

RIO DERMATOLÓGICO

Rio de Janeiro Será Sede do
Congresso da SBD também em 2012

Médicos x Planos de Saúde

A Exposição ao Sol Diminui a Imunidade

SUMÁRIO

03 Editorial

Carta do Presidente

04 Sinais

Serviço de Dermatologia do
Hospital Central do Exército
XI Jornada de Dermatologia Cosmiatria
V Congresso Médico UNIMED-Rio
Lançamento do Livro Dermatologia e Gravidez
Jornada Carioca de Câncer da Pele

06 Retrovisor

Gaspar Vianna - orgulho da medicina brasileira

08 Sol e Pele

A Exposição ao Sol Diminui a Imunidade?

09 Homenagem

Antonio de Souza Marques

10 Capa

Rio de Janeiro 2010 - 2012

12 Caso em Destaque 1

Lesões Genitais e Perigenitais:
Dificuldades no Diagnóstico Precoce.

14 Caso em Destaque 2

Síndrome Sapho: Desafios no
Diagnóstico e no Tratamento

16 Caso em Destaque 3

Síndrome Nefrítica para o Dermatologista?

18 Ethos

Médicos X Planos de Saúde II

19 Agenda



*roupas e acessórios
com fotoproteção FPU 50*



tele-atendimento **tel./fax**

2204-1995
2234-7330

officilab@officilab.com.br

UV LINE
UV PROTECTION



Caro(a) Associado(a),

Promover a educação médica continuada é uma das principais diretrizes da nossa Sociedade. Manter o dermatologista atualizado é uma maneira efetiva de prestarmos um grande serviço à população, que poderá contar com um atendimento dermatológico de melhor qualidade.

O patrocínio para a realização da maioria dos eventos médicos científicos é, em sua maior parte, proveniente da indústria farmacêutica. Naturalmente, como todo investidor, ao aplicar os seus recursos em um determinado investimento, a indústria o faz visando um retorno de curto, médio ou longo prazo. “Não existe almoço grátis.” A alocação dessa verba, ainda mais em tempos de crise, é muito bem estudada e visa alcançar os objetivos comerciais ou metas das empresas, o que é legítimo. Nesse ponto, é onde temos que ter cuidado com os conflitos de interesse. Nós não temos metas comerciais a serem batidas e, tampouco, fins lucrativos. Somos uma entidade comprometida com a promoção da Dermatologia em toda sua abrangência. Se nos restringirmos a realizar apenas eventos financeiramente rentáveis, estaremos, em última análise, atendendo a uma demanda de

mercado e não médica. Os investidores de longo prazo, comprometidos com a Dermatologia, são os laboratórios que investem na educação médica continuada do sócio e não apenas em eventos em que seu produto será debatido. Esses sim são “parceiros” e não apenas patrocinadores.

Assim como no início da década de 80, a Dermatologia tratava a cosmiatria como algo menor e hoje paga o preço por esse atraso, não podemos virar as costas para as doenças infecto-parasitárias, tumores e doenças auto-imunes, porque é menos interessante do ponto de vista mercadológico. Se os eventos cosmiátricos despertam um maior interesse por parte da indústria, cabe à Sociedade fazer o papel de Robin Hood, mas não deixar de promover o ensino continuado da Dermatologia como um todo.

Saudações,

Carlos Barcaui

Presidente da SBD-RJ

RIO DERMATOLÓGICO

Publicação oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia
Regional do Rio de Janeiro • Ano 18 • Edição Jul/Ago/Set 2009

Presidente **Carlos Barcaui** • Vice-presidente **David Azulay**

Secretária Geral **Claudia Alcântara** • Secretária de Sessões **Paula Dadalti** • Tesoureiro **Paulo Oldani** • Assessores de Diretoria **João Carlos R. Avelreira, Leonardo Spagnol Abraham e Egon Daxbacher** • Conselho Consultivo | Membros Vitalícios **Abdiel Figueira Lima, Absalom Lima Filgueiras, Aloysio Pacheco Argollo, Antonio de Souza Marques, Celso Sodré, 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, René Garrido Neves e Sergio Januário Carneiro** | Membros Provisórios **Ana Maria Mosca de Cerqueira, Flávio Barbosa Luz, Cleide Eiko Ishida, David Rubem Azulay, Beatriz Moritz Trope, João Carlos Regazzi Avelreira, Francisco Burnier Carlos Pereira, Flávia de Freire Cássia, Antonio Macedo D'Acri e Cláudia Pires Amaral Maia** • Suplentes **Benjamin Baptista de Almeida, Ricardo Monteiro Rebello e Sueli Coelho da Silva Carneiro** • Comissão Científica **Celso Sodré, Cleide Eiko Ishida, Elisa Fontenelle, Flávia de Freire Cássia e Juan Manuel Piñeiro Maceira** • Comissão de Ética e Defesa Profissional **Altiva Lobão Salgado, Angela Beatriz S. Gasparini, Paulo Roberto F. Abdalla Issa, Rosane Ferreira Alves e Sérgio Soares Quinete** • Comissão Editorial **Diretoria da SBD-RJ e João Carlos R. Avelreira** • 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).

COLUNA DA OMBUDSWOMAN



Estamos nos aproximando de 2 campanhas importantes, realizadas anualmente em todo o país pela nossa Sociedade, e que têm a intenção de mobilizar a população em torno de 2 doenças tão significativas na nossa especialidade – a psoríase (no dia 29 de outubro) e o Câncer da pele (5 de dezembro).

A primeira, na sua 4ª edição, é de cunho basicamente informativo, tendo-se como foco atuar contra o preconceito e a discriminação da população em relação à Psoríase. Para isto, teremos ações em praças públicas realizadas pelas SBD-Regionais e seus associados e nos Serviços credenciados, através da participação dos médicos e residentes – orientando, distribuindo folders, mostrando a possibilidade de tratamento e controle da doença.

A Campanha do Câncer da Pele, já na sua 11ª edição, é uma das maiores campanhas mundiais de atendimento ao público em um único dia e conta com o atendimento e resolução de centenas de casos de câncer de pele nos hospitais, além do exame e encaminhamento de pacientes para tratamento – em praias e praças públicas.

