

10 RIODERMATOLÓGICO

Simpósio de Cosmiatria e Laser da SBDRJ
Por que não deixar de ir

O 65º. Congresso terminou
Volte logo. Rio 2012

Considerações sobre o novo Código de Ética Médica

SUMÁRIO

03 Editorial

Carta do Presidente

04 Sinais

Coluna da Ombudswoman

Curso de Criocirurgia

XII Jornada de Cosmiatria da Policlínica

O novo presidente e vice da SBD RJ

06 Entrevista

Marcia Ramos-e-Silva eleita Presidente do Congresso 2012.

07 Entrevista

Simpósio de Cosmiatria e Laser da SBD RJ
Por que não deixar de ir.

09 Retrovisor

O poder da indústria e a força da propaganda

10 Capa

65º Congresso da Sociedade Brasileira de Dermatologia

14 Caso em Destaque

Metástase cutânea de câncer de mama

16 Caso em Destaque

Granuloma piogênico exuberante bilateral com oclusão total da unha

18 Caso em Destaque

Lentigo maligno tratado com imiquimode tópico: o valor da dermatoscopia no monitoramento

20 Sol e Pele

Fotoproteção na infância

22 Ethos

Considerações sobre o Código de Ética Médica

23 Agenda

Aqui você encontra tudo para a sua pele!

POROS
Uma questão de pele
www.poros.com.br

LA ROCHE-POSAY
BIOTHERM
ROC
STIEFEL
ADCOS
VICHY
biomarine
ADA
TINA
Cetaphil



Caro(a) Associado(a),

A participação de palestrantes internacionais em eventos científicos, realizados pela nossa Sociedade, justifica-se desde que, assim como todo convidado, esse palestrante seja um expoente no assunto a ser abordado e possua uma didática muito boa ou excelente. Em um mundo globalizado, é natural que tais participações tornem-se cada vez mais frequentes, o que é saudável para difusão do conhecimento. O mesmo vale para palestrantes brasileiros, que eventualmente são convidados a participar em eventos norte-americanos ou europeus. Entretanto, não creio que o simples fato de convidarmos estrangeiros fará com que os estrangeiros nos convidem. O caminho para isso é um só: científico, com trabalhos e publicações em periódicos de impacto. Não serão jantares requintados, nem tampouco nossas praias que trarão o reconhecimento da Dermatologia brasileira em âmbito internacional. Nada contra a integração, mas o respeito acadêmico não se alcança só com política, mas sim com respaldo científico.

Nossos calendários de eventos regionais e nacional têm que ser compatibilizados de maneira que não haja uma competição por público ou patrocínio. Nossos objetivos estatutários não incluem o lucro financeiro. Não existe razão para nos tornarmos uma empresa de eventos. Existe, sim, razão para a harmonização e o aprimoramento de nossos congressos, com a renovação de temas e palestrantes a cada ano. O preenchimento das fichas de avaliação deve ser estimulado e os seus resultados obrigatoriamente têm que ser levados em consideração nos eventos subsequentes. Isso está sendo feito? Você preenche?

Palestrantes mal avaliados não podem ser novamente convidados.

Ainda sob o efeito inebriante do último Congresso realizado aqui no Rio, parabênz toda a comissão organizadora do evento, liderada por Luna Azulay. Tanto Márcio Rutowitsch, à frente da Comissão científica, quanto João Avelleira, à frente da Comissão social, têm motivos de sobra para se orgulharem do trabalho realizado.

Durante a última reunião do Conselho Deliberativo da SBD a Profª Marcia Ramos-e-Silva, chefe do Serviço de Dermatologia do HUCFF/UFRJ, foi eleita para presidir o 67º Congresso Brasileiro de Dermatologia, que será realizado, novamente, no Rio de Janeiro em 2012 e celebrará o centenário da SBD. Não é todo dia que se completam 100 anos. Que a maturidade centenária nos traga inspiração e que façamos jus ao brilhantismo dos nossos fundadores, aqui no Rio de Janeiro.

Por fim, abordo o curioso renascimento do interesse crescente pela psoríase. Tanto na classe médica, quanto na imprensa leiga. Culminando com anúncios na contracapa da revista TIME norte-americana. É impressionante a capacidade de mobilização da indústria farmacêutica. Será que precisaremos descobrir remédios que custem três mil reais a ampola, para que a hanseníase, leishmaniose, esporotricose, etc. ganhem o devido destaque?

Forte abraço,

Carlos Barcauí

Presidente da SBDRJ

RIO DERMATOLÓGICO

Publicação oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia
Regional do Rio de Janeiro • Ano 19 • Edição Jul/Ago/Set 2010

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

Secretária Geral **Claudia Alcântara** • Secretária de Sessões **Paula Dadalti** • Tesoureiro **Paulo Oldani** • Assessores de Diretoria **João Carlos R. Avelleira, 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 Avelleira, 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. Avelleira** • Produção **Grevy Conti Designers** • www.grevyconti.com.br • Jornalista Responsável **Anatrícia Borges (MTB 21955)** • Tiragem – 6.000 Exemplares • Distribuição – Gratuita

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

COLUNA DA OMBUDSWOMAN



A vida do médico é uma correria diária, e o foco principal de cada um de nós acaba sendo o de priorizar o aprimoramento da vida profissional e, ao mesmo tempo, a atenção à família. E nessa rotina frenética, somos alvos fáceis de pessoas inescrupulosas, que tentam tirar proveito da desatenção, excesso de trabalho e da dificuldade de gerir e administrar nossas vidas e nossos consultórios.

Uma situação que vem acontecendo frequentemente com muitos colegas é o recebimento de ligações de falsos “cartórios de protestos de títulos”. Referem que deixamos de pagar alguns boletos – geralmente com valores entre um a dois mil reais. Dizem que esses títulos serão protestados caso não entremos em contato com um determinado telefone, para combinarmos o pagamento. Frequentemente referem que esses boletos seriam relativos a propagandas médicas em sites e catálogos ou, o mais frequente – das “páginas amarelas”. O profissional, que geralmente administra o con-

sultório entre um paciente e outro, e que costuma delegar a secretárias o pagamento de contas, começa a acreditar no relato. Nos telefones fornecidos, atendem pessoas que se identificam como sendo de cartórios de fora de nosso estado. Tudo é feito de forma a deixar no profissional a dúvida de se realmente esqueceu o pagamento. Em seguida, induz ao raciocínio de que seria melhor pagar para se livrar do problema do que ter que arcar com custos de uma viagem e de advogado para fora do estado, a fim de questionar o protesto, os quais ultrapassariam o valor da suposta dívida.

