

17 RIO DERMATOLOGICO

Antes de Votar, Pesar os Prós e os Contrás

Os Primeiros 15 anos da História da nossa Regional

Sucesso do 4º DermaRio

SUMÁRIO

03	Editorial	13	<i>In Memoriam</i>
	Carta do Presidente		Prof. José Lisboa Miranda
04	Sinais	14	Caso em Destaque 1
	As Boas e as não tão Boas Idéias		Dermatomiositose Juvenil Amiopática
	Vida Salva		
	Votos de Sucesso	16	Caso em Destaque 2
	Perfil: Dr. Mario Lessa		Mucormicose: Evolução não Letal em
	Azulay 5ª Edição		Jovem Diabético
	Sucesso no 4º DermaRio	18	Caso em Destaque 3
08	Linha do Tempo		Neuroparacoccidioidomicose:
	SBD-RJ Completa 45 anos		O Valor do Diagnóstico Dermatológico
09	Matéria de Capa	20	Dermatoscopia
	Eleições SBD-RJ		Melanoma
12	Clique SDB-RJ	22	Ethos
			Basta de Omissão!
		23	Agenda

RIO DERMATOLOGICO

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

Presidente **Celso Tavares Sodré** • Vice-presidente **João Carlos Avelleira**
Secretario Geral **Carlos Baptista Barcaui** • Secretaria 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 Cássia, 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 **Anatricia 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).



Caros amigos,

No início deste último semestre do mandato que temos a honra de exercer na presidência da SBD-RJ, gostaríamos de dizer que, embora muito já tenhamos realizado, algumas de nossas metas ainda estão a caminho de serem consolidadas, na dependência de nossos sucessores entenderem que são desejáveis e por elas se empenharem.

Todo e qualquer sucesso obtido nesta gestão deve ser creditado a toda a diretoria, que trabalhou participativamente num processo de co-autoria em todos os projetos desenvolvidos, deliberando cada pequeno detalhe nas quatro ou cinco horas de nossas reuniões quinzenais.

Produzimos um número inigualável de eventos a um custo mínimo para o associado, abrangendo parte significativa das áreas de conhecimento da dermatologia. Isto foi possível graças à participação efetiva dos Coordenadores dos 15 Departamentos que criamos e à colaboração dos Chefes de Serviços Credenciados.

Reformamos a estrutura administrativa de nossa Sociedade, e hoje, temos uma “empresa” ágil e moderna em todos os setores, com funcionários contratados ou terceirizados, capazes de oferecer o melhor para os nossos associados. Enxugamos os gastos de representação da diretoria e funcionários, o que aliado à boa gestão financeira, nos permitiu oferecer este enorme número de eventos científicos mantendo o equilíbrio econômico/financeiro.

A contratação da assessoria jurídica além de avaliar nossos contratos com patrocinadores e prestadores de serviço, nos levou a, responsavelmente, questionar o MEC sobre os cursos de pós-graduação não credenciados e, por iniciativa nossa, junto às Sociedades de Cirurgia Plástica e a de Endocrinologia, questionar o CREMERJ sobre à pseudoespecialidade “Medicina Estética”.

Nossa mídia eletrônica mais que quintuplicou os acessos, graças ao trabalho incansável do Dr. Roberto Barbosa Lima.

EDITORIAL

03

RIO DERMATOLOGICO

Nosso Jornal, sob a direção do Prof. David Azulay, continua recebendo elogios do Brasil inteiro, pois é único com “mix” de notícia e ciência.

A Comissão de Ética e Defesa Profissional, alternando os seus cinco membros, tem estado presente em todas as muitas reuniões do CREMERJ, SOMERJ, etc., num trabalho cansativo, mas extremamente necessário.

Estivemos maciçamente presentes na mídia, representados não pelo Presidente da SBD-RJ, mas principalmente pelos coordenadores dos Departamentos, experts dos temas a serem explicados à população.

Finalmente gostaria de abordar a questão da eleição. Primeiramente, agradeço o teu voto e tua confiança na eleição para a presidência da Nacional. Embora tenha certeza que em várias regionais tivemos o apoio majoritário, não podemos afirmar, ao contrário do que é declarado no Jornal da Nacional, que “tenhamos sido consistentemente votados em todas as regionais do Brasil”, pois este dado é impossível de ser conhecido. Em todo o caso, parablenizo o Dr. Omar e a Dra. Bogdana, e, sinceramente, espero que ao final da sua gestão também possa parabenizar a SBD.

Quanto à eleição para a presidência da SBD-RJ e delegados, chamo a atenção para que cada eleitor avalie os candidatos por seu desempenho real e suas propostas.

Nem tudo que brilha é ouro, e a presidência responsável da SBD-RJ exige trabalho, suor e tempo. Temos muito por fazer, estamos no meio do caminho de muitas realizações, esta diretoria gostaria de ver seus objetivos concretizados por lideranças sérias e comprometidas.

Um forte abraço,

Celso Sodré
Presidente da SBD-RJ 2007/2008

AS BOAS E AS NÃO TÃO BOAS IDÉIAS

Todos nós sabemos que pertence ao editor do jornal da SBD Nacional, o Dr. Paulo Cunha, a criação da seção “linha do tempo”, onde ele assinala os principais fatos da história do mundo e, sobretudo, da dermatologia ao longo dos anos.

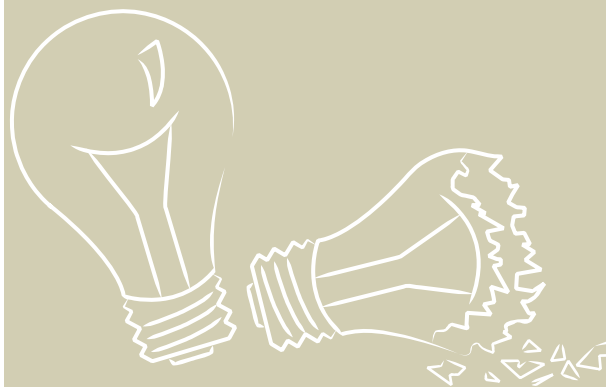
Em 27 de dezembro deste ano, a nossa regional completará 45 anos e, por sugestão do Dr. Francisco Burnier, dividiremos, nos próximos três números do Rio Dermatológico, os fatos marcantes deste quase meio século de vida de nossa regional..

Não só as boas idéias, mas principalmente os bons exemplos, podem ou devem ser seguidos. Evidentemente, sem ocultar ou escamotear a sua origem. Dessa forma teremos, com certeza, uma sociedade mais transparente, eficaz e ética.

Recentemente, lançamos o nosso jornal em papel reciclado, o que não deixou de ser um marco. Porém, além de mais caro, a qualidade da impressão ficou aquém da desejada, e, portanto, optamos novamente pelo uso do papel tradicional. Temos certeza que, com melhor tecnologia e custo, retornaremos ao “estado do ecologicamente correto.”

Inovar, criar e mesmo considerar certos retrocessos tornam o cotidiano mais interessante, rico e desafiador. Por vezes, intenções valem mais do que fatos.

David Azulay



VIDA SALVA

Graças à pronta intervenção da Dra. Gabriela Munhoz Fontoura, uma pessoa foi salva quando se exercitava numa academia e teve uma parada cardiorrespiratória.

A SBD-RJ congratula-se com esta nossa querida associada, que com agilidade prestou os primeiros socorros, inclusive levando a vítima para o hospital.

Associados como você é que elevam o nome da nossa sociedade e, portanto, da especialidade.

VOTOS DE SUCESSO

O Rio congratula-se com a eleição do carioca, Professor Omar Lupi, eleito presidente da SBD-Nacional para o biênio 2009-10. A nossa regional não medirá esforços em contribuir para que todos os projetos e propostas sejam implementados com êxito. Votos de Sucesso!



SBD-RJ

NOS ÚLTIMOS 30 DIAS

Além da nossa tradicional Reunião Mensal tivemos o I Curso sobre Doenças Infecciosas no Hospital da Lagoa, coordenado pelas Dras. Flavia Freire e Maria Clara Gallardo, Coordenadora do Departamento de Doenças Infecciosas. A SBD-RJ apoiou ainda a X Jornada Dermatológica do Hospital Naval Marcílio Dias e o XXII Congresso da Associação dos Ex-Alunos do Prof. Azulay, que neste ano confirmou o grande significado dos cursos *hands on* no dia anterior ao congresso. Ambos os eventos terminaram em deliciosos churrascos de confraternização. O Prof. Azulay recém completou 91 anos, dos quais muitos dedicados ao ensino da Dermatologia e a nossa SBD. Parabéns em nome de todos os dermatologistas da nossa regional.