Não há questionamentos quanto à importância de campanhas educacionais e/ou resolutivas na área da saúde; graças a elas, estamos conseguindo mudar conceitos, comportamentos, índices de saúde/doença. Entretanto, o que constatamos frequentemente é que há pouquíssima adesão por parte dos nossos associados em participar dessas campanhas. Normalmente, só quem participa são os médicos ligados a algum serviço credenciado e os residentes. Solicitamos, em nossas reuniões mensais, a inscrição de voluntários (associados que não têm função docente, que não atuam

em grandes serviços, que simplesmente atuem na clínica privada), que queiram participar das campanhas. Entretanto, normalmente, pouquíssimos se interessam. Questiono-me sobre os motivos – cansaço do dia a dia, necessidade de ficar com a família, falta de retorno financeiro da ação... motivos não faltam. Entretanto, há também motivos de sobra para participar!

Hoje, a idéia do público é de que a dermatologia é uma especialidade extremamente elitista, distante dos “doentes de pele”, e que se interessa mais pelo glamour dos eventos com celebridades em que a estética está envolvida.

Ações sociais são o que nos diferencia do profissional comum. A dermatologia estética veio para ficar, sabemos fazê-la bem, e faz parte da nossa especialidade. Entretanto, mesmo que na prática diária o dermatologista atue mais no ramo da estética, não podemos nos esquecer da importância da saúde da pele e do bem estar do “doente de pele”, que é a razão de a dermatologia existir. Não podemos deixar de atuar, de alguma forma, em benefício dos pacientes, cuja pele precisa de nossos conhecimentos, e, para isto, conclamo todos a que participem dessas ações – doem algumas poucas horas de seu dia e “façam a diferença”. O mundo inteiro clama para que a “responsabilidade social” esteja presente em todos os seus segmentos, mas não adianta esperarmos essas atitudes de setores privados e públicos, se, individualmente, não incorporarmos esta visão à nossa vida pessoal e profissional.

Ligue para a nossa Regional – Tel 2263-4811 e participe das campanhas da SBD! Sinta que “cumpru com o seu dever de médico dermatologista”.

Dúvidas, sugestões, críticas, comuníque-se conosco.

Cláudia Maia | Ombudswoman gestão 2009-10

SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO RECEBE CREDENCIAMENTO DA SBD

O Serviço de Dermatologia do HCE, sob a Chefia da Profª Leninha Valério do Nascimento, solicitou a visita da Comissão de Ensino da SBD e obteve o credenciamento para 3 vagas de Pós-Graduação lato sensu. Em meio à situação delicada que vivemos em relação à formação de novos profissionais dermatologistas e a invasão da Dermatologia, sobretudo da cosmiatria por colegas de outras áreas e até por não médicos, essa é uma grande notícia. A convite da atual diretoria da SBDRJ a Profª Leninha irá representar e apresentar o seu serviço durante a reunião mensal de setembro da Regional.

A diretoria da SBDRJ e a revista Riodermatológico parabenizam e dão as boas-vindas ao HCE!



PROF. OMAR LUPI E DRA. ANDRÉIA LADEADOS PELOS PALESTRANTES CONVIDADOS ELIANDRE PALERMO, LESANDRA METSAHT, MARINA ODO E MATILDE SPÓSITO.

XI JORNADA DE DERMATOLOGIA COSMIATRIA DA POLICLÍNICA GERAL DO RIO DE JANEIRO

Coordenado pela Dra. Andréia Mateus, o tradicional evento da Policlínica, reuniu palestrantes do Rio de Janeiro e de outros estados enfocando as consolidadas e as futuras tendências desta área de atuação da dermatologia que, sem sombra de dúvidas, é aquela que mais tem crescido nos últimos anos.

IV CONGRESSO MÉDICO UNIMED-RIO

A Cooperativa médica Unimed-Rio, que congrega mais de 4.000 cooperados e é responsável por mais de 700.000 vidas, realizou de 9 a 11 de julho, no Windsor Barra Hotel, o seu IV Congresso médico. Os Congressos anteriores abordavam temas referentes às 4 especialidades básicas: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia. Este ano, contudo, acompanhando o crescimento e a qualidade, que são marcas que caracterizam a Cooperativa, seu Congresso expandiu-se, investindo em especialidades como a Cirurgia

Vascular, Dermatologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia. Em relação à nossa especialidade, ao longo do dia 11/07, pudemos contar com a participação de vários associados da SBD, todos também cooperados e que permitiram o brilho alcançado. Destacando-se, dentre outros, os presidentes de nossa entidade, tanto em nível regional quanto nacional, Drs. Carlos Barcauí e Omar Lupi. A organização dos módulos da Dermatologia coube aos Conselheiros da Unimed-Rio, Drs. Célio Abdalla e José Ramon Varela Blanco.

LANÇAMENTO DO LIVRO DERMATOLOGIA E GRAVIDEZ

Na foto, os três editores do livro Dermatologia e Gravidez (editora Elsevier), Adilson Costa, Gilvan Alves e Luna Azulay, no lançamento ocorrido durante o do 64º. Congresso em Belém. Prestigiando o momento, o Prof. Rubem David Azulay, patrono do congresso, orgulhoso da filha e da dermatologia brasileira.



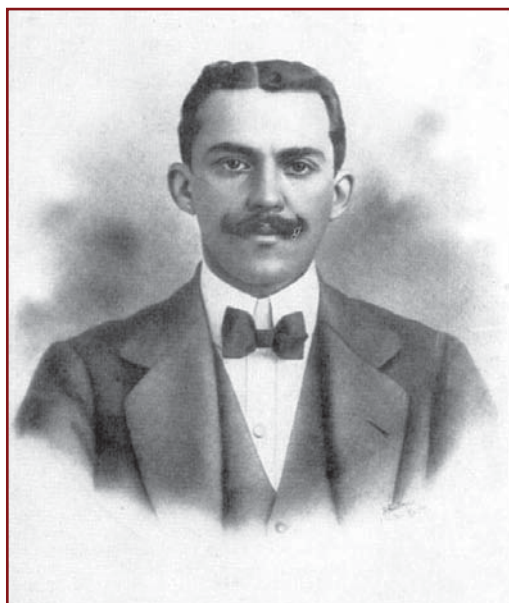
JORNADA CARIOCA DE CÂNCER DA PELE

Realizada no dia 08 de agosto com a coordenação dos Profs. Francisco Burnier e Carlos Barcauí, no Centro de Convenções do Mourisco, a jornada contou com a participação de 140 dermatologistas e englobou, não só as palestras, ma, também, uma discussão interativa da conduta em casos clínicos, apresentados pelos participantes.