E é nesta confusão que os estelionatários acabam lucrando – pois conhecem nossa falta de tempo, o nosso hábito de delegar os pagamentos a terceiros, e, principalmente – a nossa falta de cultura jurídica, já que nenhum cartório jamais ligaria para cobrar um título para que o mesmo não fosse protestado.

Na coluna deste mês, achei de valia este alerta, pois muitos colegas estão sendo vítimas deste tipo de fraude.

Cláudia Maia | Ombudswoman da SBDRJ

CURSO DE CRIOCIRURGIA

Ministrado pelos professores Cleide Ishida, Sergio Serpa e Giselle Seabra, foi realizado no dia 24 de julho, no Hospital Universitário do Fundão, o Curso Teórico-Prático de Criocirurgia da SBDRJ. Os 22 inscritos tiveram um dia proveitoso e puderam aliar os fundamentos teóricos à prática da criocirurgia.



O NOVO PRESIDENTE E VICE DA SBDRJ



O novo presidente e vice da SBDRJ, são o Prof. David Rubem Azulay e a Dr.ª Flavia Freire Cássia. Eleitos em setembro com 323 votos, são eles que terão a responsabilidade de conduzir a nossa regional no biênio de 2010-2012, biênio do centenário.

Foram eleitos ainda para nos representar no conselho da SBD Nacional, como delegados, os doutores: Luna Azulay, Celso Tavares, Carlos Barcauí, Ana Mosca, Gabriela Lowy, Marcia Ramos-e-Silva, Marcio Serra, Cleide Ishida, José Ramon, Abdiel Figueira, Francisco Burnier, Antonio D'Acri, Cláudia Maia, João Avelleira, Fabiano Leal e Arles Brotas. Tendo como suplentes doutores Sueli Carneiro, Fernanda Gavazzoni, Regina Schechtman, Fabrício Lamy e Paulo Oldani.

XII JORNADA DE COSMIATRIA DA POLICLÍNICA

No último dia 21 de agosto, o Serviço de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro realizou a sua já tradicional jornada de cosmiatria, que já se encontra na décima terceira edição sob a coordenação da Prof.ª Andréia Mateus Moreira, coordenadora do Departamento de Cosmiatria da SBD nacional. Este ano, a jornada foi baseada nas "pérolas" de tratamento e diagnóstico das principais dermatoses inestéticas, como acne e melasma, além de aprofundamento nos variados procedimentos estéticos realizados atualmente.

CLÁUDIA MAIA, CARMÉLIA REIS (DF), ANDRÉA PIZARRO, CRISTINE GUARNIERI (SP), ANDRÉA SERRA, MARCELO MOLINARO E SIMONE VELLOSO



RIO DE JANEIRO 2012

A PROFESSORA MARCIA RAMOS-E-SILVA, CHEFE DO SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DA UFRJ, FOI ELEITA PELO CONSELHO DELIBERATIVO DA SBD PARA PRESIDIR O CONGRESSO QUE COMEMORA OS 100 ANOS DA NOSSA SOCIEDADE, E QUE TERÁ COMO SEDE, NOVAMENTE, A CIDADE MARAVILHOSA EM 2012.

ABAIXO A PROFESSORA MARCIA, RESPONDE AO RIO DERMATOLÓGICO.



Embora o 65º Congresso mal tenha terminado, gostaríamos de saber quando começam as reuniões preparatórias para o 67º Congresso?

Estamos ainda aguardando os relatórios referentes ao 65º Congresso e só então faremos uma Comissão Organizadora para analisar os dados e definir um cronograma. Realizar um congresso é um trabalho muito gratificante, mas, ao mesmo tempo, uma atividade bastante trabalhosa. É uma tarefa de, pelo menos, 2 anos de preparação, pois envolve uma estrutura muito grande e é preciso pensar em muitos detalhes.

Fazer parte da comissão organizadora deste último congresso, provavelmente será de grande valia para 2012. Que pontos considerar que poderão ser aprimorados para o 67º Congresso?

A minha participação como Vice-Presidente do 65º Congresso, com certeza, foi muito importante. Eu já presidi outros eventos, mas nenhum de porte tão grande como o da SBD. Com a experiência adquirida nesse último congresso, tentaremos fazer o de comemoração do centenário da SBD tão bom quanto este. Mas é inerente ao ser humano sempre tentar aprimorar. Como todo ano deve acontecer, tentaremos também colocar o nosso como um dos melhores dos últimos anos.

Tivemos em 2010 quase 5 mil inscritos, e entre estes um grande número de não associados. Como avaliar este fato?

A tendência é sempre aumentar o número de participantes. Todos os anos, novos dermatologistas são formados e é muito importante a ida deles aos

congressos. Creio que, frequentando nossos congressos e tendo a oportunidade de aprimorar seus conhecimentos, os não-sócios acabam percebendo a importância da nossa sociedade e podem tentar, através do Exame de Título de Especialista, dela fazerem parte.

A razão de o Rio sediar novamente o congresso são os 100 anos da fundação da nossa sociedade. Como valorizar no congresso, principalmente para os mais jovens, o significado do centenário da SBD?

Na maioria das vezes, somos imediatistas e vivemos pensando no futuro. O presente é importante para podermos dar base ao futuro. O passado sempre precisa ser valorizado para que esta ideia tenha base e seja solidificada. Na medicina, o passado nos dá base e história, além de não nos deixar repetir erros. Num trabalho, como na vida, introdução, fundamentos, métodos, objetivos, resultados e referências. Temos que ter essas referências e nada mais importante do que tentarmos passar essa ideia para o jovem dermatologista. O centenário da SBD tem que ser muito festejado e o congresso é um dos eventos desta comemoração. Temos que divulgar nosso centenário no Brasil e no mundo: somos uma das mais antigas sociedades médicas.

Qual sua mensagem como presidente eleita do 67º Congresso para nossos associados?

Este não é um congresso do Rio de Janeiro. Temos que comemorar muito o nosso centenário. Nossa ideia inicial é fazer uma verdadeira integração entre as Regionais e Serviços Credenciados; para que seja um congresso bem participativo de todos os Estados. Todas as ideias e sugestões serão muito bem-vindas.