PERFIL: DR. MARIO LESSA

Formado há 32 anos pela Faculdade de Medicina Souza Marques, o dermatologista Mario Lessa costuma dizer que seu encantamento pela especialidade foi repentino e ocorreu na primeira vez em que foi ao ambulatório de Hanseníase, do antigo hospital de Curupaiti.

Chefe, por dez anos, do Setor de Dermatologia Sanitária

no Centro Municipal de Saúde Clementino Fraga Filho, em Irajá, trabalhou durante dois anos com os doutores Jarbas Porto e Aldir Barbosa, no Gafré e Guinle, e, atualmente, exerce atendimento em seu consultório e no CMS Necker Pinto, na Ilha do Governador.

Pai dos também dermatologistas, Mario Cesar Lessa e Bru-

na Mara Lessa - fato que é motivo de orgulho para ele e toda sua família - o Dr. Mario Lessa, há quase 30 anos atuando na especialidade, deixa como mensagem para os futuros residentes em Dermatologia, que façam esta escolha por amor, por ser uma das mais belas especialidades.

O médico, que tem como hobby jogar futebol com os amigos, durante a entrevista deste número do RioDermatológico, pediu licença para fazer uma homenagem especial. “Gostaria de agradecer à Família Azulay, pai e filhos, pelo carinho e ensinamentos que passaram para mim e meus filhos, seus alunos. Um orgulho para mim e a dermatologia brasileira”.



FAMÍLIA LESSA

AZULAY 5ª EDIÇÃO

Durante a XLII Triangular de Dermatologia em SP, foi feito o lançamento da 5ª edição deste consagrado compêndio. Segundo os autores, além de uma revisão ampla em todo o texto e melhor iconografia, houve também a inclusão de novas entidades assim como dois novos capítulos. São eles: Genética aplicada à Dermatologia e Ética Médica, o que proporcionou junto a várias inserções um aumento de 106 páginas em relação à edição anterior.

Trata-se de um livro super atual, objetivo e com várias originalidades. Vale a pena conferir!



DR. NILO COSTA, PRESIDENTE DA REGIONAL-TO, PROF. SAMPAIO, DR. LARISSA HANAUER COLABORADORA E OS AUTORES DURANTE O LANÇAMENTO NA XLII TRIANGULAR, S.P.

SUCESSO NO 4ºDERMARÍO

EVENTO TORNA-SE DESTAQUE NO CALENDÁRIO DA DERMATOLOGIA NACIONAL

Durante os dias 19, 20 e 21 de abril, foi realizado no Centro de Convenções do Hotel Windsor, na Barra da Tijuca, o 4º DermaRio. Desde sua criação em 2002, o DermaRio vem se notabilizando e hoje ocupa um local de destaque no calendário da Dermatologia carioca e nacional. Pela primeira vez, o evento teve duração de três dias. O primeiro, dedicado aos cursos pré-congresso coordenados pelos dermatologistas Claudia Alcântara (procedimentos estéticos), Ricardo Barbosa Lima (câncer da pele), Juan Maceira (dermatoscopia) e Celso Sodré (alopecias), e ao VI Encontro de Cirurgias Dermatológicas do RJ, sob a coordenação de Sérgio Serpa e Francisco Burnier. Os outros dois dias foram dedicados às palestras, cujos temas foram abordados em blocos, seguidos de discussão.

Presidido pelo atual Secretário Geral da SBD-RJ, Carlos Barcaui, o congresso, que contou com o auxílio dos Coordenadores de Departamento da regional para escolha dos temas e palestrantes, procurou abranger a Dermatologia como um todo. Temas variados foram apresentados, de procedimentos cosméticos à micoses oportunistas, passando por biológicos, câncer da pele, dermatopeditaria, imunologia, infecções bacterianas, alopecias, etc. Caracterizado pelo alto nível científico das palestras, o DermaRio foi considerado um sucesso absoluto, não só pela qualidade do conteúdo apresentado sob rigoroso controle de tempo, mas também pela escolha do ambiente extremamente acolhedor e elegante do Centro de Convenções do Windsor.

Para Carlos Barcaui, o apoio maciço dos parceiros da SBD-RJ, em grande parte da indústria farmacêutica, foi fundamental para a viabilização dos preços reduzidos do congresso para os associados. Além da parte científica, o evento teve vários momentos de descontração. O ponto alto foi a festa de confraternização realizada no mais carioca dos bairros do Rio de Janeiro, a Lapa, na tradicional casa noturna Rio Scenarium. "Aprendemos e nos divertimos! Parabéns à nossa regional por mais um DermaRio de sucesso!, concluiu Barcaui"

Veja alguns depoimentos das fichas de avaliação:

"Parabéns aos organizadores pela grandeza e sucesso do evento e fico orgulhosa, sendo carioca, de ter um con-

gresso local de tão poucas edições e tão grande projeção no meio dermatológico."

"O hotel escolhido foi excelente, com ótimo salão para exposição dos stands e palestras."

"Parabéns, o Dermario apesar de estar engatinhando, encontra-se em boa fase evolutiva."

"Vocês estão de parabéns pela escolha do local, pontualidade, apresentações, etc..."

"Tudo ótimo, excelente nível!!!"

MOMENTO EM QUE OS "PAIS" DO DERMARIO, DRS. RAMON BLANCO E ABDIEL FIGUEIRA, RECEBERAM UMA MERECIDA HOMENAGEM DA ATUAL DIRETORIA DA SBD-RJ



DR. ANDRÉ LUIZ DA ROCHA, MÉDICO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS, AO RECEBER O PRÊMIO DE MELHOR TRABALHO EM PÔSTER NA CATEGORIA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA NO IV DERMARIO.

MOMENTO DE CONFRATERNIZAÇÃO NO RIO SCENARIUM DURANTE O DERMARIO



SBD-RJ COMPLETARÁ 45 ANOS

É quase meio século de história da SBD-RJ, em anos que se confundem, muitas vezes, com a da própria SBD Nacional. Sem enaltecere ou desmerecer nenhuma região do país, a história da dermatologia brasileira começa no Rio de Janeiro, talvez por ter sido a capital do Brasil até 1960. Em 1912, no Pavilhão Miguel Couto da Santa Casa da Misericórdia, é fundada a Sociedade Brasileira de Dermatologia. Em 1963, é fundada a nossa regional, atualmente SBD-RJ.

Nestes 45 anos, fatos marcantes da história do país, como a transferência da capital para Brasília e a fusão dos estados da Guanabara e Rio de Janeiro, compõem o pano de fundo dos primórdios da nossa regional.