PROFS. CLAUDIA ISSA, CARLOS BARCAUÍ, LUNA AZULAY, CLEIDE ISHIDA, FRANCISCO BURNIER E FLAVIA FREIRE.

GASPAR VIANNA - ORGULHO DA MEDICINA BRASILEIRA



Nascido em Belém, em 11 de maio de 1885, filho de portugueses de Viana do Castelo, o jovem Gaspar de Oliveira Vianna chegou ao Rio de Janeiro em 1903, a fim de realizar seu grande sonho que era estudar medicina. Matriculado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, cujo curso era ministrado na Santa Casa de Misericórdia, desde cedo mostrou aptidão para o estudo da anatomopatologia e histologia. Estas, aliadas à inteligência, tenacidade e paixão pelo trabalho, foram as características que lhe abririam as portas para que fosse convidado a trabalhar no Instituto de Manguinhos em 1909, mesmo ano de sua formatura, pelo próprio Oswaldo Cruz. Era lá, no Instituto, que embora fundado em 1900, já havia alcançado respeito internacional, que sob o comando de Oswaldo Cruz, um grupo de jovens de menos de 30 anos trabalhava entusiasticamente. Formavam este grupo: Carlos Chagas, Henrique Aragão, Artur Neiva, Alcides Godoy entre outros. A sua primeira descoberta foi que as formas amastigotas do *Trypanosoma cruzi* se dividiam binariamente intracelularmente e não no plasma, e sim no miocárdio, músculos, sistema nervoso e outros tecidos. Em

1911, descreve que a leishmania, responsável pelos inúmeros casos que afetavam a população do sudeste brasileiro, não era a mesma dos casos conhecidos como botão do oriente, criando uma nova espécie: *Leishmania brasiliensis*. Um ano, depois demonstra a eficácia do tártaro emético no tratamento das úlceras leishmanióticas; droga que continua como a primeira linha no tratamento até os dias atuais. Embora descoberto por Donovan, o agente etiológico da Donovanose, é nomeado por Gaspar e Aragão de *Calymatobacterium granulomatis*, os dois pesquisadores que demonstram ótimos resultados com o uso do tártaro emético na doença. Em 1914, aos 29 anos falece Gaspar Vianna vítima de uma tuberculose dita "galopante". Relatava sua irmã que o mesmo sofrera 2 meses antes um acidente durante uma necropsia de um caso de tuberculose, onde o líquido pleural havia atingido violentamente toda a sua face.

Morria assim um dos maiores médicos brasileiros e que em apenas 6 anos havia produzido mais de 23 comunicações científicas de suma importância para toda a humanidade. Para nosso orgulho, Gaspar Vianna foi um dos 18 fundadores da Sociedade Brasileira de Dermatologia.



65° CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE

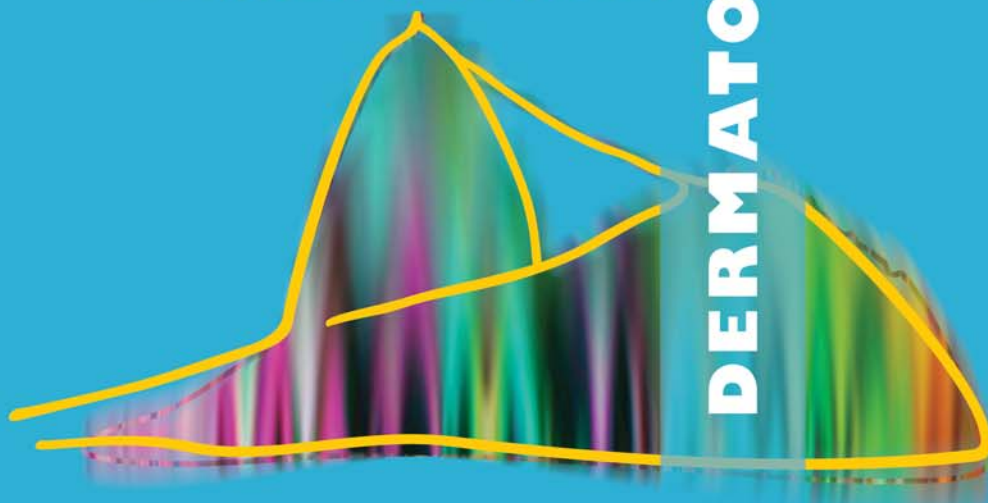
DERMATOLOGIA

ENVIO DE TRABALHOS

Os trabalhos poderão ser inscritos utilizando o sistema on-line disponível no site do congresso. Todos deverão enviar o pôster finalizado, em formato PowerPoint, para apresentação eletrônica até o dia 02 de maio de 2010. Serão aceitos trabalhos nas seguintes categorias: Investigação, Dissertações (Teses de mestrado e doutorado) e Comunicação Científica (Casos Clínicos).

www.sbd.org.br/rio2010

(site disponível a partir de 10 de setembro de 2009)



RIO DE JANEIRO

4 a 7 / Setembro / 2010

26 e 27 de março de 2010

*8º Encontro dos
Cirurgiões Dermatológicos*

5º DermaRio
encontro de dermatologia

Centro de Convenções SulAmérica
Av. Paulo de Frontin, 01
Cidade Nova – Rio de Janeiro

Informe-se no site:
www.sbdri.org.br



A EXPOSIÇÃO AO SOL DIMINUI A IMUNIDADE?



O câncer da pele constitui um dos tipos mais frequentes de tumores malignos nos humanos e sua incidência cresce em todo o mundo. A ação carcinogênica da radiação solar é conhecida por quase 100 anos, sendo a radiação ultravioleta (RUV) um fator de risco essencial para o desenvolvimento de lesões

cutâneas pré-malignas e malignas. Neste contexto, a RUV pode funcionar como um carcinógeno completo, por induzir mutações no DNA e por suprimir as respostas imunológicas antitumorais. Entretanto, nos últimos anos, foi reconhecido que a exposição da pele à luz solar também traz profundos efeitos no sistema imunológico do hospedeiro e que estas alterações imunológicas podem contribuir para o desenvolvimento do câncer da pele e alterar a resistência do hospedeiro às doenças infecciosas. Tais informações levaram ao desenvolvimento de um novo campo de pesquisa, a fotoimunologia, que estuda os efeitos da radiação ultravioleta nos processos imunológicos.