4º. SIMPÓSIO DE COSMIATRIA E LASER DA SBD



MARIA PAULINA KEDE

Após intensa programação científica no RJ durante o ano de 2010, o que o 4º Simpósio de Cosmiatria e Laser da SBD RJ trará de diferencial para o sócio?

Maria Paulina Kede: Será um Simpósio prático, onde demonstraremos as principais inovações no Campo da Cosmiatria e Laser, desde novas abordagens para procedimentos antigos, até as novas tecnologias. Tivemos a preocupação de pensar cuidadosamente nas dúvidas, anseios e necessidades dos dermatologistas no seu dia-a-dia de consultório. Fazendo um *pout-pourri* desde o exame do paciente, a indicação, a escolha e realização dos diversos procedimentos, com manejo também das complicações.

Como foram escolhidos os temas e palestrantes?

Maria Paulina Kede: Os temas escolhidos foram aqueles de maior interesse para os dermatologistas, que fazem Cosmiatria e Laser, ou que pretendem se iniciar nesse campo. A escolha dos palestrantes foi baseada na grande experiência com o tema abordado e na facilidade de comunicação com a platéia e, por isso, foram escolhidos palestrantes também de outros Estados.

As vagas para os cursos práticos rapidamente se esgotaram, resultando em solicitações por novos cursos. Será possível atender a essa demanda?

Márcia Linhares: Sim. A crescente procura por capacitação em lasers e outras tecnologias nos motivaram a abrir novos cursos práticos com os equipamentos. O curso prático aproxima muito o participante do equipamento e propicia um maior conhecimento do mesmo, deixando o participante mais à vontade no esclarecimento de dúvidas, no funcionamento do aparelho e, principalmente, na abordagem e no manejo com o paciente, durante o procedimento. Por esses motivos, procuramos selecionar as tecnologias mais usadas. Serão 7 cursos com duração de 2 horas e com 6 vagas para cada um, sendo ministrados por profissionais com grande experiência nessa área. Acreditamos que esta é a melhor maneira de o inscrito ter um bom aproveitamento nesta atividade.



MÁRCIA LINHARES

Essa será a 4ª edição do Simpósio de Cosmiatria e Laser da SBDRJ; o que mudou nesses quatro anos?

Cláudia Alcantara: Essa é uma área de atuação particularmente dinâmica, na qual novos produtos, protocolos de aplicação e tecnologias nos são constantemente apresentados. Desde a primeira edição do evento, nossa regional tem se preocupado em atender a essa demanda de atualização, com custos acessíveis, trazendo profissionais com grande experiência prática. Nosso grande objetivo nesse evento é apresentar e discutir indicações e resultados dos procedimentos estéticos, que serão minuciosamente demonstrados em vídeo, suprimindo uma deficiência do procedimento ao vivo, que não permite ao sócio conhecer os resultados do tratamento. Para aqueles que querem se aprofundar na técnica dos procedimentos, complementamos o simpósio com os cursos práticos.



CLÁUDIA ALCANTARA



CARLOS BARCAUÍ

Esse é o último evento dessa gestão. Existe alguma programação social para brindar a realização?

Carlos Barcauí: Por conta dos diversos congressos que tivemos no Rio de Janeiro ao longo dos últimos dois anos, a SBDRJ não realizou nenhum encontro social. Pouparamos nossos esforços para que, no final de nossa Gestão, coroando o já consagrado Simpósio de Cosmiatria, nós pudéssemos realizar uma festa inesquecível para todos os associados. Um verdadeiro momento de confraternização, que será realizado no late Clube do Rio de Janeiro, logo após o Simpósio, no dia 20 de novembro, e que marcará também o início de um novo ciclo da SBDRJ: a Gestão de David Azulay e Flávia Cássia. Contamos com a presença maciça de todos os associados.

O PODER DA INDÚSTRIA E A FORÇA DA PROPAGANDA



Aparelhos, drogas, produtos em geral necessitam ser vendidos à população muitas vezes custe o que custar. A propaganda, o marketing são as ferramentas de que a indústria se utiliza para viabilizar este objetivo. Na sociedade atual, alguns órgãos controladores pretendem regulamentar esta relação. Atacados de exigentes por uns, ineficazes por outros, e até mesmo como anti-democráticos, antes com eles do que sem eles.

Vejam, abaixo, alguns cartazes reunidos pela Universidade de Stanford, em exposição em todo o mundo e que passaram pelo Brasil no início do ano (Centro Cultural da Caixa Econômica, no Centro do Rio), sobre a propaganda dos cigarros nos Estados Unidos, nas décadas de 40 a 50, que utilizou de sedução, artistas, crianças, dentistas, médicos e até mesmo Papai Noel para vender o produto. Hoje a legislação sobre a propaganda do cigarro está submetida a legislação bastante restrita em nosso e outros países.

Embora na prática continuemos a observar a utilização dos mesmos métodos, esperamos que a sociedade esteja atualmente mais crítica. Entrem no site, vejam a exposição completa e os textos e julguem vocês mesmos: www.tobacco.stanford.edu



65º CONGRESSO DA SOCIEDADE

O RIO DE JANEIRO ESTÁ DE PARABÉNS.

A SOCIEDADE DE DERMATOLOGIA, SEUS ASSOCIADOS QUE COMPARECERAM EM MASSA, PALESTRANTES, COORDENADORES, ORGANIZADORES, E PRINCIPALMENTE A PRESIDENTE LUNA AZULAY, TODOS ESTÃO DE PARABÉNS.

Duas semanas antes do 65º Congresso foram iniciadas as ações de responsabilidade social. Rio das Pedras e Cidade de Deus foram duas regiões onde professores e alunos dos serviços credenciados da SBD realizaram ações educativas e 796 atendimentos junto à população das duas comunidades (dermatoses diagnosticadas em 87% dos consultados). Palestras sobre hanseníase, para equipes de saúde da Rocinha, e sobre acidentes com animais marinhos, para os pescadores de Niterói, completaram as atividades educativas de interesse para saúde pública.



BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA



Na parte científica,
participaram
428 palestrantes
nacionais e 18
estrangeiros”



A abertura foi realizada em cerimônia simples e emocionante com homenagem aos queridos professores Azulay, René, Neide e Gabriela e pelo *flash mob* que contagiou a plateia antes do coquetel com o grupo Afroreggae.

Na parte científica, foram 428 palestrantes nacionais e 18 estrangeiros, ocupando por 4 dias as diversas salas do Centro de Convenções do Riocentro, na Barra, e propiciando aos congressistas uma completa cobertura de toda a dermatologia e suas áreas de atuação.

Por sinal, o Riocentro com sua ambientação agradável, espaço amplo, permitiu não só um conforto nos cursos, simpósios e mesas, mas também o encontro e a troca de ideias dos congressistas.



Na parte social, o morro do Pão de Açúcar, na Urca, foi o cenário onde a Dr^a Luna Azulay recepcionou e deu as boas-vindas aos presidentes das regionais, conselheiros e coordenadores, no tradicional jantar da presidente, que, desta vez, contou com um inspirado Eduardo Dusek, que acabou colocando todos para dançar. No cais do porto, à beira da Baía de Guanabara, Lulu Santos foi o anfitrião da festa, que recebeu cariocas e visitantes em ambiente descontraído, mostrando ainda o funk e o samba, ritmos que embalam a festa até altas horas.



Na parte social, o morro do Pão de Açúcar, na Urca, foi o cenário onde a Dr^a Luna Azulay deu boas-vindas”





No cais do porto,
Lulu Santos foi
o anfitrião da festa”



RIODERMATOLÓGICO

O 65º. Congresso com certeza deixou um saldo positivo e será lembrado por todos por ter aliado simplicidade e descontração com seriedade científica e compromisso social. Os elogios obviamente são estendidos à toda a comissão organizadora, que esteve ao lado da presidente Luna Azulay nesta edição do maior evento da dermatologia brasileira.



METÁSTASE CUTÂNEA

Autores: Maria Angélica Erthal de Barros Macedo, Caroline Cruz Barbosa, Heliomar de Azevedo Valle, Ricardo Barbosa Lima, Carlos José Martins

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - UNIRIO

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. Corresponde à primeira causa de mortalidade por câncer em mulheres, com estimativa para 2010 de 49 casos novos para cada 100.000 mulheres.

Ele metastatiza em um terço dos casos, sendo os sítios mais comuns: pulmões, ossos, cérebro, fígado, linfonodos e pele. É o responsável por 24% dos casos de doença metastática cutânea.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 53 anos, branca, casada, psicóloga, natural e residente no município do Rio de Janeiro. Relatava surgimento há 5 meses de lesões eritematosas, pruriginosas, disseminadas pelo abdome. Na história patológica pregressa, referia adenocarcinoma intraductal mamário, com mastectomia bilateral e esvaziamento ganglionar axilar, há 7 meses. Posteriormente foi submetida a radioterapia e quimioterapia.

Ao exame físico dermatológico, observamos cicatriz de mastectomia e no andar superior do abdome, máculas, pápulas e placas eritematosas com telangiectasias (figura 1). No flanco esquerdo, apresentava placas eritemato-infiltradas com aspecto urticariforme (figura 2).

O exame histopatológico revelou, na derme, infiltrado inflamatório linfocitário perivascular, além de vasos ectasiados, apresentando no seu interior êmbolos neoplásicos, constituídos por células epiteliais, esboçando estruturas ductais (figura 3).

Diante da história clínica, do exame dermatológico e da histopatologia, concluímos tratar-se de um caso de metástase cutânea de câncer de mama.

Os demais exames complementares como: tomografia computadorizada de tórax, ultrassonografia de abdome e pelve, cintilografia óssea, não evidenciaram alterações.

DISCUSSÃO

As metástases cutâneas ocorrem em 0,7 a 10% das neoplasias malignas viscerais. São mais frequentes entre quinta e sétima décadas. Predominam nas mulheres e, nelas, o câncer de mama é a causa mais comum.

As localizações mais comuns das metástases cutâneas são tórax e abdome, seguidas de couro cabeludo, dorso, pescoço e face.

No câncer de mama, as metástases cutâneas ocorrem por disseminação linfática ou hematogênica e normalmente surgem de 47 a 60 meses após o



FIGURA 1

DE CÂNCER DE MAMA

diagnóstico do tumor primário. Porém, em 3,5% dos casos, as lesões de pele podem aparecer como primeira manifestação do câncer de mama.

No caso do câncer de mama, os fatores predisponentes para ocorrência de metástases são: falha de ressecabilidade no ato cirúrgico, tumores maiores que 7 cm, componente intraductal, como tipo histológico, receptores hormonais negativos à imunohistoquímica, comprometimento linfonodal, idade menor que 40 anos.

As apresentações clínicas são diversas, sendo a manifestação nodular, a mais frequente. Além dela, são descritas: o carcinoma telangiectásico, como no caso da nossa paciente, o carcinoma inflamatório, o carcinoma “en cuirasse” e a alopecia neoplásica. Algumas vezes podem mimetizar lesões benignas como herpes zoster, cisto epidérmico e tumores cutâneos primários, como o carcinoma basocelular e melanoma.

A presença de metástase cutânea indica mau prognóstico, com sobrevida média de 1 a 34 meses, dependendo da existência ou não de outras metástases viscerais.

O tratamento é quase sempre paliativo. Podem ser empregados a excisão, a radioterapia ou quimioterapia, dependendo do tamanho, número das lesões, e do acometimento visceral.

Portanto é importante ter em mente, as metástases cutâneas, entre as hipóteses diagnósticas em pacientes com história pregressa de neoplasias malignas e também em pacientes debilitados, com perda ponderal, pois elas podem ocorrer como primeira manifestação de um câncer visceral. Enfatizamos que é fundamental biopsiar toda lesão suspeita, pois a variedade de apresentações, ora simulando outras doenças dermatológicas, ora com aspecto inusitado, pode dificultar o diagnóstico clínico.



