

RIO DERMATOLOGICO



Professor Azulay comemora 90 anos

Áreas de atuação – Implementá-las ou não?

Epidemia de micobacterioses atinge
a Cidade do Rio de Janeiro

SBD-RJ publica balanço de atividades 2007

SUMÁRIO

SBD-RJ apóia evento esportivo
Cariocas Participam Intensamente
do 16º Congresso Europeu de Dermatologia
V Encontro de Cirurgiões Dermatológicos
Perfil: Lilian Ilg

SBD-RJ Tem Novo Departamento

Rubem David Azulay

Atentos e Atuantes

To Be or not To Be? Eis a Questão

Cirurgia Videolaparoscópica e Infecção Cutânea
por Micobactérias de Crescimento Rápido,
uma Associação mais que Fortuita

Pioderma Gangrenoso Associado à Isotretinoína Refluxo Quiloso Cutâneo

Qual equipamento é o melhor?

03 Editorial

04 Sinais

06 Por Dentro dos Departamentos

07 Clique SBD-RJ

08 Diálogos

11 Espaço Aberto

12 Questão Atual

13 Balanço

14 Atualização

16 Caso em Destaque

20 Dermatoscopia

22 Ethos

23 Agenda



É diferente™

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

*Dados de segurança comparados com placebo e outros anti-TNF em estudos de fase III. Verificar a literatura científica para mais informações.



Todo mundo vai
querer estar na pele
da sua paciente.



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

SAC
0800 0155552
ou @galderma.com

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology

galderma.com.br



Prezados associados,

Neste segundo número de nosso Jornal, que recebeu inúmeros elogios, inclusive de colegas de diversas outras Regionais da SBD, gostaria de comentar o quanto prazeroso tem sido trabalhar com o time de colaboradores desta gestão Aldy Barbosa Lima.

Num time, diferente do que ocorre num bando, desenvolvemos um trabalho em grupo, procurando aproveitar sinergicamente o melhor de cada um, para alcançar de forma mais eficiente um mesmo objetivo. Assim tem sido conosco, a começar pela participação de nossos associados que têm compreendido e correspondido ao nosso esforço de oferecer o máximo pelo mínimo, sem prejuízo da saúde financeira da instituição. A lotação máxima obtida nas nossas reuniões mensais e cursos demonstra o acerto na escolha da inscrição barata, dos temas relevantes ao nosso dia-a-dia, dos palestrantes com experiência própria naquele assunto, e no respeito ao horário.

Aproveito para externar a nossa simpatia e carinho àqueles parceiros, especialmente da indústria farmacêutica, que têm acreditado na SBD-RJ e peço que prestem atenção em quem são eles e lhes retribuam o tratamento que nos tem sido dado.

A Comissão de Ética e Defesa Profissional tem atuado de forma consistente e rápida nos assuntos a ela pertinentes e temos certeza que ainda nos dará muitas alegrias. Os coordenadores de departamentos têm, de um modo geral, trabalhado com afinco, ajudando a diretoria na montagem dos eventos, no fornecimento de informações à nossa mídia eletrônica e na prestação de informações à mídia leiga.

Aproveitamos para anunciar a criação do Departamento de Psicode dermatologia, que será coordenado pela Dra. Patrícia Magalhães. Os Serviços Credenciados têm nos apoiado em todas as nossas iniciativas e acredito que logo poderemos juntos oferecer resultados inéditos quanto à pesquisa e ensino da dermatologia no Rio de Janeiro. Nossos funcionários têm se dedicado com amor e suor ao seu trabalho de servir nossos associados; realizamos contratações e remanejamentos de função que acreditamos otimizará sua performance.