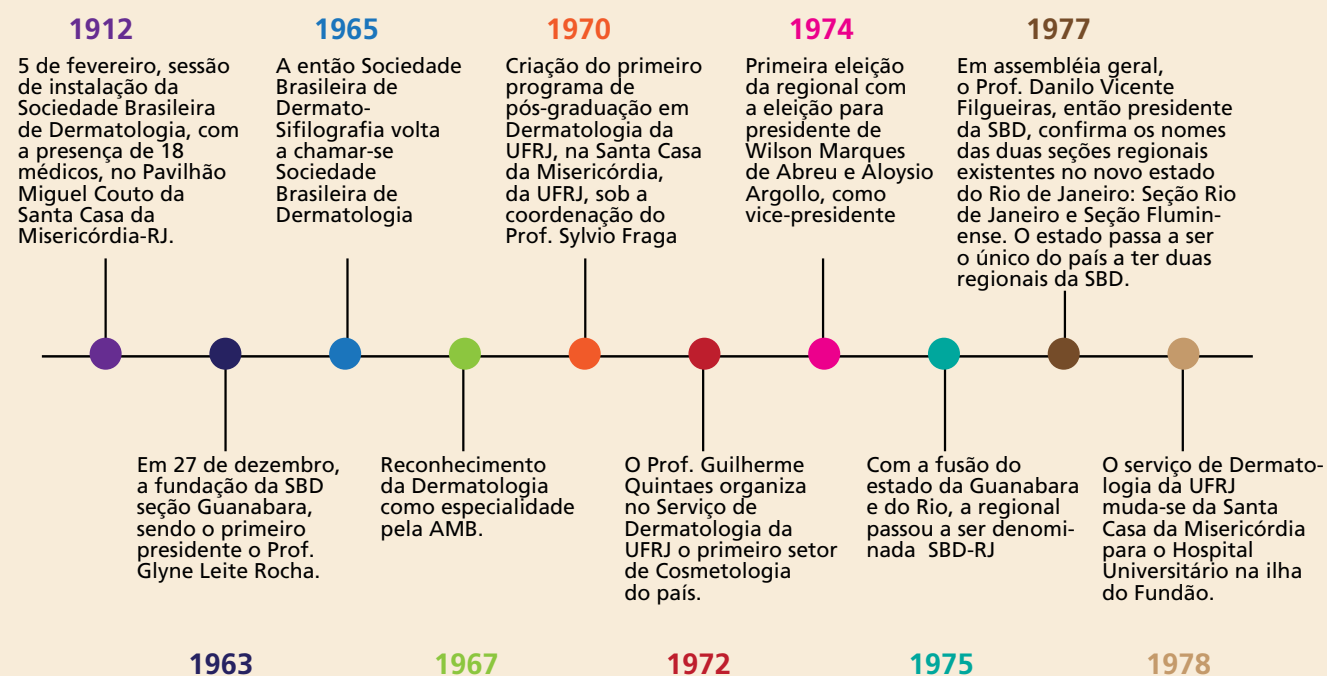
Esta edição do RioDermatológico inicia uma matéria especial sobre a história da SBD-RJ, dividida em períodos de quinze anos por três números do jornal, onde serão apresentados os principais fatos que marcaram a evolução da nossa regional.

No intuito de trazer aos leitores os pontos mais relevantes desta história, a equipe editorial do RioDermatológico optou em dar maior ênfase a fatos do que a nomes, minimizando injustiças com muitos que ajudaram a SBD-RJ trilhar esse caminho de sucesso nestes 45 anos de existência.

As fontes de pesquisa da nossa história foram os livros História da Dermatologia Brasileira, uma visão panorâmica (1999); História da Dermatologia no Brasil (2002) e A pele do Rio, 40 anos da SBD-RJ (2004). A discordância entre os fatos narrados poderá ser creditada às informações extraídas das fontes, nem sempre concordantes, e à equipe editorial deste jornal.

Estimulamos todos a contribuir com datas e fatos relevantes no período de 1979 a 1994, enviando sua sugestão para a página do site da SBD-RJ http://www.sbd-rj.org.br/fale_conosco.asp ou para o email d.azulay@urbi.com.br

LINHA DO TEMPO - 1963 A 1978



ELEIÇÕES SBD-RJ BIÊNIO 2009/2010

CHAPA 1 RENOVAÇÃO

PRESIDENTE: CARLOS BARCAUI
VICE-PRESIDENTE: DAVID AZULAY



Carlos Barcaui – Mestre e Doutor em Dermatologia EPM/USP, Prof. Associado IDPA-Santa Casa RJ, Especialista SBD (1997), Delegado e Secretário Geral SBD-RJ

David R. Azulay - Chefe de Serviço IDPA- Santa Casa RJ, Vice-Diretor da Escola Médica de Pós-Graduação/PUC-RJ, Mestre Dermatologia UFRJ e Prof. da UFRJ, PUC e FTESM.

Como membros da atual Diretoria da SBD-RJ, desenvolvemos um trabalho proveitoso no último biênio, sob a presidência do Dr. Celso Sodré. Muitos dos nossos principais objetivos foram alcançados com êxito, como a criação dos departamentos especializados, a contratação da assessoria jurídica e a reestruturação completa do site. Conseguimos trazer o Congresso Brasileiro de Dermatologia de 2010 para o Rio de Janeiro, além da realização de diversos eventos de alta qualidade científica como o último DermaRio, sempre marcados pela pontualidade e baixo custo. Contudo, há ainda muito por ser feito e algumas sementes plantadas na atual Gestão pre-

cisam ser regadas, como é o caso da parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, visando à criação de um programa consistente de prevenção ao câncer da pele no nosso Estado.

Acreditamos que o envolvimento do maior número de pessoas na gestão da SBD-RJ, com a RENOVAÇÃO quase integral dos membros, não só da diretoria como também dos departamentos, é que fará com que tenhamos uma sociedade verdadeiramente representativa dos interesses dos associados. Dentre nossas propostas destacamos: defesa do mercado de trabalho, campanhas de valorização do Dermatologista, calendário de eventos que permita ao associado manter-se atualizado pelo menor custo possível, reavaliar o modelo de reunião mensal, fortalecimento dos serviços credenciados, criação de uma ouvidoria e trabalhar em conjunto com as Comissões Organizadoras dos Congressos Brasileiros da SBD e SBCE, para que tenhamos dois excelentes eventos em 2010 no RJ. Nossas propostas na íntegra encontram-se disponíveis no site www.carlosbarcaui.com.br.

ELEIÇÕES SBD-RJ BIÊNIO 2009/2010

CHAPA 2 EXPERIÊNCIA E RENOVAÇÃO

PRESIDENTE: MARCIA RAMOS-E-SILVA
VICE-PRESIDENTE: BEATRIZ MORITZ TROPE



- Estimular o convívio e intercâmbio social e profissional entre os sócios;
- Valorizar os serviços credenciados, exaltando os setores onde cada um mais se destaca;
- Valorizar o sócio desvinculado dos serviços credenciados, estimulando a apresentação e discussão de seus casos clínicos e trabalhos;
- Renovar o formato da reunião mensal;
- Estimular a apresentação de trabalhos através de premiação mensal;
- Revalorização e atualização dos grandes temas dermatológicos;
- Viabilizar a vinda de experts nacionais e estrangeiros para atualização científica dos sócios;
- Realizar atividades em conjunto com outras entidades nacionais e estrangeiras, entre elas a International Academy of Cosmetic Dermatology;
- Estimular os sócios a comparecer nos eventos de atualização, reciclagem, educação médica continuada e sociais promovidos pela Regional;
- Promover maior integração com a Regional Fluminense, visando eventos conjuntos e calendário compartilhado;
- Incentivar o intercâmbio com outras especialidades;
- Estimular e preparar os sócios mais jovens para ocupar espaços e cargos associativos;
- Dar melhores condições aos sócios para exercer a Dermatologia com dignidade, através do fortalecimento de parcerias com CREMERJ, AMB e demais entidades de classe;
- Estruturar a SBD-RJ para que o Rio de Janeiro possa realizar, em 2010, os dois mais importantes congressos da Dermatologia brasileira com eficiência e harmonia;
- Promover parcerias e captar eventos nacionais e internacionais para o Rio de Janeiro.

ELEIÇÕES SBD-RJ BIÊNIO 2009/2010

CHAPA 3 UNIÃO PELA DERMATOLOGIA

PRESIDENTE: ANA MOSCA
VICE-PRESIDENTE: FLÁVIO LUZ



Entrevistador: Ana Mosca, porque você quer ser presidente da SBD-RJ?

Ana Mosca: A presidência da SBD é um cargo honroso que requer bom senso, equilíbrio, integridade e dedicação. Quero ser presidente porque penso que posso contribuir para a Sociedade, implementando ações que beneficiem diretamente o associado, possibilitando sua maior participação. Para a realização dos nossos objetivos, contarei com a contribuição e experiência do Flávio Luz.

Entrevistador: Qual a sua experiência institucional anterior?

Ana Mosca: Apesar de já trabalhar há 16 anos no departamento de Dermatologia Pediátrica da Sociedade de Pediatria, comecei na SBD-RJ em 2001, participando de várias diretorias. Coordenei o jornal RioDermatológico de 2001 a 2006. Contribuí, junto com o Flávio, na realização dos primeiros DermaRio com Ramon e Abdiel, chegando a ser coordenadora em 2006 na gestão Omar Lupi.

Entrevistador: Quais os seus principais projetos à frente da Regional?

Ana Mosca: A Educação Médica Continuada será uma das minhas metas, possibilitando acesso e gratuidade ao associado. Manteremos e dinamizaremos os Departamentos especializados e viabilizaremos apoio material aos serviços credenciados. Desenvolveremos estudos multicêntricos de interesse público e um programa de ação continuada para prevenção das dermatoses de interesse em Saúde Pública.

