitos típicos restritos à junção dermoepidérmica e à derme papilar que estava espessada. Não havia progressão destes ninhos para a derme reticular e a epiderme estava livre, denotando o caráter adquirido e benigno da proliferação (Fig. 4). Assim, o laudo histopatológico foi compatível com o de um nevo composto adquirido.

Reunindo os achados clínicos, dermatoscópicos e histopatológicos, concluímos tratar-se de um Nevo EB.

DISCUSSÃO:

O termo Nevo EB, foi proposto por Bauer e colaboradores em 2001, para designar lesões melanocíticas adquiridas com características clínicas, histopatológicas e comportamento peculiares em pacientes com EB. Em um grupo de 86 pacientes, os autores encontraram uma incidência de 14%, com 12 pacientes acometidos.

As lesões surgem na infância, principalmente na faixa etária dos sete aos onze anos, apesar de existirem casos descritos em adultos.

Ocorrem em todas as formas de EB, com o predomínio nas formas juncional e distrófica da doença, sendo relatados apenas três casos na EBS.

A sua patogênese não está totalmente esclarecida, acreditando-se que traumas repetidos na camada basal, no local da bolha, induzam à proliferação de melanócitos devido ao processo inflamatório e de reepitelização.

BOLHOSA

Clinicamente são lesões que surgem em áreas de lesões bolhosas recorrentes, de maneira eruptiva, com assimetria marcante, bordas irregulares, cores variadas com pigmentação irregular, e diâmetro variando de 3 a 15 centímetros.

Possuem evolução dinâmica, com crescimento rápido, podendo ocorrer alteração da superfície, perda da pigmentação, e até involução espontânea.

Lanschuetzer e colaboradores analisaram os padrões dermatoscópicos de 23 lesões e encontraram com maior frequência os padrões globais de multicomponentes, globular irregular e vascular atípico.

Apesar desses nevos preencherem critérios clínicos e dermatoscópicos para melanoma, sua histopatologia será compatível com um nevo composto ou com um nevo persistente, constituindo verdadeiras exceções à regra do ABCD clínico.

Além disso, o acompanhamento de pacientes por até 25 anos não evidenciou evolução maligna.

Considerando os dados da literatura, optamos pela conduta expectante na nossa paciente, com acompanhamento clínico e dermatoscópico periódicos, evitando uma cirurgia agressiva e possivelmente mutilante.

Concluindo, ressaltamos a raridade dessas lesões, sendo esse o quarto caso descrito em um paciente com EBS. Além disso, apesar da sua evolução benigna, enfatizamos a importância do seu diagnóstico diferencial com o melanoma, e principalmente, a necessidade do acompanhamento periódico, visto que um curso maligno ainda não pode ser totalmente excluído.

Agradecimentos:

Ao Dr. Carlos Barcaui pela realização do exame dermatoscópico e a Dr^a. Maria Auxiliadora Jeunon pelo exame anatomo-patológico.