A diretoria tem se reunido até altas horas, quinzenalmente, para traçar e corrigir os rumos da nossa gestão e todos têm se dedicado acima do que se poderia esperar. Mas, neste momento, gostaria de dar um destaque especial em todo este esforço geral para o trabalho fantástico e ininterrupto do Dr. Roberto Barbosa Lima à frente da nossa mídia eletrônica, que resultou no nosso novo site, cuja característica é ser um site de serviço ao nosso associado e à população em geral (veja página 7). Muito obrigado Roberto por toda a sua dedicação e por sintetizar com sua obra o desejo de todos nós em contribuir para o engrandecimento da dermatologia carioca. Convido a todos a conferir no endereço www.sbdjr.org.br o trabalho brilhante do nosso colega.

Como tudo na vida, estamos e sempre estaremos em construção, por isto peço que cada um dos nossos sócios nos ofereça críticas e sugestões para que possamos buscar a realização de uma gestão de harmonia, participação, progresso e colaboração.

Celso Sodré • Presidente

EDITORIAL

03

RIO DERMATOLÓGICO

RIO DERMATOLOGICO

Publicação oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia
Regional do Rio de Janeiro • Ano 16 • Edição abr/mai/jun 2007
811 • Fax 21 2263 5182 • www.sbdri.org.br • e-mail sbdri@sbdri.org.br

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

Secretário Geral **Carlos Baptista Barcaui** • Secretária de Sessões **Flavia Freire Cássia** • Tesoureiro **Francisco Burnier Pereira** • Assessores de Diretoria **Andréa Gurfinkel**, **David Azulay** e **Roberto Barbosa Lima** • Conselho Consultivo **Omar Lupi**, **Gabriela Lowy**, **Danilo Vicente Filgueiras**, **Abalom Lima Filgueira**, **René Garrido Neves**, **Manoel Sternick**, **Aloysio Pacheco Argollo**, **Manoel Paes de Oliveira Neto**, **Antonio de Souza Marques**, **Sergio Januário Carneiro**, **Maria de Lourdes Viegas**, **Márcia Ramos-e-Silva**, **José Moreira Carrijo**, **Luna Azulay Abuláfia**, **Marcus Achiamé Peryassú**, **José Ramon Varela Blanco**, **Abdiel Figueira Lima** • 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**, **Gabriela Lowy**, **Márcio Soares Serra**, **Omar Lupi**, **Ana Maria Mosca de Cerqueira**, **Flávio Barbosa Luz**, **Cleide Eiko Ishida**, **Carlos Baptista Barcaui** • **José Ramon Varela Blanco**, **Altiva Lobão**, **Claudia Pires Amaral Maia**, **João Carlos Avelleira**, **David Rubem Azulay**, **Antonio Macedo D'Acri** • Suplentes **Flavia Freire Cássia**, **Francisco Burnier**, **Andréa Mateus**, **Ivan Semenovitch**, **Abalom Lima Filgueira** • Comissão Editorial **Diretoria da SBD-RJ** e **David Ruben Azulay** • Coordenação Adjunta **Andréa Gurfinkel** • Produção **Grevy Conti Designers** • www.grevyconti.com.br • Jornalista Responsável **Otacílio Barros (MT 14041)** • Tiragem – 6.000 exemplares • Distribuição – Gratuita

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

SBD-RJ APÓIA EVENTO ESPORTIVO

No dia 17 de junho, domingo, a SBD-RJ apoiou o evento esportivo Track & Field Run Series, que aconteceu na Barra da Tijuca. Esse evento tem caráter nacional e vem sendo realizado em diversas capitais brasileiras como São Paulo, Belo Horizonte, Brasília, Porto Alegre e outras. Os mais de 2.000 inscritos participaram da corrida em circuitos de 5 ou 10 km. Entre os participantes, diversas personalidades dos meios esportivo e artístico.



A SBD-RJ contou com um estande, onde foram distribuídos folhetos explicativos. Foram dadas orientações voltadas para o público que pratica esportes ao ar livre pelas médicas pós-graduandas Bruna Duque Estrada e Carla

Tamler, sob a supervisão do Prof. David Azulay. A dermatologia carioca também esteve representada durante a prova com os dermo-atletas Robertha Nakamura, Patrícia Ormiga, Juliana Carnevale e Carlos Barcaui.