O achado de que a radiação UV pode redirecionar a resposta imunológica de uma via efetora para uma via supressora levantou a possibilidade de que as respostas imunológicas às doenças infecciosas também podem ser influenciadas pela exposição do hospedeiro ao UV. Estudos sobre a natureza e os mecanismos das alterações imunológicas, causadas pela exposição à radiação ultravioleta, sugeriram que o dano ao DNA induzido pela RUV desencadeia uma cascata de eventos, levando em última análise a um estado de imunossupressão sistêmica, antígeno-específica, mediada por células T. Componentes-chave desta cascata são as citocinas da epiderme, que modulam a res-

posta imunológica aos antígenos que são introduzidos no hospedeiro que foi exposto à radiação UV e dirigem tal resposta para um estado de imunossupressão específica.

O dano ao DNA induzido pela RUV pode resultar em uma diminuição do controle do ciclo celular da pele se forem afetados reguladores do ciclo celular, como o gene p53. Além de interferir nos genes de controle do ciclo celular, a RUV pode levar à liberação de interleucina 10 (IL-10), uma citocina com conhecido efeito imunossupressor nas células T helper 1 (Th1). Para o desenvolvimento de uma resposta imunológica antitumoral é necessária a ativação antígeno-específica das células T efectoras pelas células apresentadoras de antígeno. A RUV, por sua vez, pode inibir a apresentação de antígenos pela indução de citocinas supressoras. Além disso, a RUV pode também induzir subtipos de células T que suprimem ativamente as respostas imunológicas restritas ao complexo principal de histocompatibilidade classes I e II. Essas células T regulatórias induzidas pela RUV parecem pertencer à linhagem CD4+CD25+ e podem expressar o fator de transcrição característico Foxp3, que desempenha uma função supressora. Em camundongos, as células T regulatórias induzidas pela RUV podem controlar o desenvolvimento do câncer da pele induzido pela radiação. A demonstração da expressão pela epiderme de CD254 (RANKL) mostrou a conexão da RUV com a expansão das células T regulatórias CD4+CD25+.

Uma única ou um número limitado de exposições à radiação ultravioleta pode suprimir a imunidade mediada por células em humanos. A exposição repetida aos raios ultravioleta também não parece levar a uma fotoadaptação em relação à diminuição da imunidade, isto é, mesmo com a exposição crônica, haverá uma “downregulation” da imunidade. Por outro lado, as informações sobre a imunossupressão específica induzida pelo UV têm sido usadas para tratar respostas imunológicas não desejadas, como a rejeição aos transplantes e as reações enxerto-versus-hospedeiro.

ANTONIO DE SOUZA MARQUES

O dia 24/07/2009 tornou-se de triste lembrança para os dermatologistas brasileiros. Aos 76 anos de idade, no frio do inverno, o inesperado fez-nos uma surpresa. Privou-nos do convívio e do calor humano daquele que cativou gerações de alunos, futuros dermatologistas, que se dispersaram por este imenso país. Como poucos, soube aliar o amplo conhecimento dermatológico, principalmente no terreno que mais brilhava e o apaixonava – a histopatologia.

Era sua marca o envolvimento fraterno com alunos, seus pares, funcionários e chefias.

Apesar da excelência como médico, nunca permitiu que seu espírito se embriagasse com a vaidade.

Este carioca decidiu-se aos 14 anos de idade, ser médico e dermatologista. A doença, em pessoa da família, sua mãe, encarregou-se de determinar-lhe no espírito e nas ações este caminho. A úlcera de perna que limitava sua mãe não o impediu de caminhar na busca do saber e alimentando-se de conhecimento e ideais, Antonio formou-se em Medicina, pela Faculdade Nacional de Medicina da Praia Vermelha, em 1960. Frequentou o Serviço do Prof. Sylvio Fraga e, ainda jovem, substituiu o Prof. Hildebrando Portugal, na Santa Casa de Misericórdia do RJ. Sob a influência de Fraga foi estagiar no serviço do Prof. James Graham, na Filadélfia. De volta ao Brasil participou da reunião de 27/12/1963, que criou a SBD-RJ, fruto da visão e trabalho de Jarbas Porto e Glyne Rocha, este último, presidente da SBD à época. Em 1965 voltou à Filadélfia, quando então, recebeu convite para ser assistente do Prof. Graham. Participou da publicação de li-

vro desenvolvido com o grupo daquele serviço. Foi livre docente e professor titular da UFRJ, chefiou, também, o setor de histopatologia do IASERJ. Participou, também, do processo de transferência do Serviço de Dermatologia da UFRJ, da Santa Casa de Misericórdia e Pavilhão São Miguel para o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, situado na ilha do Fundão. Sua obra científica é vasta, seja em nível nacional quanto no exterior. Além de ter sido fundador da SBD-RJ, presidiu-a em 1984.

Se como médico merece-nos todos os adjetivos favoráveis, foi, também, como pessoa, que se revelou personagem inesquecível. Teve em Arlete, companheira de toda a vida, aquela que partilhou seu sucesso, ajudou a construir sua grandeza e com quem dividiu as dores e os sabores que a vida oferece. Seus filhos, Antonio, Eduardo e Ana Luíza podem orgulhar-se do pai que tiveram. Vai aqui uma confidência: também tenho um filho, médico, que tem o nome de Eduardo, fruto da admiração pela alegria contagiante do Duda, filho do bom e querido Antonio.

E, se a mim, coube-me, juntar letras, sílabas e palavras na tentativa de reproduzir algo sobre o amigo que agora é objeto de nossa saudade, deveu-se, talvez, por ter sido Antonio de Souza Marques a pessoa que deu nome à gestão da Diretoria da SBD-RJ, que tive a honra de presidir em 2001/2002. E só uma palavra define o porquê daquela escolha – GRATIDÃO.

José Ramon Varela Blanco



RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO É ELEITA A SEDE CONGRESSO

RIO DE JANEIRO 2010

Fez sucesso em Belém o stand do 65º Congresso Brasileiro da Sociedade de Dermatologia, que será realizado em nossa cidade. A presidente, Prof. Luna Azulay mostrou-se muito contente com a beleza do material gráfico e, principalmente, com o número de inscrições feitas no local, que ultrapassaram as estimativas da comissão organizadora, já que, aproximadamente 280 associados (quase 15% dos que estavam em Belém) garantiram sua participação no congresso do Rio de Janeiro.