FIG. 1 - LESÃO PIGMENTADA ASSIMÉTRICA, COM BORDAS IRREGULARES, LESÕES SATÉLITES E CORES VARIADAS



FIG. 2 - ASPECTO DA FACE PLANTAR COM BOLHAS E LESÃO MELANOCÍTICA COM CONTOIRNO IRREGULAR

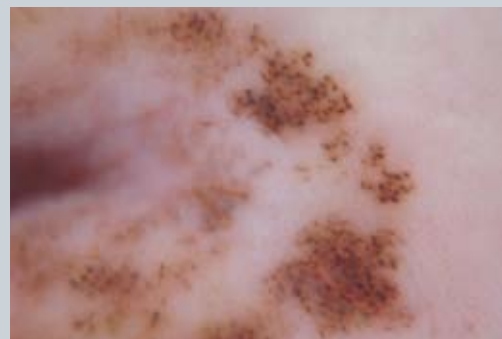


FIG. 3 - DERMATOSCOPIA DA PERIFERIA COM GLÓBULOS AGREGADOS IRREGULARES ENTREMEADOS POR ÁREAS DE PELE Sã

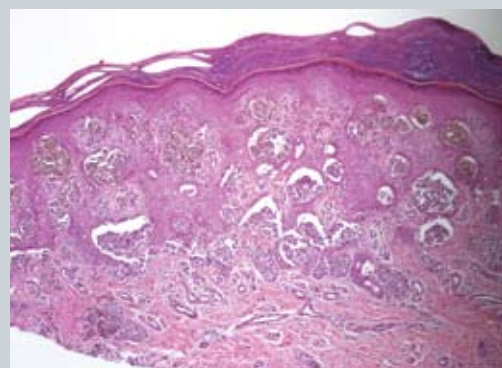


FIG. 4 - NINHOS DE MELANÓCITOS TÍPICOS RESTRITOS A JUNÇÃO DERMOEPIDÉRMICA E DERM E PAPILAR - AUMENTO DE 100X

OUTRAS APLICAÇÕES EM

O histórico da dermatoscopia remonta ao ano de 1663, quando capilares do leito ungueal foram pela primeira vez observados *in vivo* com um microscópio, por Christophorus Kolhaus. O primeiro relato da utilização dessa técnica em Dermatologia foi feito por Johann Saphier, da Universidade de Munique, que descreveu os capilares da pele normal e patológica, em 1920. Porém, o grande fator que viabilizou a difusão desse método diagnóstico foi a invenção do dermatoscópio manual, na década de 80. Desde então, é cada vez maior o número de relatos da utilização dessa técnica no diagnóstico de dermatoses diversas além, obviamente, de sua aplicação primordial no diagnóstico precoce do melanoma.

Dentre as doenças infecciosas destacamos sua utilização no diagnóstico da escabiose, que pode facilmente ser feito pela identificação de pequenas estruturas triangulares enegrecidas (ácaro) acompanhadas de um pequeno segmento linear (túnel escabiótico preenchido por ovos e fezes parasitários), encontrados na base do triângulo, lembrando o aspecto de um “avião que deixa sua esteira de fumaça”; no diagnóstico da pediculose e da fitiríase; na identificação das verrugas causadas pelo HPV, nas quais os vasos tortuosos podem ser observados, auxiliando no diagnóstico diferencial com calosidades na região plantar ou com lesões cicatríciais pós-crioterapia; no diagnóstico diferencial da tinea *ni-gra palmar* com melanoma acral, devido à ausência de critérios para lesão melanocítica. (Figs. 1 e 2)

Em dermatoses inflamatórias como a psoríase, a identificação do padrão vascular de vasos tortuosos ou em “gram-

po de cabelo” das lesões é bem característica. No líquen plano, assim como no lúpus eritematoso e no eritema pigmentar fixo, a presença de múltiplos pontos cinza-azulados é indicativa do derrame de pigmento melânico para derme (melanófagos). Na pitíriase rósea, a escamação tende a ocorrer do centro da lesão para periferia e os finos fragmentos das escamas (colarete) permanecem ligados à epiderme apenas na periferia, conferindo um aspecto acortinado. (Fig. 3)

É curioso reparar a retomada do interesse na literatura mundial pelo padrão vascular dermatoscópico principalmente dos tumores cutâneos não pigmentados. São exemplos de tumores cutâneos com padrão vascular bem caracterizado: carcinoma basocelular – telangiectasias arboriformes; hiperplasia sebácea – vasos em coroa; doença de Bowen – grupamentos de vasos glomerulares; acantoma de células claras – vasos globulares com distribuição serpiginosa; nevos intradérmicos – vasos em vírgula; melanoma amelanótico – padrão atípico; lesões ceratinocíticas espessas – vasos em grampo de cabelo com halo claro ao redor, etc. Apesar de não possuir o mesmo aumento de um microscópio, a dermatoscopia também vem sendo utilizada para análise da capilaroscopia principalmente no diagnóstico de colagenoses. (Fig. 4)

Outra grande aplicação prática da dermatoscopia, com um número crescente de artigos sendo publicados na literatura mundial, com destaque para escola italiana, são as doenças do folículo piloso. Devido ao seu fácil acesso e rápida aplicação, pode poupar a realização de biópsias, per-