“Nosso foco nesse tipo de evento, além do aspecto educativo da população no que diz respeito à fotoproteção e cuidados gerais com a pele, cabelos e unhas, é o de divulgar o nome da nossa instituição entre a população leiga e estabelecer novas parcerias”, comentou o Secretário Geral da SBD-RJ Carlos Barcaui.



CARIOCAS PARTICIPAM INTENSAMENTE DO 16º CONGRESSO EUROPEU DE DERMATOLOGIA

Alguns dermatologistas cariocas participaram do evento, proferindo aulas ou na organização de curso. No simpósio “Tropical Dermatology”, organizado pela SBD, ministraram as seguintes aulas: A practical diagnostic approach to patients with leprosy and cutaneous tuberculosis - Luna Azulay; Tropical skin problems in their internatio-

nal relevance - Omar Lupi. No curso “Infections diseases of the skin – Advanced”, co-organizado por Marcia Ramos-e-Silva, Regina Casz Schechtman proferiu aula sobre “Zoonotic sporotrichosis” e Joaquim Mesquita Filho deu aula sobre “Mohs surgery in basal cell carcinomas” no simpósio de cirurgia.

V ENCONTRO DE CIRURGIÕES DERMATOLÓGICOS

O V Encontro de Cirurgiões Dermatológicos do Rio de Janeiro realizou-se no dia 26 de maio de 2007, no auditório e no centro cirúrgico do Centro Médico Barra Shopping. No dia anterior, os cursos pré-congresso se desenvolveram no Instituto de Dermatologia Prof. Azulay, da Santa Casa da Misericórdia. A programação científica do evento abordou assuntos atualizados da Cirurgia Dermatológica, entre eles o tratamento cirúrgico da hiperidrose, inovações nos preenchimentos cutâneos e terapia fotodinâmica. Os assuntos mais tradicionais também foram abordados, como cirurgia oncológica e cirurgia de unha.

Pela primeira vez foi utilizado um formato totalmente inovador, em que as palestras foram intercaladas com procedimentos ao vivo do centro cirúrgico, com transmissão simultânea para o auditório. O evento se mostrou muito dinâmico, com participação da platéia enquanto os procedimentos se desenrolavam. O Encontro foi um verdadeiro sucesso e esperam por mais ainda no ano que vem.

Sergio Schrader Serpa. Coordenador do Departamento de Cirurgia Dermatológica da SBD-RJ.



PROFESSORA CLEIDE ISHIDA E PARTICIPANTES



DA ESQUERDA PARA DIREITA: CURSO DE DERMATOSCOPIA; FLAVIO LUZ, CARLOS BARCAUI E FRANCISCO BURNIER, COORDENADORES DO EVENTO

PERFIL: LILIAN ILG



A Dra. Lilian Ilg estudou medicina no período de 1972 a 1977 na Universidade Gama Filho. Ela escolheu a medicina pelo interesse que a biologia lhe despertou ainda no ensino médio. Fez residência em clínica médica de 1978 a 1979 e a seguir o curso de especialização e mestrado em dermatologia na UFRJ, sob a chefia do Prof. Azulay. Isso foi de 1980 a 1984.

Desde 1981, ela vem trabalhando em seu consultório particular. Para a Dra. Lilian Ilg, a dermatologia hoje está muito comercializada. “De um lado a indústria farma-

cêutica abarrotando o mercado com produtos e aparelhos e do outro o apelo sempre crescente das pessoas cada dia mais velhas e ativas no trabalho e na vida em geral”, afirma.

Para se atualizar, ela procura ler, freqüentar congressos e as reuniões da SBD-RJ e da UFF, em Niterói.

“Sempre levei uma vida saudável, ao ar livre, fazendo caminhadas, cavalgadas e banhos de mar que, infelizmente, me causaram sérios problemas dermatológicos.

Há quatro anos resolvi estudar música e participo como contralto de um coro de música sacra.”

No mais, revela, a família absorve o resto do tempo.