Entrevistador: Como você vê a situação atual do Dermatologista?

Ana Mosca: O Dermatologista hoje está encontrando dificuldades para sua inserção no mercado de trabalho, principalmente devido à concorrência desleal de colegas sem formação dermatológica adequada, às pressões dos planos de saúde e à invasão de outras especialidades. Desta forma a defesa profissional será prioridade absoluta da nossa gestão, em especial, na inserção do jovem dermatologista no mercado.

VISITAÇÃO QUADRUPLICOU EM 1 ANO

Em maio de 2007, foi lançado o novo site da SBD-RJ, totalmente reformulado para oferecer melhores serviços para os associados, além de dar uma maior visibilidade à nossa sociedade junto ao público em geral - parte da estratégia de valorização do dermatologista, uma das metas desta gestão.

Em abril de 2008, um ano após o lançamento, os números não deixam enganar. A visitação do site quadruplicou em relação ao mês de abril de 2007. São 4 vezes mais visitantes conhecendo o trabalho da SBD-RJ e podendo escolher um de nossos associados na hora de consultar com um dermatologista.

DERMARÍO: SUCESSO TAMBÉM NA INTERNET

Altamente elogiado pelos participantes, tanto pela programação científica e pelo modelo de apresentações mescladas com tempo para comentários, quanto pela organização e pela festa de confraternização na casa de shows Rio Scenarium, o DermaRio - evento bienal da SBD-RJ - foi um sucesso na sua 4ª edição.

O site criado especificamente para o DermaRio, integrado ao site da SBD-RJ, facilitou a vida dos participantes, apresentando toda a programação, informações sobre localização e acesso, opções de turismo, oferecendo, ain-

da, a possibilidade de inscrição e geração do boleto de pagamento via internet, o que eliminou a obrigatoriedade do envio do comprovante de depósito e da ficha de inscrição via correios.

Se você participou do DermaRio, as fotos que foram tiradas durante o evento e a festa já estão disponíveis no site. Caso deseje uma das fotos publicadas, basta clicar com o botão direito do mouse sobre a imagem, escolher a opção “Salvar imagem como...” e salvar a foto no seu computador.

Se você não pôde participar, venha ver como foi e porque você não pode ficar de fora do próximo DermaRio. Acesse www.dermario.com.br agora mesmo e confira!

COLUNA ESPAÇO ABERTO

A coluna Espaço Aberto, do Jornal RioDermatológico, é destinada para que você possa publicar seus comentários, cartas ou sugestões no jornal, levando a sua mensagem para os milhares de dermatologistas que recebem este periódico.

Agora mandar o seu texto ficou bem mais fácil. Basta acessar o site da SBD-RJ e, na área do associado, escolher o link JORNAL, onde você vai encontrar a opção “Mande sua carta para a coluna Espaço Aberto”. Clique e escreva o seu texto.

Acesse www.sbd-rj.org.br e mande a sua carta. Este espaço é todo seu!

Roberto Barbosa Lima
Coordenador de Mídia Eletrônica

PROF. JOSÉ LISBOA MIRANDA *IN MEMORIAM*

No dia 24 de julho nos deixou o Prof. José Lisboa Miranda, após longa enfermidade que já há muito o havia afastado do convívio de todos. Alguns dados bibliográficos justificam esta lembrança. Perderam a dermatologia fluminense e brasileira. Esta é a homenagem póstuma de nossa Regional a este ilustre associado.

Nasceu a 20 de abril de 1924, em São Luiz (MA). Filho de Dr. Cassio Miranda e Sra. Raymunda Lisboa Miranda. Fez o curso secundário no Colégio Santo Inácio e formou-se médico pela Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil em 1948.

Fez o curso de Micologia Médica, no Departamento de Dermatologia do “College of Physicians and Surgeons – Columbia University” Nova York, EUA, de fevereiro a junho de 1951, e o curso de Micologia Médica, no Departamento de Bacteriologia da “Duke University School of Medicine” Durham, Carolina do Norte, EUA.

Fez Residência em Dermatologia na “Duke University Medical Center” Durham, Carolina do Norte, EUA (1961-1963).

Foi pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, e encarregado da Micologia Médica e Dermatologia do Hospital Evandro Chagas (1949-1969).

Foi Chefe de Clínica da Enfermaria 26 (Dermatologia), do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (1964 – 1967).

Foi Professor Titular de Dermatologia, da Escola Médica do Rio de Janeiro, da Universidade Gama Filho (1968 – 1994).

Foi Coordenador do Ciclo Clínico do Curso de Medicina da Escola Médica do Rio de Janeiro, UGF (1968-1982), e Diretor do Departamento de Medicina Interna do Curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UGF (1982 – 1994).

Foi Presidente da Seção da Guanabara, da Sociedade Brasileira de Dermatologia (1971 e 1972) e Membro do Conselho Editorial dos “Anais Brasileiros de Dermatologia” (1970 – 1974).

Foi Membro do Corpo Clínico do Hospital Adventista Silvestre (1968 – 1996).

Foi Diretor do Departamento de Doenças Tropicais do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UGF (1972) e Responsável pelo setor de Micologia Médica do Instituto Gonzaga da Gama Filho da UGF (Instituto de Pesquisas Científicas) de 1973 a 1990.

Foi Consultor da Unidade de Prevenção do Câncer de Pele do Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos (Pioneiras Sociais), Rio de Janeiro (1976 – 1978).

Participou como Membro de várias Bancas Examinadoras de Mestrado e Doutorado.

Participou como Membro de Painel, Congressista, Coordenador de Tema, Presidente de Mesa Redonda, Presidente e Secretário de Sessão e Simposista, em vários Congressos nacionais e internacionais.

Publicou diversos trabalhos científicos em revistas científicas nacionais e internacionais.

Casou-se com a Sra. Dorcas Elizabeth Sumrell Miranda e teve seis filhos.



DERMATOMIOSITE JUVENIL AMIOPÁTICA:

Paula Chicralla, Márcio Soares Serra, Carlos José Martins,
Osvania Pessoa, Gabriela Lowy

*Serviço de Dermatologia da Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)*

INTRODUÇÃO

A dermatomiosite (DM) é uma miopatia inflamatória, crônica, idiopática e incomum. Acomete adultos e crianças e se divide, nas formas: clássica, caracterizada por acometimento cutâneo e muscular; e na forma amiopática, caracterizada por acometimento cutâneo por mais de 6 meses, com ausência de fraqueza muscular ou alterações nos exames complementares. Esta forma apresenta o subtipo hipomiopático, caracterizado por uma miosite subclínica; ou seja, alterações de enzimas musculares, ressonância magnética (RM), biópsia muscular ou eletromiografia (EMG), sem sintomas de fraqueza muscular.

RELATO DO CASO

GR, 3 anos, faiodérmica, natural do RJ, foi trazida ao nosso ambulatório relatando eritema e edema periorbitários (heliotropo) com exacerbação após exposição solar, de início há 1 ano. Mãe refere que após 2 meses, houve surgimento de pápulas eritemato-violáceas, pruriginosas sobre as articulações de dorso das mãos, pés, cotovelos e joelhos (pápulas de Gottron). A criança foi tratada para dermatite atópica com corticóide e anti histamínico, sem melhora.

A história patológica pregressa não revelou febre, infecções recentes, queixas articulares ou musculares e negou uso de quaisquer medicamentos nos últimos 6 meses.

Ao exame físico, o menor apresentava ainda telangiectasias periungueais evidentes em todas as unhas e hipertricose das regiões frontal e pré auriculares. Criança saudável e ativa, com força muscular preservada (grau 5- normal contra resistência).

Níveis séricos de CPK, aldolase, LDH, enzimas hepáticas, VHS e FAN, dentro dos padrões da normalidade. Anticorpos anti-DNA ds, Mi-2, Jo-1, SM e SRP sem alterações.

Foi realizada biópsia de uma pápula do dorso da mão revelando dermatite liquenóide, compatível com o diagnóstico de DM.

A capilaroscopia ungueal mostrou megacapilares típicos, microaneurismas e distribuição irregular das alças capilares com ausência de zonas avasculares.

A RM das cinturas escapular e pélvica evidenciou alteração da intensidade de sinal em T1, apresentando realce tênue pelo meio de contraste, de provável processo inflamatório.