FIGURA 2

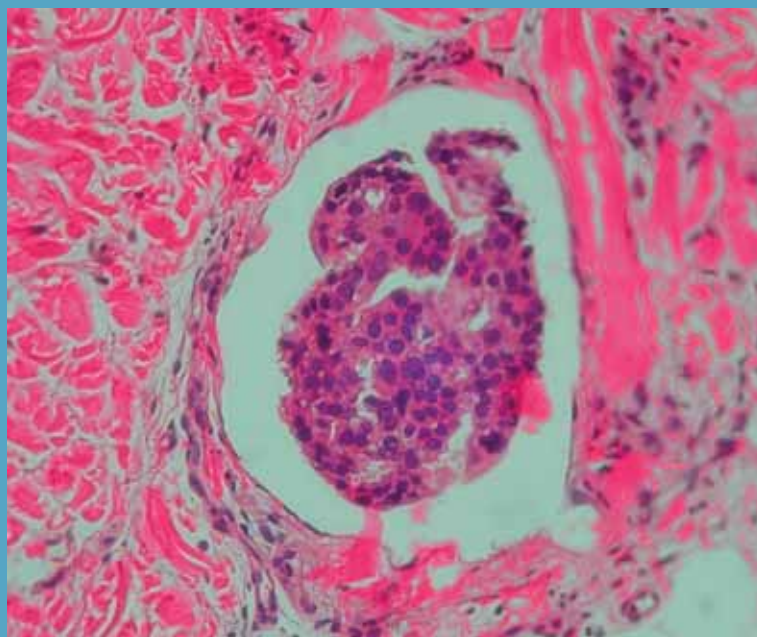


FIGURA 3

GRANULOMA PIOGÊNICO COM OCLUSÃO

Mário Chaves, Tainá Scalfoni Fracaroli, João Luz Sodré, Lislaine Bomm, Solange Cardoso Maciel

Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ

INTRODUÇÃO

Granuloma piogênico ou hemangioma capilar lobular é uma lesão vascular de desenvolvimento rápido, geralmente em locais de injúria prévia. Mais comum em homens, com pico de incidência na segunda década, sendo raro em idosos.

Na maioria das vezes o diagnóstico é clínico, com confirmação pela histopatologia, onde se observa um agregado lobular circunscrito de proliferação capilar dentro de um estroma edematoso, infiltrado por numerosos neutrófilos. Existem diversas opções terapêuticas como curetagem com cauterização, exérese cirúrgica, aplicação de ácido tricloroacético (ATA) e criocirurgia. Apresentamos um caso com clínica exuberante e boa resposta ao tratamento com exérese cirúrgica.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 27 anos, solteira, do lar, natural e residente no Rio de Janeiro, previamente hígida, referindo surgimento de lesão vegetante nos háluces, há 15 anos, após trauma. Realizou diversos tratamentos tópicos (após biópsia compatível com granuloma piogênico), com melhora parcial e recorrência das lesões. Há um ano alega aumento das lesões e perda das unhas dos háluces.

Ao exame dermatológico apresentava tumoração vegetante de aproximadamente 4 cm, friável no primeiro pododáctilo

direito e lesão tumoral no primeiro pododáctilo esquerdo, de 5cm, com tecido de granulação sobre o leito ungueal.

Diante da exuberância do quadro clínico da paciente, foram solicitadas radiografia e cintilografia óssea dos háluces, para afastar osteomielite, os quais se encontravam dentro da normalidade. Procedeu-se então à exérese cirúrgica da lesão, sendo realizada anestesia troncular e hemostasia adequada, com retirada do tecido e exposição da unha que se encontrava encoberta pelo granuloma piogênico de ambos os háluces.

Após a cirurgia, a paciente apresentou ainda pequeno aumento de hiponíquio, sendo submetida a aplicação local de ATA 50%, com boa resposta.

DISCUSSÃO

A designação granuloma piogênico é consagrada porém inadequada, pois não apresenta granuloma nem origem piogênica. O granuloma piogênico é uma lesão vascular benigna e adquirida que afeta a pele e mucosas; geralmente se apresenta como uma lesão tumoral ou papulosa solitária, de crescimento rápido, em locais de traumas frequentes como mãos, pés, cabeça, tronco superior, mucosa oral e perianal.



HÁLUX ESQUERDO



HÁLUX DIREITO

EXUBERANTE BILATERAL TOTAL DA UNHA



PÓS-CIRURGIA

A patogênese do granuloma piogênico não está completamente entendida. É considerada uma reação vascular hiperproliferativa em resposta a uma variedade de estímulos, como infecções, trauma, aumento dos níveis de hormônios femininos, fatores de crescimento, medicamentos, oncogenes virais e anastomoses arteriovenosas. Acomete ambos os sexos, com predomínio nos homens 3:1, exceto para as lesões na cavidade oral que são mais frequentes em mulheres. Sua frequência está aumentada na gestação em 5% e com o uso de contraceptivos orais.

Pode ser classificado em 5 tipos clínicos: subcutâneo, intravenoso, com lesões satélites, eruptivo e gravídico. As formas subcutâneas e intravenosas são raras, os casos descritos foram na síndrome do anticorpo antifosfolípideo e associados a manchas vinho do porto, respectivamente. O granuloma piogênico com lesões satélites caracteriza-se pelo surgimento de múltiplas lesões entre 1 e 4 meses após o tratamento de uma lesão primária. O eruptivo ou disseminado também possui múltiplas lesões,

porém sem lesão prévia e é comum estar associado a outras enfermidades como dermatite esfoliativa, hipogamaglobulinemia, Doença de Hodgkin e cirrose alcoólica. O granuloma gravídico se apresenta na mucosa gengival durante a gestação, é recidivante e costuma ter resolução espontânea após o parto.

O diagnóstico é essencialmente clínico, com confirmação histopatológica, demonstrando proliferação de pequenos vasos em estroma frouxo e edematoso, acompanhado de intenso infiltrado inflamatório misto. No diagnóstico diferencial devemos considerar: sarcoma de Kaposi, melanoma, carcinoma metastático, ceratose seborreica inflamada, poroma écrino, entre outras neoplasias.

O tratamento consiste na retirada da lesão, que pode ser por cirurgia, curetagem, eletrocoagulação, criocirurgia ou cauterização química com ATA, nitrato de prata, corticoide intralesional, imiquimode, fenol ou bleomicina intralesional. A exérese cirúrgica é o tratamento de escolha e o que possui menor recidiva, podendo ter as outras terapêuticas como adjuvantes.