SBD-RJ TEM NOVO DEPARTAMENTO

Temos grande satisfação em anunciar a criação do Departamento de Psico-dermatologia, que será coordenado pela Dr^a. Patrícia Magalhães. Desse modo, acreditamos que todas as principais áreas de relevância na dermatologia estarão devidamente representadas por um associado “mais envolvido” com a área de conhecimento. A finalidade precípua dos departamentos é estar à disposição do associado e da diretoria para dirimir dúvidas sobre o assunto, assim como promover a divulgação do conhecimento da área específica.

Na reunião mensal de abril, o espaço reservado para “tire suas dúvidas” foi amplamente aproveitado pelos associados. Os departamentos responsáveis foram o de Unha e Cabelos, coordenado pela Dr^a. Robertha Nakamura, e o de Dermatologia Pediátrica, coordenado pela Dr^a. Eliane Abad. O espaço está disponível na hora do intervalo, é opcional e demonstrou ser útil para esclarecimentos com profissionais que vivenciam mais rotineiramente o assunto e pela troca de experiências.

Na reunião mensal de março, participaram os Departamentos DST/AIDS e Fotobiologia, coordenados, respectivamente, pelo Dr. Márcio Serra e pela Dr^a Luna Azulay.

Com a melhor divulgação dessa atividade, é crescente o número de participantes. Consulte no programa da próxima reunião mensal os departamentos que dela participarão.

Devido à falta de espaço são aqui publicadas apenas as principais perguntas. As respostas estão no nosso site.

TIRANDO AS SUAS DÚVIDAS COM OS DEPARTAMENTOS:

DEPARTAMENTO DE DST/AIDS

Coordenador Márcio Serra

- 1 Questionamento sobre o PMMA e a reportagem do programa *Fantástico*, da Rede Globo de Televisão, sobre a migração do produto.
- 2 Outra questão foi sobre o exame direto para detecção de micobactérias.

DEPARTAMENTO DE CABELOS E UNHAS

Coordenadora Robertha Nakamura

As perguntas mais relevantes feitas ao Departamento de Cabelos e Unhas foram:

- 1 Em relação à onicocriptose (unha encravada), quando optar pelo tratamento cirúrgico, quando optar pelo tratamento conservador?
- 2 Em relação à onicocriptose (unha encravada), quais seriam as opções conservadoras?
- 3 No caso de unha em pinça, quando e como optamos pela correção cirúrgica?

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA

Coordenadora Eliane Abad

- 1 Existe algum método menos doloroso para remoção de molusco?
- 2 Quando você indica PUVA terapia para os pacientes pediátricos?

DEPARTAMENTO DE FOTOBIOLOGIA

Coordenadora Luna Azulay

- 1 Sobre o emprego de PUVA-SOL para psoríase
- 2 Qual o melhor horário?

Prezados Associados,

Já está na Internet o novo site da SBD-RJ e vale a pena conhecê-lo! Além do novo visual e mudanças na estrutura de navegação que o tornaram mais amigável, a renovação do site trouxe novidades que foram desenvolvidas pensando em você.

Uma delas é o “Fale com o Departamento”. Neste serviço você pode tirar suas dúvidas diretamente com os coordenadores dos departamentos especializados. Assim que sua pergunta for respondida, você recebe um e-mail avisando-o para conferir a resposta no site, onde todas as perguntas e respostas são automaticamente publicadas, formando um banco de informações que permitirá que outros associados também se beneficiem e aprendam. Envie a sua dúvida, ela poderá esclarecer a dúvida de outros colegas.

Para sua atualização científica, outro serviço já em funcionamento é o “Artigos do Mês”, no qual você vai encontrar sugestões de artigos com os comentários que justificam o porquê devem ser lidos. E você pode solicitar o artigo à SBD-RJ usando o link que o acompanha.