FIG. 1



FIG. 2



FIG. 3

DERMATOSCOPIA

mite a documentação fotográfica para posterior acompanhamento e uma análise qualitativa e quantitativa do couro cabeludo com custo baixo, além de ser um método muito bem aceito pelos pacientes. (Fig. 5)

Na dermatologia cosmiátrica, a dermatoscopia tem sido empregada como ferramenta auxiliar no diagnóstico do melasma, das olheiras, da ocronose e das hipercomias residuais, o que permite o reconhecimento da profundidade (epiderme/ derme) em que o pigmento se encontra e tem valor prognóstico. (Fig. 6)

Ao longo dos últimos 2 anos, ou seja, dos últimos 8 números do Rio Dermatológico, procuramos abordar de maneira didática e ilustrativa temas relacionados à dermatoscopia, com enfoque em suas aplicações práticas na Dermatologia do dia-a-dia. Esperamos ter alcançado nosso objetivo de difundir a utilização desse método diagnóstico não invasivo e inovador em nosso meio. Lembramos que todos os números anteriores desse jornal estão disponíveis para download no site da SBD RJ – www.sbdj.org.br e que estamos à disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas sobre o assunto através do email sbdj@sbdj.org.br.

Um forte abraço e boa festas!

Carlos Barcaui

DICAS ÚTEIS:

- Ao utilizar seu dermatoscópio para examinar lesões potencialmente infectantes proteja a lente com filme de PVC.
- Quando o reconhecimento do padrão vascular é importante, lembre-se de manusear o dermatoscópio sem aplicar muita pressão na lesão
- Ao examinar o couro cabeludo com dermatoscópio, a água pode perfeitamente ser utilizada como líquido de interface.
- O lugar do dermatoscópio não é na gaveta! Ele tem que estar à mão.

FIG. 1 – *PHIRUS PUBIS*. PODEMOS OBSERVAR COM CLAREZA A PRESENÇA DO SANGUE NA PROBÓSCIDE E NO INTERIOR DO PARASITA HEMATÓFAGO. (10X)

FIG. 2 – CONDILOMA ACUMINADO. NOTAR AS ESTRUTURAS PAPILARES EXOÍTICAS COM SUAS RESPECTIVAS ALÇAS CAPILARES. (10X)

FIG. 3- OBSERVAR AS ALÇAS CAPILARES LONGADAS (“EM GRAMPO”) EM MEIO A UMA PLACA DE PSORÍASE NO COURO CABELUDO. (30X)

FIG. 4 – HIPERPLASIA SEBÁCEA. OBSERVAR A DISTRIBUIÇÃO DOS VASOS NA PERIFERIA DA LESÃO FORMANDO O ASPECTO “EM COROA”. DIFERENTEMENTE DO CARCINOMA BASOCELULAR, OS VASOS NÃO ATRAVESSAM TODO O TUMOR. (10X)

FIG. 5 – ALOPECIA ANDROGENÉTICA, REGIÃO DO VÉRTEX. OBSERVAR A INTENSA VARIAÇÃO DE DIÂMETRO DAS HASTES CAPILARES APRESENTADA PELO PACIENTE. OUTRA CARACTERÍSTICA QUE PODE SER ENCONTRADA NAS ÁREAS ACOMETIDAS É O AUMENTO DA REDE PIGMENTADA, DEVIDO A MAIOR EXPOSIÇÃO À LUZ SOLAR.