DISCUSSÃO

A DM juvenil amiopática (DMJA) é doença rara da infância, configurando apenas 3-5 % de todos os casos de DMJ. Após revisão literária, Gerami et cols analisaram os 68 casos descritos até 2006; destes 18% (12 casos) foram do subtipo hipomiopático.

Até o momento, não se sabe quais casos de DMA evoluirão ou não para a forma clássica. A maioria dos pacientes (74%) não evoluiu para miopatia clinicamente aparente após acompanhamento de 3 a 9 anos. Assim, a miosite subclínica não mostrou ser um fator preditivo de fraqueza muscular, sendo esta forma clínica de melhor prognóstico.

Nas crianças, procedimentos diagnósticos invasivos como a EMG e a biópsia muscular tem sido evitados. A RM tem se mostrado o método de escolha por ser modalidade diagnóstica mais sensível em pacientes sem fraqueza muscular ou alteração das enzimas musculares.

A literatura é divergente sobre o início ou não de terapia nestes casos. Alguns autores preferem tratar a DM amiopática/hipomiopática agressivamente, com imunossupressores sistêmicos (prednisona, metotrexato) com a finalidade de diminuir o risco de progressão para miopatia. Outros preferem uma conduta mais conservadora, evitando a imunossupressão na ausência de fraqueza muscular.

Novos estudos são necessários para estabelecer um consenso para estes pacientes.

Optamos por uma conduta conservadora, devido à ausência de fraqueza muscular e o bom prognóstico relatado. Porém, há necessidade de acompanhamento clínico e laboratorial periódicos a longo prazo.

A DM amiopática/ hipomiopática é forma clínica distinta

apesar das alterações cutâneas e histopatológicas serem indistinguíveis da forma clássica e não mostrarem relação com a atividade da doença.

Estudos adicionais são necessários e de suma importância para a melhor caracterização desta entidade clínica.



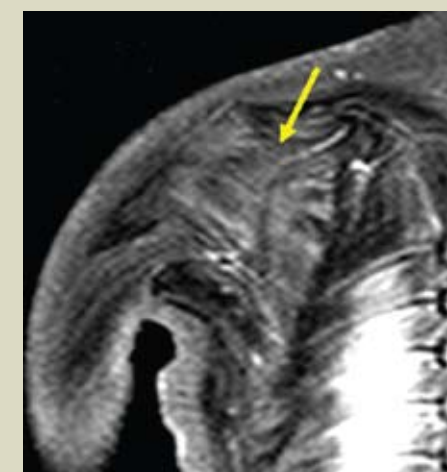
PÁPULAS DE GOTTRON



HELIOTROPO E HIPERTRICOSE



CAPILAROSCOPIA



RM DA CINTURA ESCAPULAR BILATERAL

MUCORMICOSE: EVOLUÇÃO NÃO LETAL EM JOVEM DIABÉTICO

Thiara Cristina Guimarães Rocha, Daniele Lisboa Ceperuelo,
Carolina Villela da Rocha Miranda, Mariane Almeida
Gouveia Rocha, Nilcimar Lourenço Miranda.

Serviço de Dermatologia do
Hospital Geral de Bonsucesso

INTRODUÇÃO

A mucormicose é uma infecção fúngica grave causada por agentes oportunistas: os Zigomicetos, classe *Zygomycetes*, ordem *Mucorales*, gêneros *Rhizopus*, *Absidia*, *Mucor* e *Rhizomucor*. Os *Mucorales* são saprobíóticos no organismo humano, solo, alimentos e materiais orgânicos. A espécie *Rhizopus* é responsável por 70% dos casos na forma clínica rino-órbito-cerebral, apresentação mais comum e frequentemente fatal. A gravidade da infecção ocorre tanto pela capacidade de invasão fúngica nos vasos sanguíneos, quanto pelo estado de imunodepressão dos hospedeiros. O fungo inicia sua invasão pela mucosa nasal, acometendo seios da face, seguido da erosão do palato duro, órbita e cérebro. O diagnóstico deve ser precoce, suspeitando-se ao exame clínico das regiões nasal e oral, além do exame direto e histopatológico das lesões teciduais. O tratamento deve ser agressivo, através da instituição da Anfotericina B intravenosa e desbridamento cirúrgico.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 26 anos, branco, há três meses com história de diabetes mellitus em esquema domiciliar de insulinoterapia irregularmente, apresentando feridas na narina direita e no palato duro, associadas à dificuldade de alimentação oral, motivando-o a procurar serviço de emergência. Ao exame apresentava queda do estado geral, febre, erosão na narina direita, edema periorbitário à direita (figura 1), limitação da abertura bucal e lesão necrótica na região mediana do palato com odor fétido (figura 2). Os exames laboratoriais mostravam hiperglicemia, leucocitose com desvio para a esquerda, sem cetoacidose. Na tomografia computadorizada de crânio havia duas lesões hipodensas na região frontal e nos seios da face, velamento dos seios etmoidal e esfenoidal à direita (figuras 3 e 4). Diante da hipótese de mucormicose instituiu-se imediatamente Anfotericina B intravenosa 1g/kg/dia e desbridamento cirúrgico das áreas de necrose e biópsia do palato pela otorrinolaringologia. Além de controle glicêmico rigoroso com insulina, antibioticoterapia de largo espectro devido ao aspecto tóxico do paciente e neurocirurgia para drenagem das coleções no lobo frontal. A análise histopatológica revelou a presença de alterações tissulares necrotizantes com hifas cenocíticas nos tecidos e na parede vascular (figura

5). O material coletado foi enviado para cultura com crescimento de *Rhizopus sp.* No palato. Paciente evoluiu com controle da glicemia, melhora do estado geral, sem progressão das áreas de necrose. No quadragésimo dia de internação, apresentou tetraparesia flácida arreflexa e paresia dos pares cranianos do IV ao X par à direita. Puncção de líquido cefalorraquidiano compatível com Síndrome de Guillan-Barré, sem resposta à imunoglobulina venosa, sendo feita fisioterapia diária, com melhora clínica. Alta hospitalar após três meses com seguimento ambulatorial, encontrando-se em bom estado geral, estável e sem intercorrências.

DISCUSSÃO

A mucormicose é uma doença sistêmica frequentemente fatal causada por fungos da ordem *Mucorales* em pacientes imunocomprometidos. Esses apresentam tropismo por vasos sanguíneos causando intensa e rápida destruição tecidual. Os achados histopatológicos são o envolvimento vascular, podendo haver trombose e necrose isquêmica ou hemorrágica, sendo as hifas largas, grandes e cenocíticas características. Dentre os fatores predisponentes relacionados à imunodepressão e, conseqüentemente, à doença, encontram-se as neoplasias, neutropenia, quimioterapia, corticoterapia, desnutrição, hemodiálise, gastro-

enterite, trauma, transplantado renal, terapia com desferroxamina, queimaduras, diabetes mellitus descompensado, cetoacidose diabética e usuários de drogas venosas. As formas clínicas dividem-se em rino-órbito-cerebral (50%), cutânea (15%), pulmonar (10%), disseminada (5-10%) e do trato gastrointestinal (<10%). A mortalidade é alta e encontrada nas formas disseminada e do trato-gastrointestinal em 100% dos casos, pulmonar em 83%, rino-órbito-cerebral em 67% e cutânea em 16%. A forma originária no nariz e seios paranasais tem caracteristicamente febre baixa, dor local, secreção sanguinolenta e embolamento do sensorio, que pode ser devido a cetoacidose diabética. A forma rinocerebral tem evolução aguda e letal, sendo fundamental o diagnóstico e tratamento precoces.