Conheça também o “Balcão”. Este setor reúne indicação de serviços úteis, indicação de serviços médicos e classificados. Aqui a sua participação é fundamental. Se você conhece um bom pintor, eletricista, técnico de computador ou qualquer outro profissional competente, indique-o para ser contratado também por seus colegas. Se você presta algum tipo de serviço especializado, como fototerapia, tricograma, cirurgia de Mohs ou outros, ofereça este serviço para os associados. Ou se você simplesmente quer comprar, alugar ou vender qualquer coisa, seja a sua casa em Búzios ou o seu dermatoscópio antigo, este é o lugar ideal para o seu anúncio.

Há mais novidades, mas é melhor você conferir no site. Aproveite para enviar suas críticas, sugestões e/ou comentários através do “Fale com a Diretoria”, que foi desenvolvido para cumprir um dos principais objetivos da renovação: facilitar a comunicação entre os associados e a diretoria da SBD-RJ. Utilize este canal de contato e ajude-nos a fazer uma sociedade que atenda cada vez mais aos seus interesses.

Aguardamos a sua visita em www.sbd-rj.org.br Até lá!

Roberto Barbosa Lima, Coordenador de Mídia Eletrônica





RUBEM DAVID AZULAY - UM JOVEM DE 90 ANOS

Há 90 anos, iniciava-se em Belém do Pará uma das mais belas páginas da medicina brasileira. Chegava a esse mundo um ser muito especial e que muitos conhecem bem não só no meio da Dermatologia. Rubem David Azulay, 4 filhos, 9 netos e 3 bisnetos, vem colecionando sucessos e medalhas ao longo de uma vida altamente profícua e cheia de realizações, com uma humildade só encontrada nos grandes vultos de nossa história e que nunca renegou as suas origens.

Professor Azulay, como é que tudo começou, como é que o sonho de estudar medicina se realizou?

Nasci em uma família humilde em Belém do Pará. Éramos 8 irmãos, e como eu não podia acender a luz à noite para estudar, porque não queria acordar os outros, eu ia para o porão que era de barro e que, às vezes, virava lama, mas que também tinha uma mesa e uma luminária. Era naqueles momentos que eu procurava ler e escrever, iniciando assim meus estudos e desenvolvendo o meu raciocínio. Eu comecei a faculdade em Belém e depois vim

para o Rio de Janeiro. Um dado curioso daquela época de faculdade é que a cadeira de Histologia e Embriologia era muito difícil e a grande maioria dos alunos ficava devendo aquelas matérias até o 4º ano, já que era permitido fazer isso. Como minha nota era 10, resolvi abrir um curso na própria faculdade para dar aulas sobre o assunto e ganhei muito dinheiro e quase fiquei milionário.

Mas o Sr. deu um salto, já está falando de faculdade. Vamos voltar um pouco ao passado e falar de infância, adolescência...

Eu nasci na Rua Aristides Lobo, 218, no centro de Belém. Estudei no colégio da professora Manuela Freitas. Dessa época me lembro que uma vez eu não queria ir à aula e minha mãe pediu a um caranguejeiro (vendedor de caranguejos), que me levou na marra. Depois ingressei no Ginásio Paraense, um colégio público, que era a instituição àquela época onde se estudava melhor. Nessa ocasião, no 2º ano ginásial, eu era muito bagunceiro, e teve até um professor que me chamou a atenção por causa das badernas, e como não parei, saiu correndo atrás de mim. Fiquei com muito medo que ele me batesse, e ao chegar em casa tomei a decisão de mudar, já que não podia continuar daquela maneira. Então mudei

Quando eu vim para o Rio o primeiro lugar que pisei foi na Santa Casa, e desde então nunca mais saí. O que me fez vir para essa instituição foi porque lá havia um serviço de dermatologia maravilhoso.”

completamente meu estilo e comecei realmente a produzir e estudar. Depois disso, fundei um jornalzinho estudantil no Ginásio, virei orador da turma e presidente do Diretório Acadêmico.

O que levou o Sr. a largar Belém e vir estudar no Rio de Janeiro?