FIG. 6 – MELASMA. NOTA-SE A EXACERBAÇÃO DA PSEUDO-REDE NORMAL DA FACE, O QUE SUGERE TRATAR-SE DE LESÃO EXCLUSIVAMENTE EPIDÉRMICA. (10X)

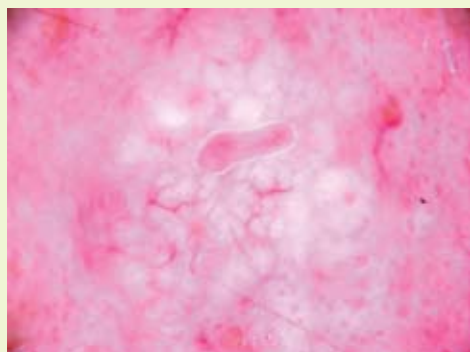


FIG. 4

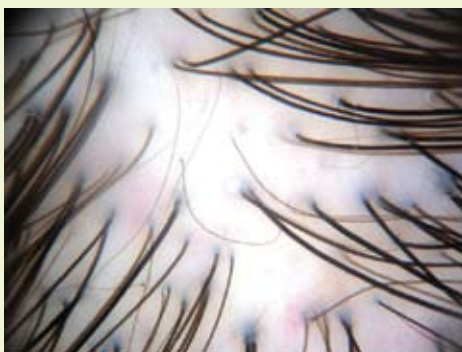


FIG. 5

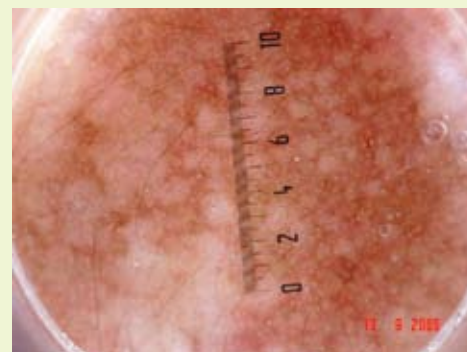


FIG. 6

COLUNA ETHOS

Esta será minha última coluna na condição de responsável pela Comissão de Ética e Defesa Profissional na gestão do colega e amigo, Presidente da Regional Rio de Janeiro, Celso Sodré.

Conhecedor das nossas limitações frente a toda uma legislação confusa, que impede ações mais severas, acredito que se evoluiu positivamente na definição de atos que envolvem as manifestações do Conselho Federal de Medicina e seu representante estadual, o Conselho Regional de Medicina. Focando principalmente no exercício e divulgação de uma especialidade não reconhecida pelo nosso órgão máximo, a chamada medicina estética, resultou de importância para nossa entidade a convocação geral para que nossos associados mudassem de postura e procurassem, de certa forma, mostrar o nosso diferencial. Afinal o DERMATOLOGISTA tem hoje uma formação entre 3 e 4 anos, uma prova para obtenção de um TÍTULO DE ESPECIALISTA concedido pela AMB-CFM-SBD que configura uma verdadeira dedicação ao elemento PELE e seus anexos, tanto nas suas doenças quanto na sua beleza, seja no tratamento ou na prevenção. Acredito que aqui se concentra uma ação importante para ser desencadeada junto à população em geral: tornar públi-

co este nosso diferencial, demonstrar nossa formação para que tenhamos o respeito que se faz necessário. Esta é uma ação que deve ser desencadeada pela SBD e suas regionais, de forma maciça, contínua e não apenas de forma pontual.

Minha visão para o futuro inclui também, a continuidade e defesa na formação geral do ESPECIALISTA. Ele deverá saber tratar muito bem as doenças dermatológicas na mesma intensidade que procurará praticar a melhor das técnicas revolucionárias que cuidam da aparência da pele, mas nunca antes de conhecer bem a comprovação científica dos seus atos. E que este DERMATOLOGISTA tenha como preceito máximo o respeito ao nosso código de ética, exercendo assim, nossa profissão com a dignidade própria de um verdadeiro MÉDICO.

Registro aqui o meu agradecimento a esta gestão pela confiança atribuída, desejando que o futuro desta Comissão seja de êxito nos seus empenhos. Continuarei junto com alguns amigos e colegas, nossas ações na Câmara Técnica do CREMERJ, embora com objetivos diferentes, mas defendendo sempre o significado das nossas intenções.

Abdiel Figueira Lima

Presidente da Comissão de Ética e Defesa Profissional da SBD-RJ

SILIMED

Há 30 anos transformando sonhos.