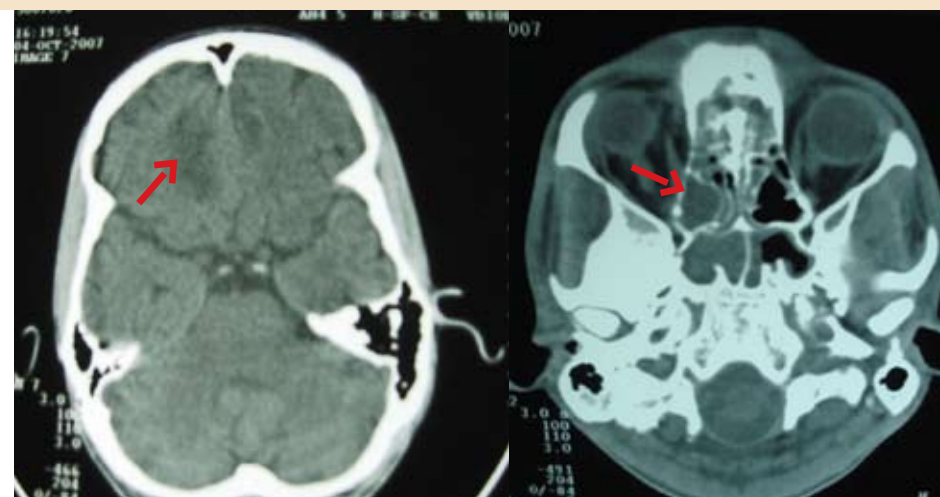
CONCLUSÃO

O caso mostra a importância do reconhecimento da doença e seu diagnóstico preciso e precoce, para que a terapêutica eficaz seja imediatamente instituída, tanto clínica como cirurgicamente, o que inclui o controle dos fatores predisponentes, terapia antifúngica com Anfotericina B e desbridamento cirúrgico. Isso diminui as taxas de mortalidade e aumenta a chance de sobrevivência dos pacientes, que podem ter uma evolução favorável e satisfatória, como no caso apresentado.

FIGURA 1 - EROSÃO NA NARINA DIREITA E EDEMA PERIORBITÁRIO À DIREITA



FIGURA 2 - LESÃO NECRÓTICA NA REGIÃO MEDIANA DO PALATO



FIGURAS 3 E 4 - DUAS LESÕES HIPODENSAS NA REGIÃO FRONTAL E VELAMENTO DOS SEIOS ETMOIDAL E ESFENOIDAL À DIREITA

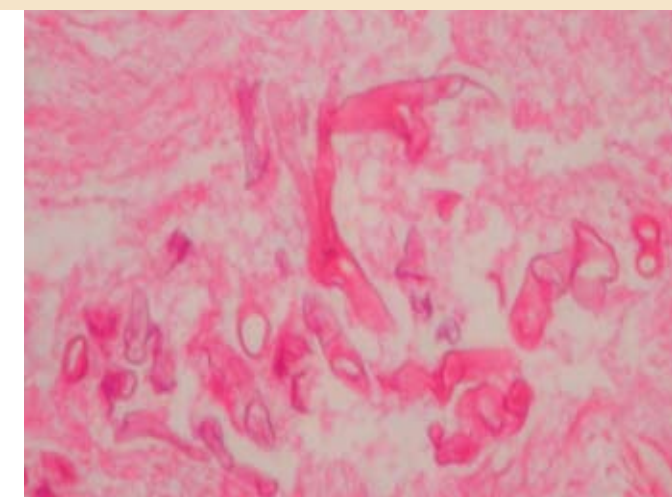


FIGURA 5 - HIFAS CENOCÍTICAS NOS TECIDOS E NA PAREDE VASCULAR

NEUROPARACOCCIDIOIDOMICOSE: O VALOR DO DIAGNÓSTICO DERMATOLÓGICO

Mariane Almeida Gouveia Rocha, Thiara Cristina
Guimarães Rocha, Cássio Porto Ferreira, Mari Tuyama
e Antônio Carlos Francesconi do Valle.

*Serviço de Dermatologia do Hospital Geral
de Bonsucesso e Fundação Oswaldo Cruz*

INTRODUÇÃO

Paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose sistêmica de grande interesse para a América Latina causada pelo fungo termo-dimórfico, denominado *Paracoccidioides brasiliensis*. O sistema nervoso central e seus envoltórios podem estar comprometidos, sendo este diagnóstico de vital importância.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, pardo, 51 anos, morador de Saquarema, tabagista, etilista, agricultor. Era acompanhado, há 1 ano, com tosse seca e emagrecimento, evoluindo, há 6 meses, com crise convulsiva tônico-clônica generalizada, associada a disartria e hemiparesia esquerda progressiva. Apresentava radiografia de tórax com infiltrado intersticial pulmonar bilateral, três pesquisas de BAARs no escarro e sorologia anti- HIV negativas. A tomografia de crânio e ressonância nuclear magnética evidenciaram lesões hipodensas com hipercaptação anelar de contraste no lobo frontal e tronco cerebral. Foi avaliado pela infectologia com hipóteses diagnósticas de quadro neoplásico ou infeccioso. Solicitado avaliação da dermatologia devido a lesão única papulo-ulcerada de 0,5 cm de diâmetro, na região anterior da perna direita. Foi realizado raspado e biópsia da lesão. No exame micológico direto, foram observadas estruturas fungicas arredondadas, de parede espessa, com brotamentos múltiplos, compatível com *Paracoccidioides brasiliensis*, resultado confirmado com cultura e sorologia. Foi iniciado tratamento com sulfametoxazol-trimetoprim, anfotericina B e dexametasona venosos. Após 1 mês de tratamento paciente apresentou regressão da lesão cutânea, do quadro pulmonar e neurológico, permanecendo apenas leve seqüela motora.

DISCUSSÃO

Pereira e Jacobs em 1919, onze anos após a descrição original de PCM, foram os primeiros a relatar um caso provável de neuroparacoccidioidomicose (NPCM), mas foi Maffei, em 1943, quem primeiro comprovou a presença do fungo no sistema nervoso central. Geralmente decorre de disseminação linfo/hematogênica a partir de complexo primário, presente na forma crônica do adulto. A frequência da NPCM não é verdadeiramente conhecida devido a falta de análises sistemáticas com exames neurológicos ou mesmo neuroimagem. São 113 casos publicados na literatura, sendo 96 casos descritos no Brasil. Acometimento exclusivo do SNC geralmente ocorre em menos de 10% dos casos. Presença de doença em outros órgãos é a regra, com o pulmão sendo acometido em até 92,9%. É importante atentarmos para o acometimento das mucosas das vias aerodigestiva superiores, dos linfonodos e da pele, não somente pela associação, mas pela facilidade diagnóstica oferecida pelo acesso a estes órgãos. As manifestações neurológicas variam com a localização, número e tamanho das lesões. A queixa mais comum é a cefaléia que ocorre entre 21% a 70% dos casos. Convulsão, hemiparesia, alteração cognitiva, síndromes cerebelares e extrapiramidais são freqüentes. O diagnóstico definitivo da NPCM somente pode ser realizado com o isolamento fúngico, em cultura, do sistema nervoso central ou líquido céfalo- raquidiano. Presença de sinais e ou sintomas neurológicos com identificação de imagem compatível em paciente com a enfermidade sistêmica comprovadamente causada pelo *P. brasiliensis*, é considerada suficiente para o diagnóstico de NPCM. Os métodos de neuroimagem produzem achados não específicos, mas auxiliam tanto no diagnóstico, quanto no controle de cura dos casos. O diagnóstico diferencial neuroradiológico se faz com abscessos piogênicos, tumores expansivos necróticos, pseudotumores granulomatosos e infecciosos e metástases. O baixo índice de suspeição diagnóstica colabora para que muitos casos sejam diagnosticados apenas após neurocirurgia ou necropsia.

Não existe consenso quanto a primeira escolha do tratamento da NPCM, mas, de forma geral, sulfametoxazol-trimetoprim é utilizada. A anfotericina B é a escolha nos casos resistentes ou intolerantes às sulfonamidas. Fluconazol é medicação com excelente penetração no SNC e utilizada como opção terapêutica isoladamente ou em associação.

CONCLUSÃO

Temos que destacar a importância do diagnóstico dermatológico em doenças sistêmicas graves e na pesquisa sistemática do acometimento neurológico nos pacientes com PCM, levando em conta a alta mortalidade e necessidade de terapia precoce.



FIGURA 2



FIGURA 1

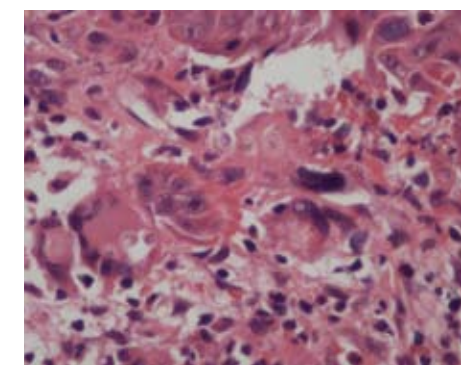


FIGURA 3

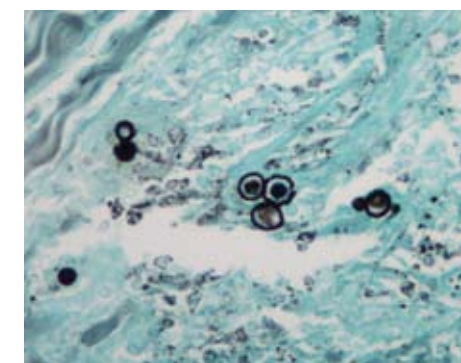


FIGURA 4

FIGURA 1 - LESÃO PÁPULO-ULCERADA DE 0,5 CM NA REGIÃO ANTERIOR DA PERNA DIREITA.