Ainda na faculdade eu era um líder muito atuante, orador da União Democrática Estudantil, e o Movimento Integralista andava muito ativo, inclusive me perseguindo devido às minhas posições social-democratas. Durante um encontro da UDE no belíssimo Teatro da Paz, enquanto eu fazia um discurso, integralistas infiltrados iniciaram uma pancadaria muito grande. A partir daí não havia mais clima para ficar em Belém, então eu vim para Niterói e ingressei na UFF – Universidade Federal Fluminense. Havia lá a Policlínica Geral, que era uma instituição maravilhosa já naquela época e continua sendo até hoje. Depois fui para o Hospital Antônio Pedro, que foi criado para os médicos de Niterói, mas que depois foi transferido para a Universidade, através de um decreto do governo federal. Eu trabalhei lá durante muito tempo. Fui o primeiro a sair da Policlínica para o Antônio Pedro, onde, depois de formado, fui inclusive diretor.

O Sr. chegou a participar de campanhas políticas?

Ah! Na época do ginásio eu era do movimento estudantil, e uma vez nós fizemos uma caravana pelo rio, apoiando a candidatura do major Barata ao governo do Estado do Pará. Então, nessa excursão, nós tínhamos que levar as crianças que haviam participado das comemorações do 7 de Setembro em Belém para entregar de volta a seus pais na cidade de Monte Alegre. Eu fui o escolhido para entregar as crianças e tive que fazer um discurso. Ele foi tão bom que, ao longo da caravana, fui quem mais discursos fez. Foi assim que eu consegui entrar na faculdade de medicina, graças a uma bolsa de estudos dada pelo Major Barata que foi eleito governador. Depois ele foi deposto e me cobraram inclusive as mensalidades do período da bolsa, e graças àquele curso de Histologia, eu consegui pagar.

Existe uma história aí que o Sr. teve uma tuberculose quando ainda era estudante de medicina. É verdade?

É verdade. Quando eu estava no 4º ano da faculdade tive um infiltrado tuberculoso pulmonar, e naquela época ainda não havia tratamento medicamentoso. Eu não sabia o que fazer, e quando fui entregar uns livros ao professor Parreiras Horta, que era o chefe do serviço, ele me disse: “Menino, você não está nada bem. Você vai para a minha casa em Itaipava”. Aí eu fui para Itaipava. Era uma casa muito curiosa, tinha um jardim na frente todo de roseiras importadas do mundo inteiro, inclusive do Japão. Passei algum tempo lá me recuperando e depois voltei para a faculdade. Gostei tanto de Itaipava que depois comprei uma casa lá que mantenho até hoje.

E a sua passagem pela Fiocruz?

Na Fiocruz eu fiz um curso de 2 anos, conseguindo excelentes notas. A minha menor nota foi 8. Então eu fiz jus a uma medalha que era a comenda Oswaldo Cruz, toda de ouro, para o melhor aluno da turma. A instituição deveria outorgá-la, mas alegou falta de verba. Portanto, não havia dinheiro para comprar a medalha. Minha mãe que era pobre, ao saber disso lá em Belém, vendeu todas as suas jóias e mandou cunhar a tal medalha, que eu recebi com muito carinho e amor. Essa medalha me deu uma grande satisfação e me serviu como grande estímulo na vida. Essa foi uma das maiores honrarias que recebi ao longo de toda a minha história.

Quantos trabalhos o Sr. publicou até hoje?

Eu tenho cerca de 800 trabalhos publicados em vários países. Eu publiquei 175 trabalhos nos Estados Unidos, Inglaterra, França e Alemanha, e o restante publiquei aqui no Brasil.

E como é a sua história com a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro?

Quando eu vim para o Rio o primeiro lugar que pisei foi na Santa Casa, e desde então nunca mais saí. O que me fez vir para essa instituição foi porque lá havia um serviço de dermatologia maravilhoso.

O que levou o Sr. a escolher a especialização em dermatologia?