MATRIDEX®

RIO DE JANEIRO
Matriz: 21 2295.1601
Filial Barra: 21 3154.7118 / 21 3154.7119

SÃO PAULO
Filial: 11 5594.8383
Itaim: 11 3079.6679 / 3079.6676

FEVEREIRO 2009

05

Dia do Dermatologista

Festa de Comemoração do Dia do Dermatologista da SBD
Local: a definir

MARÇO 2009

06 a 10

67th Annual Meeting of the American Academy of Dermatology
Local: San Francisco

14

Reunião Ordinária Mensal SBD Fluminense
Local: Hospital Universitário Antonio Pedro

25

Reunião Mensal
Local: Colégio Brasileiro de Cirurgias

28

2º Curso: Exercícios de Dermatopatologia
Local: Auditório Hospital da Lagoa



LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE

A proteção solar de ANTHELIOS Helioblock® dá um passo à frente e chega onde os outros filtros não alcançam

ANTHELIOS XL com Senna alata
Hélioblock®
Crème Fondante FPS 60
Com água termal da La Roche-Posay

Ultra proteção UV na superfície
Escudo para o DNA celular no coração da epiderme

Resistente à água
Não comedogênico
Para todos os tipos de pele
Uso diário



TEXTURA FONDANTE
toque mais seco



LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE

60
FPS

MUITO ALTA PROTEÇÃO
TRES HAUTE PROTECTION
CREME FONDANTE

ANTHELIOS XL
Hélioblock®
A l'eau thermale de La Roche-Posay

Consulte sempre o seu dermatologista.
LA ROCHE-POSAY. A EXIGÊNCIA DERMATOLÓGICA.

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



PRIMEIRO E ÚNICO RECEPTOR SOLÚVEL DO TNF HUMANO.



Na psoríase, reproduzindo a ação que ocorre fisiologicamente sobre os receptores do TNF,^{1,2}

SÓ ENBREL®

- Mecanismo de ação exclusivo.^{1,3,4}
- Eficácia comprovada no retratamento.⁵
- O índice de eventos adversos graves foi comparável ao do placebo em pacientes tratados com Enbrel® em até 8 anos.⁶
- Eficácia sustentada sem necessidade de aumento de dose.^{1,8}
- Mais de 15 anos de experiência clínica.⁹

O biológico com
+ tempo
de experiência.⁹



Referências Bibliográficas: 1. Enbrel Summary of Product. 2. Goffe B, Cather JC. Enbrel: An overview. J Am Acad Dermatol. 2000;43:105-11. 3. Bula do produto Enbrel. 4. Bula do produto Enbrel. 5. Bula do produto Enbrel. 6. Gordon K, Gottlieb A, Lerner D, et al. Clinical response in psoriasis patients discontinued from and then reinitiated on etanercept therapy. J Dermatol Treat. 2000;17:9-17. 7. Weinstock ME, Gorenz MC, Morikawa JK, et al. Efficacy and safety of over 8 years of Enbrel (etanercept) therapy in North American patients with early and long-standing rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. Poster presented at the American College of Rheumatology Annual Scientific Meeting, November 13-17, 2005, San Diego, CA. 8. Papp KA, Tyring S, Loria M, Fritz J, Griffiths CE, Nakashima AM, et al. A global phase III randomized controlled trial of etanercept in psoriasis: safety, efficacy, and effect of dose reduction. Br J Dermatol. 2005;152:1304-12. 9. Yamauchi PS, Gird K, Lowe N. The treatment of psoriasis and psoriatic arthritis with etanercept: practical considerations on monotherapy, combination therapy, and safety. Dermatol Clin. 2004;44:489-498.