O congresso a ser realizado no Riocentro, durante os dias 4 a 7 de setembro, vem sendo organizado de forma que possam ser harmonizadas uma intensa e consistente programação científica com o grande momento de confraternização que une dermatologistas de todas as idades e cidades do Brasil e em 2010, tendo como pano de fundo o cenário de nossa maravilhosa cidade.



PROFª LUNA COM A COMISSÃO ORGANIZADORA DO STAND DO 65 CONGRESSO EM BELÉM.

2010 - 2012

DO CENTENÁRIO DA SBD EM 2012

RIO DE JANEIRO 2012

Durante o 64º Congresso Brasileiro de Dermatologia, em Belém, o Rio de Janeiro foi eleito a sede do Congresso que celebrará o centenário da SBD em 2012.

A proposta de autoria do Prof. Fernando Augusto, paulista, ex-presidente da SBD, foi apresentada pelo presidente da SBD RJ, Carlos Barcauí, e aprovada pelo Conselho Deliberativo da SBD durante a sua reunião ordinária. A escolha do Rio de Janeiro foi baseada no fato de ter sido em nossa cidade, na Santa Casa de Misericórdia, que, em 5 de fevereiro de 1912, foi fundada a Sociedade Brasileira de Dermatologia. Foi no Rio, também, no Pavilhão São Miguel, sob a Presidência do Prof. João Ramos e Silva, que ocorreu o primeiro congresso de dermatologia, à época denominada Reunião Anual dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros, cidade onde está situada até hoje a sede da SBD nacional.

A proposta contou com o apoio da delegação do estado de Goiás, que, elegantemente, retirou sua candidatura,



PARTICIPANTES DO PRIMEIRO CONGRESSO, CHAMADO AINDA DE REUNIÃO ANUAL DOS DERMATO-SIFILÓGRAFOS BRASILEIROS, REALIZADO NO RIO DE JANEIRO, EM SETEMBRO DE 1944.

para reapresentação em 2013, e prevê ainda que o repasse financeiro do congresso, diferentemente do que normalmente ocorre, seja rateado de maneira equânime entre todas as Regionais do Brasil.

Essa é mais uma grande responsabilidade que a Regional RJ assume e a que esperamos corresponder dando o devido destaque à SBD em seu centenário.



I REUNIÃO ANUAL DOS DERMATO-SIFILÓGRAFOS BRASILEIROS, REALIZADA NO AUDITÓRIO DO PAVILHÃO SÃO MIGUEL, DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, DO RIO DE JANEIRO, 1944

LESÕES GENITAIS E PERIGENITAIS: DIFICULDADES NO

Renata Fernandes Marques, Carolina Quintão,
Daniel Paes, Lilian de Luca, Cassio Dib

Hospital Geral de Bonsucesso

INTRODUÇÃO

Apesar das medidas para eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública, ainda encontramos pacientes com formas multibacilares graves, com doença avançada. A Lepra de Lúcio (L.Lúcio) é considerada uma variedade da Hanseníase Virchowiana (HV), de longa evolução, com elevada carga bacilar. Nela, ocorre um estado reacional peculiar conhecido como Fenômeno de Lúcio (FL), com lesões ulceronecroticas e grave comprometimento cutâneo e neural.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 62 anos, pardo, natural e residente no Rio de Janeiro. Há 6 meses, notou pápula na região inguinal esquerda, que evoluiu para tumoração pedunculada, com superfície ulcerada e sangrante, indolor e sem linfonodomegalias palpáveis, não aderida a planos profundos, associada a aumento de volume da bolsa escrotal (fig 1). A história familiar era negativa para câncer de pele. As hipóteses diagnósticas foram linfoma, sarcoma, melanoma amelanótico e carcinoma espinocelular. O paciente foi submetido à exérese da massa tumoral por shaving e o exame histopatológico da peça confirmou o diagnóstico de melanoma maligno (fig 2). Foi encaminhado ao INCA e evoluiu com crises convulsivas generalizadas, sendo submetido a RNM de crânio, que revelou imagem nodular com captação periférica do contraste

(fig 3), importante edema perilesional e desvio importante da linha média compatível com metástase.

DISCUSSÃO

O melanoma maligno genital primário é entidade maligna rara. No aparelho genital masculino corresponde a menos de 1% das neoplasias genitais primárias. No aparelho genital feminino corresponde a 2-3 %, embora na região vulvar corresponda à segunda neoplasia maligna primária, mais comum com 8-10% dos casos. A média de idade no diagnóstico é de 66 anos, sendo mais tardio em relação a outras localizações de melanoma. Prognóstico ruim, com 30% de sobrevida em 5 anos. Fatores que interferem no prognóstico são: demora no diagnóstico, dificuldades na realização de margens cirúrgicas amplas e redes linfática e vascular, que facilitam metástases precoces.



FIG.1 - TUMORAÇÃO EXOFÍTICA DE 7 CM DE DIÂMETRO, LOCALIZADA NA REGIÃO INGUINAL ESQUERDA, SUPERFÍCIE ULCERADA E SANGRANTE. OBSERVAMOS DESVIO DO PÊNIS E AUMENTO IMPORTANTE DA BOLSA ESCROTAL.

DIAGNÓSTICO PRECOCE.

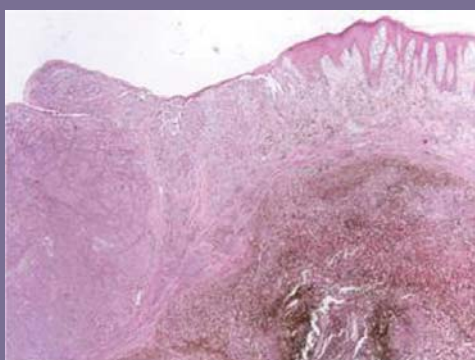


FIG.2 - ÁREAS DE ULCERAÇÃO DA EPIDERMIS, PRESENÇA DE MELANÓCITOS NA JUNÇÃO DERMÓEPIDÉRMICA E ACIMA DELA. NA DERME NINHOS DE MELANÓCITOS DE TAMANHOS E FORMAS DIVERSAS, FORMANDO LENÇOL CELULAR.