FIGURA 2 - TOMOGRAFIA DE CRÂNIO COM LESÃO HIPODENSA COM HIPERCAPTAÇÃO ANELAR DE CONTRASTE EM REGIÃO FRONTAL.

FIGURA 3 - ESTRUTURAS FÚNGICAS ARREDONDADAS COM BROTAMENTOS MÚLTIPLOS, VISUALIZADOS PELO GROCCOT.

FIGURA 4 - PROCESSO INFLAMATÓRIO GRANULOMATOSO E SUPURATIVO, COM ESTRUTURAS FÚNGICAS ARREDONDADAS. CÉLULA GIGANTE COM ESTRUTURAS FÚNGICAS NO SEU INTERIOR.

MELANOMA

Apesar de representar apenas 2% das neoplasias cutâneas malignas, o melanoma é responsável por 75% dos óbitos por câncer da pele e sua incidência vem aumentando. A despeito de todo avanço científico, o arsenal terapêutico para o tratamento do melanoma em estágios avançados ainda se mostra muito ineficaz. Nossa maior arma continua sendo o diagnóstico precoce e excisão cirúrgica com margens adequadas. Por sua praticidade e baixo custo, a dermatoscopia vem se mostrando como uma grande aliada nessa corrida contra o tempo para detectarmos esse tumor precocemente, quando as chances de cura são elevadas. A dermatoscopia aumenta em torno de 20% a sensibilidade para o diagnóstico do melanoma, desde que realizada por médico com treinamento adequado.

O dermatologista deve utilizar a dermatoscopia como exame complementar ao seu exame clínico e anamnese para identificação de possíveis fatores de risco para melanoma. A primeira dificuldade encontrada pode estar na seleção da lesão ou lesões a serem examinadas. Pacientes que apresentam apenas uma ou poucas lesões suspeitas são de fácil manejo. Porém, pacientes com múltiplas lesões, como na síndrome do nevo displásico, são um verdadeiro desafio. A utilização de softwares específicos para análise periódica das imagens macro (mapeamento corporal) e microscópicas (dermatoscopia digital) é de grande valia nesses casos.

De acordo com o tipo clínico-histopatológico, o melanoma pode se apresentar à dermatoscopia de maneira bastante variável. Em geral, são lesões assimétricas, com bordas interrompidas de forma abrupta, mais de três cores e ricas em elementos estruturais (padrão global de multicomponentes). Dentre os elementos estruturais, os mais indicativos de malignidade são: rede pigmentada alargada ou atípica, estrias/pseudópodos (fig.1), pontos pretos irregularmente distribuídos principalmente na periferia, véu cinza-azulado (fig. 2), glóbulos vermelho-leitosos e estruturas de regressão como múltiplos pontos cinza-azulados (peppering) e áreas brancas cicatriciais (fig 3).

O reconhecimento do padrão vascular assume maior importância principalmente em tumores hipo ou amelanóticos. A presença concomitante de vasos lineares irregulares e puntiformes (padrão atípico) é altamente indicativa de melanoma (fig. 4). O achado de vasos puntiformes deve sempre levar a suspeita da origem melanocítica da lesão examinada (valor preditivo positivo de 90%). Em tumores mais espessos, onde a neoformação vascular é mais exuberante, podemos encontrar glóbulos de coloração avermelhada, que são altamente indicativos de malignidade. Outro aspecto a ser observado é a distribuição do padrão vascular, que tende ser irregular e mais periférica no melanoma.

Além do diagnóstico precoce, a dermatoscopia pode auxiliar na análise pré-operatória da espessura tumoral. Há na literatura diversos trabalhos nesse sentido. Por exemplo um tumor palpável exibindo véu cinza-azulado e padrão vascular atípico possui 86% de chance de ser um melanoma intermediário (Breslow entre 0.76 e 1,5mm). A aplicabilidade dessa correlação seria a determinação das margens adequadas e a indicação ou não da biopsia do linfonodo sentinela antes da biopsia excisional.

Carlos Barcaui

DICAS ÚTEIS:

- Diante de um paciente com múltiplas lesões clinicamente suspeitas, faça um “passeio” com o dermatoscópio. Em geral, o padrão dermatoscópico da maioria das lesões tende a ser o mesmo. Preocupe-se mais com as lesões que fugirem ao padrão apresentado pelo paciente – Sinal do “patinho feio”.
- As estrias são estruturas lineares irregulares que não possuem relação com a rede pigmentada. São altamente indicativas de malignidade principalmente quando distribuídas de maneira irregular na periferia da lesão, o que indica crescimento radial. (fig. 1)

- Nem tudo que é cinza-azulado é véu. Em dermatoscopia, quando a melanina está situada profundamente ela assume uma coloração azulada. P.ex. nevos azul e congênito. O véu verdadeiro é semelhante a uma manta recobrendo a lesão ou parte dela e confere um aspecto opaco de fundo de garrafa. (fig. 2)

- A cor branca na regra do ABCD só deve ser levada em consideração se for mais clara do que a pele sã que circunda o tumor, o que indica fibrose (fig. 3).



FIGURA 1

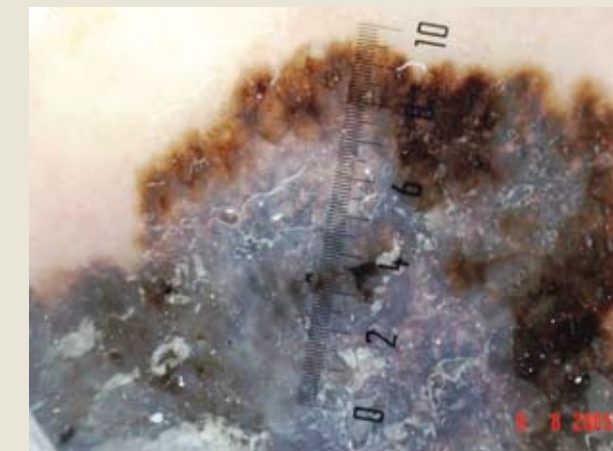


FIGURA 2

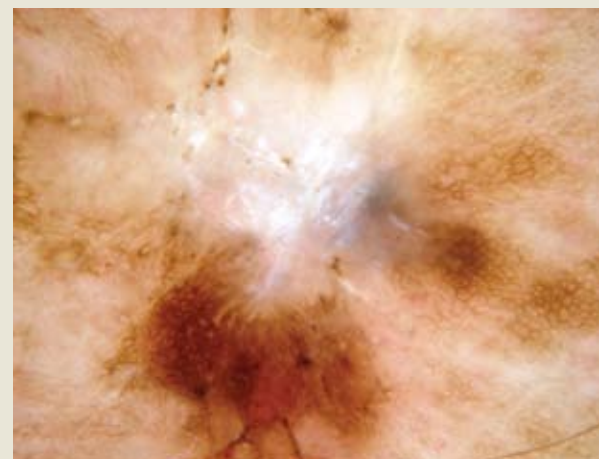


FIGURA 3



FIGURA 4

FIGURA 1 - LESÃO TOTALMENTE ASSIMÉTRICA, MULTICOLORIDA, APRESENTANDO ESTRIAS E PSEUDÓPODOS NA PERIFERIA. MELANOMA EXTENSIVO SUPERFICIAL. BRESLOW 0,87 MM, CLARK II.

FIGURA 2 - CHAMA ATENÇÃO O MANTO CINZA-AZULADO QUE RECOBRE PARCIALMENTE A LESÃO - VÉU CINZA AZULADO. MELANOMA EXTENSIVO SUPERFICIAL. BRESLOW 1,2MM, CLARK II.