Enbrel® etanercept. APRESENTAÇÃO COMERCIAL. Cartucho contendo 4 ampolas, unidades 2 a 2. Cada ampola contém 1 frasco-ampola com 25 mg ou 50 mg de pó liofilizado injetável, 1 seringa preenchida com 1 ml de água para injeção (solvente), 1 agulha, 1 adaptador e 2 lenços umedecidos com álcool. **INDICAÇÕES:** Redução dos sinais e sintomas e inibição da progressão do dano estrutural em pacientes com artrite reumatóide ativa moderada a severa. Tratamento da artrite crônica juvenil em curso poliartricular em menores com idade entre 4 a 17 anos que apresentaram resposta insatisfatória a um ou mais DMARDs (drogas modificadoras do curso da doença). Redução dos sinais e sintomas em pacientes com espondilite anquilosante ativa. Inibição do dano estrutural e dos sintomas de pacientes com artrite psoriática. Tratamento de pacientes adultos (18 anos ou mais) com psoríase crônica em placas moderada a severa. Pode ser usado isolado ou em associação ao metotrexato em pacientes adultos que não respondem satisfatoriamente à monoterapia com etanercepto. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade ao etanercepto ou a qualquer componente da formulação do produto e em pacientes com infecção generalizada ou em risco de desenvolver uma. O tratamento não deve ser iniciado em pacientes com infecções ativas sistêmicas, incluindo infecções crônicas ou localizadas. **PRECAUÇÕES:** Foram relatadas reações alérgicas associadas à administração de Enbrel® (etanercepto). Caso ocorra alguma reação alérgica, procure seu médico imediatamente. **ADVERTÊNCIAS:** Imunossupressão: existe a possibilidade das terapias anti-TNF, incluindo Enbrel® (etanercepto), comprometerem a defesa do hospedeiro contra infecções e doenças malignas, pois o TNF é responsável pela mediação da inflamação e pela modulação de respostas imunológicas celulares. No período pós-comercialização, vieram sendo relatados relatos de doenças malignas em diversos órgãos. Ainda não se sabe ao certo qual o impacto do tratamento com etanercepto sobre o desenvolvimento e a progressão das doenças malignas e infecções ativas sistêmicas. **Reações hematológicas:** Foram relatadas casos isolados de trombocitopenia ($< 0,1\%$ a $< 1\%$), raras de pancitopenia ($< 0,01\%$ a $< 0,1\%$) e muito raras de anemia aplásica ($< 0,01\%$), das quais alguns evoluíram para óbito, em pacientes tratados com etanercepto. Deve-se ter cuidado com pacientes que tenham história pregressa de doenças sangüíneas. Todos os pacientes devem ser orientados a procurar aconselhamento médico imediatamente caso desenvolvam sinais e sintomas sugestivos de doenças sangüíneas ou infecções (por ex.: febre persistente, dor de garganta, hematomas, sangramento, palidez) durante o tratamento. Se as doenças sangüíneas forem detectadas, etanercepto deve ser descontinuado. **Formação de auto-anticorpos:** o tratamento com etanercepto pode estar associado à formação de anticorpos auto-imunes (ver Reações Adversas). **Vacinações:** vacinas com microorganismos vivos não devem ser administradas concomitantemente a este medicamento. Se possível, atualizar as vacinações dos pacientes pediátricos de acordo com as normas locais atuais antes do início do tratamento. **Síndrome do Sistema Nervoso Central (SSNC):** ocorreram relatos raras de distúrbios desmielinizantes do Sistema Nervoso Central (SSNC) em pacientes tratados com Enbrel® (etanercepto), porém ainda não se sabe ao certo qual a relação causal com o tratamento com etanercepto. Recomenda-se uma avaliação cuidadosa da relação risco-benefício ao prescrever este medicamento a pacientes com doença desmielinizante do SNC preexistente ou de risco recente de desenvolver distúrbios desmielinizantes. **Distúrbios cardíacos:** houve relatos pós-comercialização de piora da insuficiência cardíaca congestiva (ICC) com o uso de etanercepto em pacientes com ICC. Em pacientes com ICC, há identificação dos fatores precipitantes, em pacientes que recebem Enbrel® (etanercepto). Embora não sejam conclusivos, os dados de um estudo clínico sugerem uma possível tendência à piora da ICC nos pacientes designados para o tratamento com etanercepto. Recomenda-se