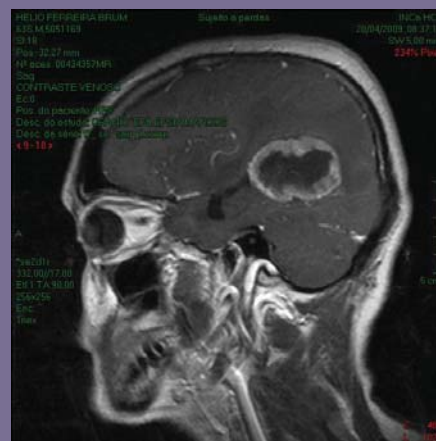


FIG.3 - RNM EM CORTE SAGITAL COM FORMAÇÃO NODULAR COM CAPTAÇÃO PERIFÉRICA DO CONTRASTE.



Nossa Missão

Tornar-se a principal referência para a comunidade médica mundial em termos de fabricação e comercialização de implantes de silicone e congêneres, sempre apresentando uma linha diversificada de produtos inovadores e da mais alta qualidade.

São Paulo
Vila Mariana: (11) 5594 8383
Itaim: (11) 3079 6679

Matriz - RJ
Botafogo: (21) 2295 1601
Barra: (21) 3154 7118

www.silimedbrasil.com.br

SÍNDROME SAPHO: DESAFIOS NO

Angela Fantin Ribeiro, Elisa Fontenelle, Patrícia Craveiro G. da Silva,
Andréa Valentim Goldenzon, Marcelina Teive de Oliveira.

Hospital Geral de Bonsucesso / Hospital Municipal Jesus

INTRODUÇÃO

Síndrome SAPHO é uma condição rara, caracterizada por sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte. Foi descrita pela primeira vez por Chamot e colaboradores em 1987, que verificaram comprometimento simultâneo da pele e do sistema ósseo. A doença predomina em jovens, afetando ambos os sexos. O quadro clínico pode ser muito variável, apresentando curso crônico com episódios de agudização. A etiologia da síndrome permanece desconhecida.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, branco, 10 anos, natural e procedente do Rio de Janeiro, com história de quatro internações no início da infância, para tratamento empírico de múltiplos episódios de osteomielite. Apresentou, também, sinovite, artrite crônica e “piodermites”. A cintilografia óssea constatou vários focos de hipercaptção, que à radiografia correspondia a lesões líticas, compatíveis com osteomielite. Entretanto, a biópsia óssea não demonstrou nenhum processo infeccioso.

Aos 4 anos de idade, o paciente desenvolveu lesões ungueais, apresentando onicodistrofia importante com secreção purulenta de todos os dedos das mãos, além de eritema e edema periungueais (figura 1). Também apresentava língua geográfica. A hipótese diagnóstica foi de Acrodermatite Contínua de Hallopeau, confirmada pelo exame histopatológico (hiperplasia psoriasiforme com coleções de neutrófilos no leito ungueal).

Alguns meses depois, surgiram pústulas com predomínio em regiões de dobras (figura 2). Os exames micológico e bacteriológico dessas lesões foram negativos e a histopatologia revelou pústula intra-epidérmica, corroborando para o diagnóstico de uma dermatose neutrofílica, chamada Pustulose Amicrobiana das Dobras.

No seguimento ambulatorial, foi observado aumento do volume da parede torácica anterior (figura 3), que na radiografia foi compatível com neoformação óssea (hiperostose).

Diante de todos os achados apresentados pelo paciente, incluindo osteomielites recorrentes, artrites, lesões de pele (pustulose) e hiperostose, chegamos à conclusão de que se tratava de um diagnóstico sindrômico, chamado síndrome SAPHO.

O paciente foi submetido a diversos esquemas terapêuticos para controlar o quadro reumatológico e dermatológico (AINES, prednisona, metotrexate, sulfassalazina, dapsona, colchicina e talidomida). Entretanto, apesar da melhora do quadro articular, as lesões de pele evoluíram com piora. Dessa forma, foi iniciado etanercepte (**anti-TNF α**), havendo melhora importante das lesões, tanto cutâneas quanto ungueais, após alguns meses de uso.

DISCUSSÃO

Na síndrome SAPHO, os pacientes apresentam tipicamente queixas osteoarticulares, frequentemente localizadas na parede torácica anterior. Porém, na maioria dos casos, há associação com manifestações cutâneas que incluem: pustulose palmo-plantar, acne conglobata/fulminans, hidradenite supurativa, psoríase pustulosa e dermatoses neutrofílicas. No entanto, a ausência de lesões de pele não exclui o diagnóstico, pois essas podem ocorrer antes, simultaneamente ou depois do início das manifestações osteoarticulares.

O paciente apresentou Acrodermatite Contínua de Hallopeau, uma forma rara de psoríase pustulosa que acomete a parte distal dos dedos e que, frequentemente, é resistente a tratamentos tópicos e sistêmicos. Além das alterações ungueais, havia pústulas que predominavam especialmente em região de dobras. Concluiu-se, então, que se tratava de uma entidade recentemente descrita, chamada de Pustulose Amicrobiana das Dobras, uma

DIAGNÓSTICO E NO TRATAMENTO

dermatose neutrofílica rara, que predomina em dobras, caracterizada por associação com doenças auto-imunes.

A patogênese da síndrome SAPHO permanece desconhecida e os achados laboratoriais são inespecíficos, mas auxiliam na exclusão de outras doenças.

O diagnóstico da doença é fundamentalmente clínico, podendo ser auxiliado por métodos de imagem. Os critérios diagnósticos propostos por Kahn et al são:

1. Osteíte multifocal com/sem lesões de pele
2. Artrite estéril aguda ou crônica, associada a lesões de pele
3. Osteíte estéril com lesões de pele

De acordo com Kahn, apenas um dos critérios é suficiente para o diagnóstico da síndrome SAPHO. Não é difícil quando as lesões ósseas típicas estão localizadas nos sítios característicos, especialmente se elas estão associadas com pustulose palmo-plantar ou acne grave, que são as manifestações cutâneas mais comuns.

Não há um tratamento específico. A maioria dos pacientes é tratada apenas sintomaticamente, com antiinflamatórios, esteróides, imunossupressores ou biológicos.

Dessa forma, o conhecimento desta síndrome é necessário para um diagnóstico correto e para evitar tratamentos inadequados e desnecessários.



FIG.1 - ACRODERMATITE CONTÍNUA DE HALLOPEAU, APRESENTANDO ONICODISTROFIA IMPORTANTE COM SECREÇÃO PURULENTE DE TODOS OS DEDOS DAS MÃOS, ALÉM DE ERITEMA E EDEMA PERIUNGUEAIS.