LENTIGO MALIGNO TRATADO O VALOR DA DERMATOSCOPIA

Mariana Carvalho Costa, Carlos Barcauí

*Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azulay -
Santa Casa da Misericórdia*

INTRODUÇÃO

O lentigo maligno (LM), também denominado de melanoma *in situ* lentiginoso, é um subtipo de melanoma *in situ* (MIS), sendo considerado lesão precursora do lentigo maligno melanoma, a forma invasiva do tumor. Dentre as possibilidades terapêuticas para o LM, a exérese cirúrgica ainda é o padrão-ouro. Contudo, por acometer com maior frequência cabeça e pescoço, pelas lesões serem muitas vezes extensas e ainda pela presença de comorbidades, o tratamento cirúrgico nem sempre é possível. Nestes casos, opções terapêuticas alternativas, como imiquimode tópico, podem ser utilizadas.

A dermatoscopia apresenta sensibilidade e especificidade elevadas para o diagnóstico do LM e também tem se mostrado útil no acompanhamento da resposta terapêutica.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 82 anos, branca, apresentava lesão na região malar direita, iniciada há 2 anos, com laudo histopatológico (biópsia incisional) de lentigo maligno. Fora submetida à exenteração ocular, há três meses, por melanoma nodular, originado de melanose primária da conjuntiva tarsal superior do olho direito. Além disso, era hipertensa, diabética e cardiopata de longa data.

Ao exame clínico, a paciente apresentava lesão plana, assimétrica e mal delimitada na região malar direita. À dermatoscopia, notamos lesão assimétrica, com diferentes tons de castanho, apresentando estrias, pontos cinza-azulados (Figura 1A), assimetrias das aberturas anexiais e estrutura romboidal (Figura 1B).

Por se tratar de uma paciente idosa, com múltiplas comorbidades, história de cirurgia recente e pela extensão da lesão, optamos pela introdução do imiquimode 5% creme, com aplicação diária.

A paciente evoluiu com desaparecimento progressivo da lesão, que foi evidenciado no 20º. dia de tratamento (Figura 2). Ao 31º. dia de tratamento, o

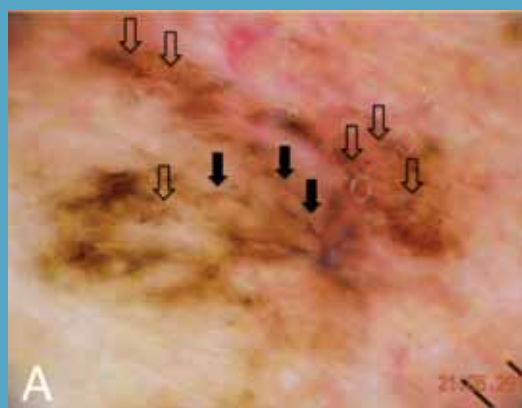


FIGURA 1 A E B: DERMATOSCOPIA DA LESÃO ANTES DO TRATAMENTO (SETAS PRETAS CHEIAS: ESTRIAS; SETAS PRETAS VAZADAS: PONTOS MARRONS E CINZA-AZULADOS; SETA BRANCA CHEIA: ESTRUTURA ROMBOIDAL; SETAS BRANCAS VAZADAS: ASSIMETRIAS DOS ÓSTIOS ANEXIAIS).

COM IMIQUIMODE TÓPICO: NO MONITORAMENTO



FIGURA 2: DERMATOSCOPIA DA LESÃO NO 21º DIA DO TRATAMENTO COM IMIQUIMODE 5% CREME, USO DIÁRIO (AUSÊNCIA DE PIGMENTO).

mesmo foi interrompido por atividade inflamatória intensa (Figura 3) e iniciado acompanhamento clínico, fotográfico e dermatoscópico regular. Não há sinais de recrudescimento da lesão após dois meses da interrupção do imiquimode.

DISCUSSÃO

O lentigo maligno (LM) é o subtipo de melanoma *in situ* (MIS) mais prevalente (79-83% de todos os MIS). É lesão de comportamento indolente e crescimento radial e lento, considerada precursora do lentigo maligno melanoma.

A exérese cirúrgica com margem mínima de 5 mm permanece como o padrão-ouro para o tratamento do LM. Contudo, o ato cirúrgico nem sempre é fácil ou mesmo bem aceito pelo paciente, seja pela extensão e localização da lesão em área nobre ou pelas comorbidades apresentadas pelo paciente. Opções terapêuticas de segunda e terceira linha podem ser utilizadas como a radioterapia, os *lasers* Q-switched de rubi e Nd:YAG, o interferon-alfa (intralesional) e o tazaroteno e imiquimode tópicos.

O imiquimode, composto sintético da família das imidazoquinolinas, é um modificador tópico da resposta autoimune, que possui efeito antitumoral ao se ligar aos receptores *toll-like* 7 e 8 das células dendríticas,

estimulando a produção de citocinas (INF-alfa, IL12, TNF-alfa, IL2, INF-gama), a ativação linfocitária no linfonodo regional de linfócitos T CD8 e a indução da apoptose. O seu uso é aprovado (ANVISA-2006) para verrugas genitais externas, carcinoma basocelular superficial e ceratose actínica. No entanto, tem sido empregado também (*off-label*) para o tratamento da Doença de Bowen, micose fungóide e LM.

Estudos não randomizados e controlados sobre o uso do imiquimode como terapia experimental para o LM, relatam o tratamento de 161 pacientes, com taxas altas de desaparecimento das lesões, porém com protocolos variáveis e *follow-up* curto (12-24 meses). Não há consenso sobre critérios de desaparecimento do tumor: alguns utilizam parâmetros clínicos outros biópsias incisórias pós-tratamento. Embora raros, há relatos de recorrência e evolução para a forma invasiva.

A dermatoscopia no diagnóstico do LM (89% sensibilidade e 96% especificidade) é caracterizada por: aberturas anexas pigmentadas (óstios invadidos por melanócitos atípicos), estruturas romboidais (proliferação de melanócitos atípicos e pigmento que se estende ao redor do folículo e coalesce) e pontos e glóbulos cinza-azulados (melanófagos e agregados destes na derme superior). Além disso, o uso do dermatoscópio também apresenta utilidade consagrada para a escolha do local da biópsia incisória e mesmo para a definição de margens cirúrgicas. Recentemente, o seu uso no monitoramento da resposta terapêutica tem sido apontado como promissor. Entretanto, estudos randomizados controlados comparando os achados dermatoscópicos e a avaliação histopatológica da remoção cirúrgica são necessários para afirmar sua utilidade no acompanhamento da terapêutica alternativa do LM.