cautela ao usar este medicamento em pacientes que também sofrem de ICC. **Infecções:** os pacientes devem ser avaliados para infecções ativas, durante e depois do tratamento com Enbrel® (etanercepto), levando-se em consideração que a meia-vida média de eliminação do etanercepto é de 90 horas. **Tuberculose (TB):** antes do início da terapia com Enbrel® (etanercepto), qualquer paciente com risco aumentado de TB deve ser avaliado para infecção ativa ou latente. A profilaxia de TB latente deve ser iniciada antes da terapia com Enbrel® (etanercepto). As diretrizes locais aplicáveis devem ser consultadas. Os pacientes com AT devem ter uma taxa aumentada de TB latente. Não se sabe se a terapia com Enbrel® (etanercepto) aumenta esse risco. **Reativação de vírus da Hepatite B:** foi relatada reativação do vírus da hepatite B (HBV) em pacientes portadores crônicos desse vírus e que recebem agentes anti-TNF, incluindo etanercepto. Embora não se tenha estabelecido uma relação causal com o etanercepto, deve-se ter cuidado ao administrar o etanercepto para pacientes identificadas como portadores do HBV. Se o etanercepto for utilizado em portadores do HBV os pacientes devem ser monitorados para sinais e sintomas de infecção ativa pelo HBV. **Piora da Hepatite C:** há relatos de piora da hepatite C em pacientes que receberam o etanercepto, embora não se tenha estabelecido uma relação causal com o etanercepto. **Gestantes:** somente utilizar Enbrel® (etanercepto) se for realmente necessário e sob estrita orientação médica. Lesões não se sabe se etanercepto é excretado no leite materno. Como os imunoglobulinas e muitos outros medicamentos podem ser excretados no leite materno, deve-se optar entre descontinuar a amamentação ou descontinuar Enbrel® (etanercepto) durante o período de amamentação. **Doenças infecciosas:** não há estudos sobre o uso de Enbrel® (etanercepto) em crianças com menos de 4 anos de idade. **Uso em idosos:** não se recomenda ajuste posológico específico. **Efeitos sobre a capacidade de dirigir veículos e operar máquinas:** não foram realizados estudos sobre este tipo de efeito. **REAÇÕES ADVERSAS:** Pacientes adultos: a proporção de descontinuação do tratamento devido a reações adversas nos estudos clínicos controlados em pacientes com artrite reumatóide foi semelhante ao grupo placebo. **Reações no local da administração:** em estudos clínicos controlados, os pacientes tratados com Enbrel® (etanercepto) apresentaram incidência significativamente maior de reações no local da administração (prurito e/ou dor, dor ou inchaço) e formação de auto-anticorpos do que os que receberam placebo. A frequência de reações no local da administração foi maior no primeiro mês, diminuindo posteriormente. Na experiência pós-comercialização, também foram observados febre, sangramento e hematomas no local da administração do tratamento com Enbrel® (etanercepto). **Infecções:** nos estudos clínicos em pacientes com artrite reumatóide, as taxas relatadas de infecções sistêmicas (febre, que resultaram em risco de vida ou que necessitaram de hospitalização ou antibioticoterapia intravenosa) e não-sistêmicas foram semelhantes para os grupos tratados com Enbrel® (etanercepto) e placebo, quando ajustadas de acordo com a duração da exposição. Infecções do trato respiratório superior foram as infecções não-sistêmicas mais frequentemente relatadas. Os dados de um estudo clínico em pacientes com espondilite anquilosante sugerem que o tratamento com etanercepto pode aumentar a mortalidade nesses pacientes. Foram relatadas infecções sistêmicas e locais. Entre os patógenos mencionados estão bactérias, micobactérias (produtores de TB latente), vírus e fungos. **Câncer:** a frequência e incidência de novos cânceres malignos, observados nos estudos clínicos com Enbrel® (etanercepto), foram semelhantes às esperadas nas populações estudadas. Durante o período de pós-comercialização, foram relatados relatos de cânceres malignos afetando diversos locais. **Pacientes pediátricos:** em geral, os eventos adversos em pacientes pediátricos apresentaram frequência e tipo semelhantes aos