FIG.2 - LESÕES PUSTULOSAS EXTENSAS QUE PREDOMINAVAM EM REGIÕES DE DOBRAS.



FIG.3 - OBSERVAR AUMENTO DO VOLUME DA PAREDE TORÁCICA ANTERIOR DIREITA, CORRESPONDENDO À HIPERÓSTOSE.

SÍNDROME NEFRÍTICA PARA

Jucirema Perrony, Nilcimar Miranda,
Egon Daxbacher, Cássio Dib, Rilza Coutinho.

Hospital Geral de Bonsucesso

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença sistêmica granulomatosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, um micro-organismo intracelular álcool-ácido resistente. A transmissão ocorre de pessoa a pessoa por meio de gotículas de saliva e tem um longo período de incubação, estimado em anos. O amplo espectro de manifestações clínicas dessa doença depende do grau da resposta imune do hospedeiro; o que pode resultar na apresentação tuberculóide, virchowiana ou borderline. O acometimento sistêmico da hanseníase pode se manifestar através do acometimento de vários órgãos, inclusive dos rins.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 33 anos, negro, natural e procedente do Rio de Janeiro, mecânico. Internado na enfermaria de Nefrologia por apresentar, há 3 semanas hipertensão arterial, hematúria e anasarca, configurando um quadro de síndrome nefrítica. Pelo fato de o paciente não apresentar nenhum dado na anamnese, que justificasse o quadro clínico, foi programada biópsia renal com imunofluorescência. Além disso, foi solicitado parecer para Dermatologia, pois o paciente apresentava lesões “cutâneas”.

Ao exame dermatológico, paciente apresentava madarose, face infiltrada, espessamento de nervo auricular bilateralmente, infiltração de pavilhão auricular, além de pápulas em membros superiores (foto 1) e em lóbulo da orelha esquerda; sugerindo hanseníase virchowiana. Foi realizada baciloscopia, que foi positiva, e biópsia de pele,

que evidenciou granulomas virchowianos, ricos em bacilos (foto 2). Sugerimos que fosse realizada coloração de Wade da biópsia renal.

A biópsia renal evidenciou uma glomerulonefrite proliferativa mesângio-capilar, e a imunofluorescência foi positiva, mostrando depósitos granulares de C3 e IGM ao longo do mesângio e alças capilares.

Na coloração de Wade foram encontrados bacilos, distribuídos no parênquima renal (foto 3).

Concluímos, então, o diagnóstico de hanseníase com acometimento renal, sendo iniciado poliquimioterapia multibacilar para o paciente. Após 2 meses de tratamento, ocorreu melhora progressiva da função renal, observada através do decréscimo dos níveis de creatinina.

DISCUSSÃO

Os primeiros relatos de envolvimento renal na hanseníase foram feitos por Hansen e Looft, em 1894, quando descreveram um paciente com “nefrite”. Posteriormente, inúmeros autores relataram essa importante associação.

Quando ocorre o acometimento renal, os achados são inespecíficos, como: hematúria ou proteinúria assintomáticas (mais comuns), insuficiência renal aguda oligoanúrica, síndrome nefrótica, síndrome nefrítica. Todos esses achados podem fazer parte de um quadro agudo ou de um quadro crônico. Os quadros agudos são representados por glomerulonefrite aguda (em estado reacional ou não), ou nefrite túbulo-intersticial (por uso de drogas, como rifampicina). Já os quadros crônicos ocorrem por amiloidose secundária, que inclusive representa 30% das mortes dos pacientes com hanseníase, por insuficiência renal crônica.

A forma com que ocorre o acometimento renal pode ser classificada em três categorias: agressão mediada por cé-

O DERMATOLOGISTA?

lulas, deposição de imunocomplexos circulantes, ou deposição de imunocomplexos in situ, quando ocorre a presença do bacilo no parênquima renal, que é o caso do nosso paciente.

A evolução dos pacientes pode ser favorável e depende, principalmente, do diagnóstico precoce, através da detecção de manifestações clínico-laboratoriais da doença, inclusive de suas manifestações sistêmicas.



FIG.1 - PÁPULAS EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

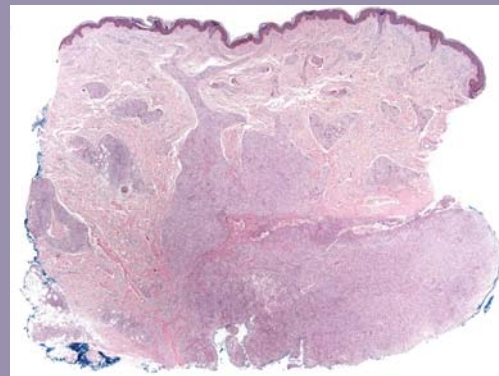


FIG.2 - INFILTRADO DE PADRÃO NODULAR, COMPOSTO POR GRANULOMAS VIRCHOWIANOS

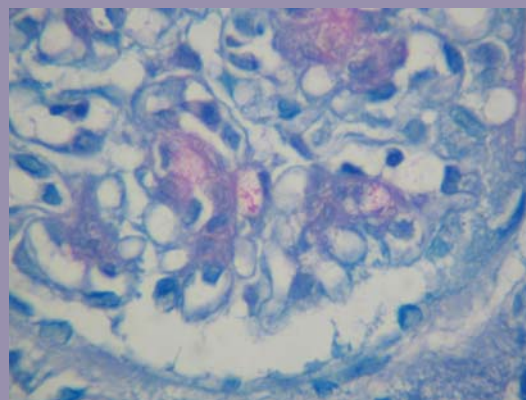


FIG.3 - COLORAÇÃO DE WADE DA BIÓPSIA RENAL MOSTRANDO BACIOS DISTRIBUÍDOS NO PARÊNQUIMA. PELO WADE.