FIGURA 3: REAÇÃO INFLAMATÓRIA INTENSA AO IMIQUIMODE TÓPICO, QUANDO O MESMO FOI INTERROMPIDO.

FOTOPROTEÇÃO NA INFÂNCIA

Nosso planeta é, ininterruptamente, bombardeado pela radiação solar, dividida de acordo com os comprimentos de onda. Uma porção dessa radiação eletromagnética é constituída por raios ultravioletas, por sua vez subdivididos em UVA, UVB e UVC. A camada de ozônio absorve, praticamente, todo o UVC, mas permite a passagem de UVA e de UVB.

A maioria das pessoas recebe mais de cinquenta por cento da dose de radiação ultravioleta de toda sua vida antes dos vinte anos de idade.¹ No entanto, as consequências da exposição solar intensa e crônica não são, em geral, vistas durante a infância, o que pode induzir à banalização dos cuidados com a fotoproteção nesta faixa etária. Um estudo demonstrou que oitenta e três por cento das crianças apresentam queimadura solar durante o verão, e aproximadamente trinta e seis por cento dos adolescentes têm queimaduras repetidas na mesma época.²

A radiação solar exerce efeitos bastante complexos no ser humano e garante a vida na Terra. Ela traz importantes benefícios para nossa saúde, mas, em excesso, se vincula ao surgimento de eventos deletérios, como queimaduras e fotocarcinogênese. Assim, ao se deparar com esses resultados paradoxais, que confrontam saúde e doença, é necessário alcançarmos um equilíbrio para otimizar os efeitos bons e minimizar os maus da fotoexposição.

Existem poucas fontes naturais de vitamina D, sendo a síntese cutânea a sua principal. Ela está presente no óleo de fígado de bacalhau, nos peixes gordurosos (salmão, arenque, cavala, sardinha), na gema de ovo, principalmente, e em outros alimentos enriquecidos, como cereais, sucos e leite.

O termo vitamina D engloba dois precursores sem atividade biológica: o colecálciferol (ou vitamina D3) e o ergosterol (ou vitamina D2). A primeira é encontrada nos alimentos de origem animal, além de ser produzida na pele, a partir do 7-deidrocolesterol existente nas membranas celulares, após exposição a doses suberitematogênicas de UVB. Ao se ultrapassar o limite de exposição ao UVB, há

transformação para metabólitos inativos, enquanto se aumenta linearmente o dano ao DNA.³

A vitamina D2 provém de plantas, e pode ser adquirida através da dieta. Tanto o colecálciferol quanto o ergosterol requerem hidroxilações (primeira no fígado, produzindo 25-OH vitamina D, e segundo no rim, produzindo 1,25-diOH vitamina D) para originarem o metabólito ativo. Este (o 1,25-diOH vitamina D) é encontrado em baixas concentrações no sangue e é rigidamente controlado. Já o nível sérico de 25-OH vitamina D reflete o reservatório dessa “vitamina”, e por isso se convencionou dosá-lo para avaliar deficiência ou insuficiência.³

A principal função fisiológica da vitamina D é manter a homeostase do cálcio e contribuir para a mineralização óssea. Sua deficiência na infância se relaciona ao aparecimento do raquitismo.

Para a produção cutânea de vitamina D3 basta curto período de exposição ao UVB, cerca de cinco por cento de área corpórea (por exemplo, face e dorso das mãos), durante cinco a quinze minutos, três vezes por semana. É claro que a eficácia desta exposição depende de fatores como: latitude, altitude, estação do ano, fototipo, poluição do ar, presença de nuvens, hora do dia, por exemplo.³

A fotoproteção não se resume à aplicação de filtro solar, mas inclui evitar exposição significativa entre 10-16 h, proteger-se com roupas, chapéus e óculos escuros. Uma boa dica é ensinar as crianças a prestarem atenção nas suas sombras: à medida que forem diminuindo, deverão procurar abrigo.

As crianças, quando regularmente protegidas, parecem perpetuar este hábito na adolescência. Os filtros solares para crianças pouco diferem daqueles para adultos. Seu uso está liberado para bebês acima de seis meses. Dá-se preferência para os filtros inorgânicos (físicos), por terem amplo espectro de ação, não irritarem os olhos e diminuírem a preocupação de absorção de produtos químicos. Evitar preparações alcoólicas e com fragrâncias. Se forem executadas atividades ao ar livre prolongadas, es-



colher FPS 30, orientando os pais para aplicarem camada grossa e dupla, 30 minutos antes e repetir a cada 2 horas, incluindo todas as áreas (pavilhões auriculares, dedos, pés etc). A combinação de repelente e filtro solar deve ser evitada, pois ela diminui a eficácia do fotoprotetor.

O confronto entre níveis saudáveis de vitamina D e fotoproteção não é novo. O bloqueio completo da pele de um indivíduo à radiação solar é, praticamente, impossível. A quantidade de produto usada é, geralmente, vinte e cinco por cento da preconizada, não é espalhado de forma uniforme, sempre se desprezam áreas como pés, colo e orelhas, raramente se repete a aplicação conforme recomendação. Assim, num país tropical como o nosso, as crianças saudáveis, que são sujeitas à fotoproteção, não demonstram deficiência de vitamina D.

A importância de iniciar medidas de fotoproteção na infância foi demonstrada num estudo que estimou uma redução de cânceres cutâneos não-melanoma em setenta e oito por cento.²

Concluindo, cabe a nós, dermatologistas, orientarmos sobre os benefícios da fotoproteção tanto imediatos, quanto tardios, mesmo nas crianças. Com certeza, assim, reduziremos a incidência de cânceres de pele nessa população no futuro próximo.