observados em adultos. Os pacientes com artrite crônica juvenil tratados com Enbrel® (etanercepto) apresentaram incidência significativamente maior de reações no local da administração (prurito e/ou dor, dor ou inchaço) do que os pacientes tratados com placebo em estudos clínicos controlados. Infecção foi o evento adverso mais comum em pacientes pediátricos tratados com Enbrel® (etanercepto), sendo observado com incidência semelhante à observada no grupo placebo. Os tipos de infecções relatadas em pacientes com artrite crônica juvenil foram, em geral, leves e comparáveis com os frequentemente observados em populações de pacientes pediátricos ambulatoriais. Em estudos clínicos, foram relatados casos de síndrome de meningite asséptica entre os pacientes com artrite crônica juvenil tratados com etanercepto. **INTERRUPÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Em estudos clínicos envolvendo pacientes adultos com artrite reumatóide, não foram observadas interrupções ao administrar Enbrel® (etanercepto) com glicocorticóides, salicilatos, anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs), analgésicos ou metotrexato. O metotrexato não altera a farmacocinética de Enbrel® (etanercepto). Entre o uso associado de Enbrel® (etanercepto) e salicilatos, pode ocorrer risco aumentado de infecções sistêmicas e reações locais. Pacientes que tomam salicilatos com dose estabelecida na qual apresentam-se etanercepto, apresentaram diminuição da concentração média de salicilatos, quando comparado aos medicamentos utilizados isoladamente. Não foram observadas interrupções medicamentosas clinicamente significativas nos estudos com diclofená e valproato. **POSOLÓGIA:** **Uso em adultos:** (com 18 anos ou mais). **Artrite Reumatóide, Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriática:** a dose recomendada é de 50 mg de Enbrel® (etanercepto) por semana em uma injeção subcutânea utilizando uma seringa de 50 mg ou em duas injeções subcutâneas de 25 mg administradas no mesmo dia, em locais separados ou com 3 a 4 dias de intervalo. **Pacientes em Piores:** a dose de Enbrel® (etanercepto) é de 50 mg por semana (em uma injeção subcutânea utilizando uma seringa de 50 mg ou em duas injeções subcutâneas de 25 mg administradas no mesmo dia, em locais separados ou com 3 a 4 dias de intervalo). Respostas locais podem ser obtidas com tratamento inicial por até 12 semanas com a dose de 50 mg duas vezes por semana. **Uso em menores:** (4 a < 18 anos). A dose recomendada para pacientes pediátricos com ACR poliartricular é de 0,8 mg/kg de Enbrel® (etanercepto) por semana (até o máximo de 50 mg por semana). A dose permitida em um único local de aplicação em pacientes pediátricos é de 25 mg. Portanto, para pacientes pediátricos com mais de 31 kg, a dose semanal total deve ser administrada em uma injeção subcutânea utilizando uma seringa de 50 mg ou em duas injeções subcutâneas de 25 mg administradas no mesmo dia, em locais separados ou com 3 a 4 dias de intervalo. **Enbrel® (etanercepto)** não foi estudado em crianças com menos de 4 anos de idade. **Uso em pacientes idosos e em pacientes com insuficiência renal e hepática:** não é necessário ajuste de dose. **Modo de administração:** deve ser administrado por via subcutânea na coxa, abdômen ou braço. Alternar os locais de administração. A cada nova aplicação, usar um local diferente a pelo menos, 3 cm de um local anterior. NÃO aplicar a injeção em áreas em que a pele estiver irritada, com hematomas, avermelhada ou endurecida. Na ausência de estudos de incompatibilidade, Enbrel® (etanercepto) não deve ser misturado a outros medicamentos. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Registro MS - 1.2110.0306. Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação: Wyeth Indústria Farmacêutica Ltda. - Rua Dr. Renato Paes de Barros, 1017 - 6º, 9º e 10º andar - Itaim Bibi - Cep. 04530-0001 - São Paulo - SP.

SQC
08000-160625
sacwy@wyeth.com.br

Wyeth Indústria Farmacêutica Ltda

Rua Dr. Renato Paes de Barros, 1017 - 6º, 9º e 10º andar - Itaim Bibi - Cep. 04530-0001 - São Paulo - SP

60 Wyeth
anos
Uma história de amor pela vida