FIGURA 3 - NA PARTE SUPERIOR DA LESÃO OBSERVA-SE EXTENSA ÁREA DE COLORAÇÃO BRANCA (MAIS CLARA DO QUE A PELE NORMAL), O QUE INDICA REGRESSÃO PARCIAL DO TUMOR. MELANOMA EXTENSIVO SUPERFICIAL.

FIGURA 4 - PADRÃO VASCULAR ATÍPICO. NA PARTE INFERIOR DA LESÃO OBSERVAMOS MÚLTIPLOS VASOS PUNTIFORMES. NA PORÇÃO SUPERIOR (NODULAR) OBSERVAM-SE VASOS LINEARES IRREGULARES. MELANOMA AMELANÓTICO. CORTESIA DO DR. CARLOS MARCELO MARTINS FERREIRA.

BASTA DE OMISSÃO!!!

Costuma-se criticar o voto obrigatório em nosso país, que se define como uma República democrática, mas só assim se consegue obter um colégio eleitoral considerável, permitindo dar aos eleitos uma verdadeira representatividade. No sentido inverso, a nossa instituição cresceu nos últimos anos em número de associados e a cada eleição, para eleger uma nova diretoria, percebe-se um número de votantes proporcionalmente menor. Procurando facilitar a vida do associado e atendendo aos requisitos legais necessários, o voto pode ser exercido por correspondência, e o maior trabalho seria apenas o da postagem da carta-resposta, que já está previamente selada. É possível que haja maior facilidade ainda? Sim, dirão os internautas, defendendo o voto pela internet, esquecendo-se que falta ainda, na maioria, a consciência de atribuir ao seu candidato a REPRESENTATIVIDADE que vai muito além dos dispositivos estatutários que regem a nossa SBD. Pelo estatuto vigente da SBD, o presidente e seu vice são eleitos pela maioria natural de votos, não importando a quantidade de associados votantes.

Analisando o resultado recente da última eleição nacional (que não depõe contra os candidatos eleitos, pois a culpa é do sistema eleitoral falido que vivemos na SBD), e se considerarmos um universo de 5.500 associados, os resultados expressos pelo número de votos computados seria o seguinte:

Chapa 1	28%
Chapa 2	22%
Nulos	2%
Ausentes	48%

Este retrato não é muito diferente de outros que se poderiam fazer com eleições passadas e mostra que, é mais do que urgente, a modificação pelo associado de sua maneira de pensar e agir sobre a sucessão institucional. É necessário fazer do seu direito como associado o DEVER de votar, avaliando adequadamente as propostas daqueles que se habilitam aos cargos diretivos. Será bem melhor que modificações estatutárias acabem tornando o voto obrigatório.

Maior preocupação ainda é a escolha da futura diretoria da SBD-RJ no próximo mês de agosto, quando mantida as proporções dos últimos pleitos eleitorais, acontecerá mais um exemplo de uma representatividade inadequada, sobretudo quando se imagina a existência de três chapas na disputa para o biênio 2009/2010. As condições estatutárias são as mesmas já mencionadas e, por esta razão, conclamo a todos os colegas associados para que exerçam o seu direito de voto, utilizando o voto por correspondência, contribuindo, assim, para o fortalecimento da nossa instituição e valorizando aqueles que dedicam parte do seu tempo para a SBD.

Abdiel Figueira Lima
Presidente da Comissão de Ética e Defesa Profissional da SBD-RJ



SILIMED: 30 anos transformando sonhos.

Rio de Janeiro
Matriz: 21 2295.1601
Filial Barra: 21 3154.7118 / 21 3154.7119

SILIMED
www.silimed.com.br

JULHO 2008

- 4 a 7 I Simpósio Nacional de Cosmiatria e Laser da SBD
Fecomércio - SP
- 5 Doenças Infecciosas
Auditório do Hospital da Lagoa
- 26 I Jornada de Dermatologia Pediátrica Profª. Gabriela Lowy - UNIRIO
Colégio Brasileiro de Cirurgiões
- 30 Reunião Mensal
Colégio Brasileiro de Cirurgiões

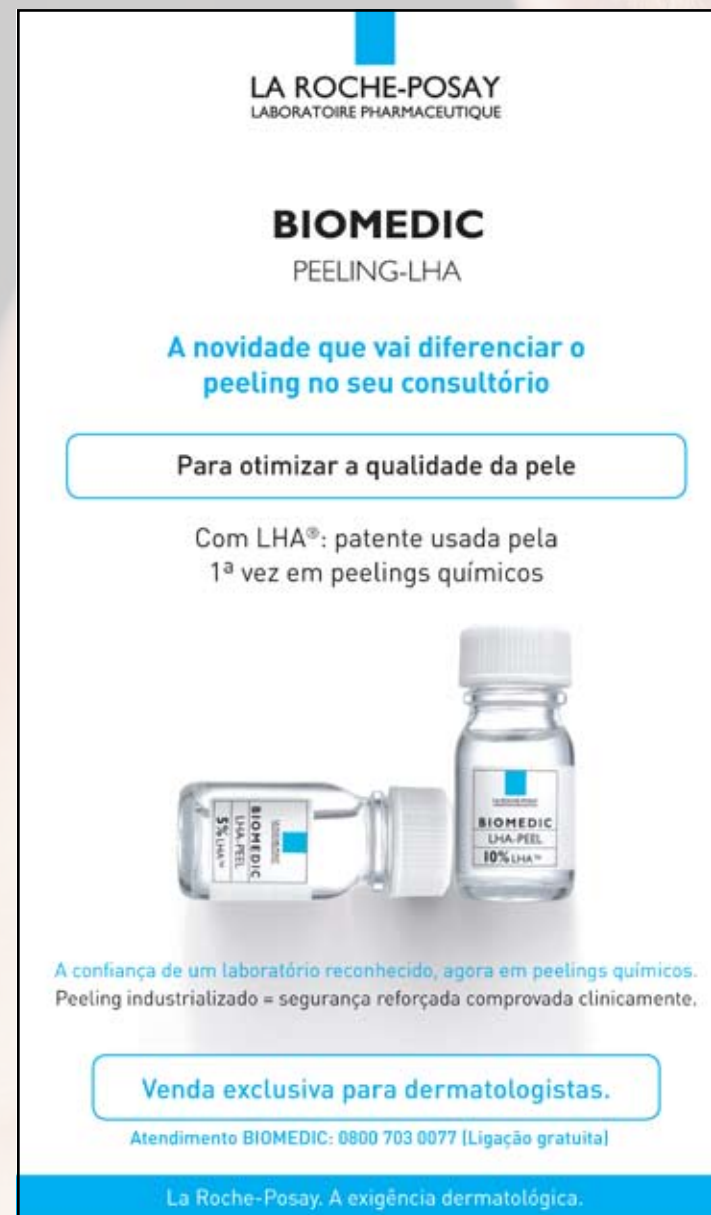
AGOSTO 2008

- 2 X Jornada de Dermatologia Cosmiátrica da Policlínica Geral do Rio de Janeiro
Centro de Convenções do Centro Médico BarraShopping
- 27 Reunião Mensal
Colégio Brasileiro de Cirurgiões

SETEMBRO 2008

- 6 a 10 63º Congresso da SBD
Centro de Convenções do Ceará
- 24 Reunião Mensal
Colégio Brasileiro de Cirurgiões
- 27 Simpósio: Manejo das onicomicoses na prática dermatológica e Curso Prático de Micose superficiais e cutâneas
South American Copacabana Hotel

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



LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE

BIOMEDIC
PEELING-LHA

A novidade que vai diferenciar o peeling no seu consultório

Para otimizar a qualidade da pele

Com LHA®: patente usada pela 1ª vez em peelings químicos

A confiança de um laboratório reconhecido, agora em peelings químicos. Peeling industrializado = segurança reforçada comprovada clinicamente.

Venda exclusiva para dermatologistas.

Atendimento BIOMEDIC: 0800 703 0077 (Ligação gratuita)

La Roche-Posay. A exigência dermatológica.

* Psoríase em placas de moderada a severa

A dose recomendada de Enbrel® (Etanercepte) para psoríase em placas é de 25 mg 2x / semana ou 50 mg / semana. Alternativamente, é possível a utilização de 50 mg 2 x / semana, pode ser usada por até 12 semanas, seguida de uma dose de 25 mg 2x / semana ou 50 mg / semana. Se o retratamento com Enbrel® (Etanercepte) for indicado, a dose indicada é de 25 mg 2x / semana ou 50 mg / semana.



Wveth®