Elisa Fontenelle

Responsável pelo Ambulatório de Dermatologia Pediátrica da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro; Professora substituta de Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto-UERJ; Dermatologista do Hospital Municipal Jesus

Bibliografia:

1. Morelli JG. Photosensitivity. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson Textbook of Pediatrics. **Philadelphia: Saunders Elsevier**; 2004. p2698.
2. Koshy JC, Sharabi SE, Jerkins D, Cox J, Cronin SP, Hollier LH. Sunscreens: evolving aspects of sun protection. **J Pediatr Health Care**. 2010: 1-4.
3. Kullavanijaya P, Lim HW. Photoprotection. **J Am Acad Dermatol**. 2005;52:937-58.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA



Altiva Lobão Salgado

Na reunião temática sobre Ética e Defesa Profissional do mês de julho na SBDRJ, tivemos duas palestras: a primeira sobre As Alterações no Código de Ética Médica (CEM) e a segunda sobre a Crise Ética Contemporânea. Refletindo sobre os dois temas podemos observar, por vezes, a distância entre a teoria da lei e a prática médica. A falta de informação ou a alienação pode ser uma explicação para ferirmos os princípios éticos. Daí acreditarmos que a leitura do Código deve ser estimulada, assim como discussões a respeito, tanto no curso de graduação como nos de pós-graduação ou passar mesmo a ser matéria curricular os temas sobre ética, defesa profissional e política de saúde.

Não se podem formar médicos que não tenham noção dos vinte e cinco princípios fundamentais do exercício da medicina ou dos dez incisos sobre seus direitos ou ainda dos seus deveres dispostos em cento e dezoito artigos.

O papel do médico transcende o cuidado imediato com o doente. Quantos não devem desconhecer conceitos que não são novidade no CEM, como por exemplo, no capítulo I – Princípios Fundamentais, inciso XII “O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano,... pelo controle dos riscos à saúde...”; XIII “O médico comunicará às autoridades... formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida”; XIV “O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde”; XV “O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético profissional da Medicina...”; XVIII “O médico terá, para com seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos”. Adiante encontramos os artigos 12, 21, 48, 49, 50 e 57 que correspondem a esses princípios e que, no seu descumprimento, o médico está sujeito a responder a processo ético-profissional.

No capítulo II sobre os Direitos dos Médicos, nos incisos IV e V: o médico pode “Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou pos-

sam prejudicar a própria saúde ou a do paciente...” e “Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar de imediato a decisão ao CRM.” Quantos não têm essa consciência? Se a grande maioria tivesse talvez, os serviços públicos não teriam chegado ao grau de deterioração em que se encontram.

Ainda no capítulo II inciso VI é direito do médico “Internar ou assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos ... ainda que não faça parte do corpo clínico, ...” essa proteção à liberdade do médico vai de encontro a hipocrisia de corpos clínicos fechados, que criam barreiras intransponíveis nas normas técnicas, com a intenção velada de favorecer a uma reserva de mercado. (Exemplo: cirurgião plástico pode, cirurgião dermatológico não pode.) Essa atitude em cidades de médio e pequeno porte prejudica a interiorização do médico.

Nos artigos 68 e 69: “É vedado ao médico exercer a profissão com interação ou dependência da farmácia, indústria farmacêutica, ótica ... comercialização de produtos de prescrição médica, ...” e “... exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, ...” Esses são artigos em que a teoria e a prática atingem raias de escândalo (aliás, foi matéria do Fantástico no semestre passado).

O fato é que se não encorajarmos os médicos a tomar na prática esses e outros artigos, e se nossos Conselhos Regionais de Medicina não se ativerem à sua principal atribuição como órgãos de fiscalização e tribunais que são, o CEM tende a tornar-se letra morta.

Em tempo: durante o período de preparação do novo código, enviamos ao Portal do CRM sugestão de mudança no que diz respeito a conflito de interesse dentro dos Conselhos. Sugerimos que não fosse permitido o exercício da função de Conselheiros a dirigentes de planos de saúde, cooperativa médica e partidos políticos. Infelizmente nossa sugestão não foi contemplada na revisão do código.

OUTUBRO 2010

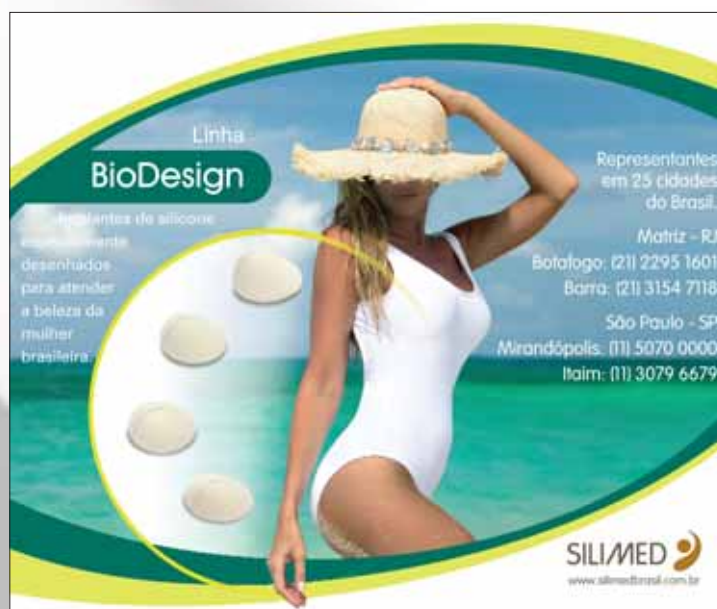
02	Reunião mensal da SBD Fluminense Local: Hospital Antônio Pedro
27	Reunião Mensal da SBDRJ Local: Colégio Brasileiro de Cirurgiões
29	Dia Mundial de Luta Contra a Psoríase Local: Associação Brasileira de Imprensa e Cinelândia

NOVEMBRO 2010

5-6	XIV Reunião Científica da Associação dos Dermatologistas da UERJ – Prof. Jarbas Porto Local: a definir
06	Reunião Mensal da SBD Fluminense Local: Hospital Antônio Pedro
20	IV Simpósio de Cosmiatria da SBDRJ Local: Windsor Barra Hotel
20	Festa de Confraternização da SBDRJ Local: Iate Clube do Rio de Janeiro
24	Reunião Mensal da SBDRJ Local: Colégio Brasileiro de Cirurgiões
27	Campanha Nacional de Prevenção do Câncer da Pele

DEZEMBRO 2010

11	Reunião Mensal da SBD Fluminense Local: Hospital Antônio Pedro
08	Reunião Mensal da SBDRJ Local: Colégio Brasileiro de Cirurgiões



Local: Windsor Barra

Av. Lúcio Costa, 2630, Barra da Tijuca, RJ

20 de novembro de 2010

4º SIMPÓSIO DE COSMIATRIA E LASER DA SBD RJ