MÉDICOS X PLANOS DE SAÚDE II

POR QUE A CENTRAL MÉDICA NÃO AVANÇOU

Em 1996 foi levada ao Encontro Nacional das Entidades Médicas, em Brasília, proposta de estruturação de um órgão composto pelas entidades estaduais, como uma alternativa ao sistema de credenciamento. Era assim concebida a CENTRAL MÉDICA DE CONVÊNIOS, pautada na adoção incondicional dos seguintes princípios éticos: Liberdade de Escolha; Credenciamento Universal, Dignidade e Autonomia em trabalho e honorários, com a edição anual de um livro estadual com a listagem dos médicos e serviços. Em 1997, foi criada em Assembleia da Comissão Estadual de Honorários Médicos (CEHM) a Central Médica de Convênios - Departamento de Defesa Profissional das Entidades Médicas do RJ. A partir de então assumiria as funções e atribuições da referida CEHM no momento da posse do seu Conselho Deliberativo (CD), integrado por doze representantes médicos, nomeados três pela SOMERJ, três dos sindicatos, três do CREMERJ e três do Conselho de Sociedades de Especialidades. Sua sede e personalidade jurídica seriam as da SOMERJ. A partir do Termo de Adesão e Procuração, assinado por todos os seus membros, pessoas físicas e jurídicas, a Central representaria os médicos junto a toda e qualquer entidade pública e privada que promovesse assistência à saúde. Em 2000 foi lançada a primeira edição do Livro Regional de Saúde com 7000 adesões.

Em 2002 após levantamento de recursos financeiros, doações de aproximadamente R\$ 300.000,00 pelo CFM, CREMERJ, SOMERJ e Sociedades de Especialidades, novo livro atualizado foi editado e amplamente distribuído. Planejava-se, então, abrangente divulgação na mídia com recursos advindos de mais doações e de carnês pagos pelos colegas integrantes da Central. Pelo tempo decorrido faltou esclarecimento às atendentes dos consultórios sobre a marcação de consultas e cobrança pela Central. O presidente da Central, que passou a ser o mesmo da SOMERJ, não convocava o CD para reuniões com o intuito de implementar os passos para consolidação da Central. Os recursos escassos foram usados para outras despesas na SOMERJ, conforme tardia prestação de contas. Acontecia dessa forma a implosão da Central a despeito da vontade dos 7000 colegas que acreditaram na ideia, mas ficaram passivos esperando que ela acontecesse.

A Comissão de Saúde Suplementar (COMSSU), criada pelo CREMERJ, dizendo-se integrar a Central, assume então, as negociações de honorários e procura mediar a elaboração de novos contratos entre médicos e planos de saúde, conforme orientação da ANS. Mas os termos dos "novos" contratos de credenciamento preparados pelas operadoras pouco mudaram e as empresas continuaram mandando e desmandando na atividade dos seus credenciados. Tentou-se estimular os

médicos a resistirem, não assinando esses novos contratos, mas foi em vão.

Em 2004 escolheu-se a Sul América como plano alvo para assinatura do contrato coletivo entre esta seguradora e a Central, intermediando os interesses dos médicos. Os poucos representantes das sociedades de especialidades, que ainda acreditavam e buscavam a consolidação da Central, durante as reuniões da COMSSU, planejavam a organização de uma Central de Cobranças, a partir da Sul América.

A pressão da COMSSU pelos honorários era maior que o interesse em estabelecer os princípios da Central. Em 2005 uma liminar concedida pela 3ª Vara Cível Federal em favor da ABRANGE proibiu as entidades médicas de realizarem encontros e assembleias com o intuito de promover movimento (contra as operadoras de saúde filiadas à ABRANGE e qualquer tipo de tabelamento, inclusive a CBHPM).

O grupo UNIDAS e as UNIMEDs adotam apenas a nomenclatura CBHPM e a utilizam parcialmente.

A frustração com os resultados dos esforços para confecção de novos contratos e implantação de CBHPM ou fixação de reajustes deve-se à flagrante disparidade de forças entre as partes. Na medida em que é concedido às operadoras o direito de direcionar seus clientes exclusivamente para alguns médicos, escolhidos aleatoriamente, e também o direito de descredenciar a quem não mais lhes interessa, sob a alegação de "ajustes na rede", perdem as entidades médicas quaisquer possibilidades de efetivamente defenderem a autonomia médica.

Os médicos que trabalham para os planos de saúde vivem sob o regime do medo e por isso curvam-se, com lastimável frequência, às imposições das operadoras. A implantação da Central de uma nova forma de relacionamento com as empresas, através de um contrato coletivo daria maior autonomia e auto-confiança à categoria. Os médicos isolados e desorientados, principalmente os mais jovens que não têm acesso a credenciamento, continuam a esperar de suas lideranças uma explicação plausível para o esquecimento a que foram relegados.



Altiva Lobão Salgado

OUTUBRO 2009

- | | |
|----|---|
| 17 | Reunião Ordinária Mensal -
SBD Fluminense
Local: Hospital Antônio Pedro |
| 24 | Simpósio de Psoríase da SBD RJ
Local: Hotel Pestana |
| 28 | Reunião mensal da SBD RJ
Local: Colégio Brasileiro dos Cirurgiões |
| 29 | Dia Mundial e Nacional da Psoríase |

NOVEMBRO 2009

- | | |
|-------|---|
| 5,6,7 | II Simpósio de Cosmiatria e Laser da SBD/
III Simpósio de Cosmiatria da SBD RJ
Local: Windsor Barra Hotel |
| 13,14 | Simpósio de Hanseníase da SBD RJ
Local: Hospital da Lagoa |
| 14 | Reunião Ordinária Mensal - SBD Fluminense
Local: Hospital Antônio Pedro |
| 25 | Reunião mensal SBD RJ
Local: Colégio Brasileiro dos Cirurgiões |

DEZEMBRO 2009

- | | |
|----|--|
| 5 | Campanha Nacional de Prevenção
do Câncer da Pele |
| 9 | Reunião mensal SBD RJ
Local: Colégio Brasileiro dos Cirurgiões |
| 12 | Reunião Ordinária Mensal - SBD Fluminense
Local: Hospital Antonio Pedro |
| 30 | Reunião mensal da SBD RJ
Local: Colégio Brasileiro dos 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.

NOVO

RETIN-OXTM

WRINKLE FILLER

Resultado **imediato** e **duradouro**
no preenchimento das rugas



**PREENCHIMENTO
DE DUPLA AÇÃO:**



ÁCIDO HIALURÔNICO
Rugas superficiais em
5 minutos

+



RETINOL
Rugas mais profundas, dia após
dia, **com resultados em
8 semanas**

O produto anti-idade mais vendido na França*

*Fonte: IMS, vendas em Dezembro de 2008, França (Mercado Anti-idade em farmácias)