Quando eu estava em Niterói, na Fluminense, uma enfermeira da Policlínica perguntou a um grupo de acadêmicos: “Quem quer trabalhar aqui?” Eu havia chegado de Belém, não tinha dinheiro (inclusive morava numa pensão) e precisava trabalhar. Eu não sabia o que era, mas era a dermatologia. E aí fui trabalhar nessa especialidade, coisa que faço com prazer até hoje.

Voltando à Santa Casa...

Estou fazendo 61 anos de trabalho voluntário na Santa Casa, berço da dermatologia brasileira, hoje Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay. Antigamente a Santa Casa, conhecida no meio dermatológico como Pavilhão São Miguel, era, talvez, o maior centro de dermatologia do Brasil. Após ter experimentado um período de decadência, felizmente nos últimos anos voltou a ser um centro de excelência e de formação para muitos jovens colegas, inclusive estrangeiros. Tudo graças a um grupo de médicos dedicados e competentes e que, com muito orgulho, dois filhos fazem parte.



PROFESSOR AZULAY COM SEUS QUERIDOS ALUNOS NA COMEMORAÇÃO DOS SEUS 90 ANOS

O Sr. continua dando aula?

Sim, é claro que continuo, mesmo aos 90 anos de idade. Primeiro eu dava aula na Universidade Federal Fluminense. Depois fui para a UERJ e finalmente passei para a UFRJ. Mas quando completei 70 anos, me man-

daram embora, é a tal da compulsória. Então fui dar aulas nas universidades particulares Gama Filho e Souza Marques. Também fiz um concurso no Pará quando ainda jovem. Para esse concurso várias bancas examinadoras foram instituídas, mas eu questionava a todas, classificando-as de tendenciosas. Protestei, até que constituíram uma banca decente. Eu fiz o concurso, passei, mas decidi não ir lecionar por lá, já que estava radicado no Rio de Janeiro.

E a sua passagem pela SBD?

Sempre fui um membro ativo e, inclusive, presidente duas vezes. Organizei congressos, jornadas e sempre participei ativamente das reuniões do Conselho Deliberativo. Fui também editor-chefe dos *Anais Brasileiros de Dermatologia* por mais de uma década. Acredito que por ser a nossa sociedade forte é que a dermatologia brasileira se desenvolveu tanto nos últimos anos.

Como é que o Sr. vê hoje, aos 90 anos de idade, o Instituto de Dermatologia da Santa Casa levar o seu nome?

Olha, essa homenagem é realmente muito grande e, sobretudo, pelo empenho que vejo no corpo clínico atual em elevar cada vez mais a instituição. A AEAPA – Associação dos Ex-Alunos do Professor Azulay, fundada em 1986, acaba de promover o 21º Congresso e que, digase de passagem, foi excelente por seu conteúdo científico, fraternidade e emotividade, também não deixa de ser uma grande homenagem.

Além do livro *Dermatologia* escrito em parceria com o David e muitos outros co-autores, também escrevi dois livros, um autobiográfico, *Traços de minha vida*, e o outro com o título *De Moisés a Sabin*.

Gostaria de encerrar deixando como mensagem para os jovens que hoje estão começando a estudar medicina o seguinte: durante esses anos todos não fiz outra coisa na vida senão ensinar, e é com muito prazer que o faço, porque ensinar é realmente a maneira mais interessante de estudar, já que para ensinar eu tenho que estudar, e ensinando eu aprendo cada vez mais. A melhor forma de aprender é ensinando, lembrando também sempre que a medicina é um sacerdócio. Gostaria de ressaltar também, nessas palavras finais, que nada teria realizado sem a ajuda da minha querida esposa, Esther Azulay, sem o apoio incondicional que ela me deu, com quem fiz recentemente 60 anos de casado. Sou feliz!

ATENTOS E ATUANTES

Prezados amigos,

Gostaríamos de esclarecer que procuramos estar alertas e atuantes no que diz respeito às questões éticas e de mercado de trabalho da dermatologia, como é missão estatutária da SBD-RJ.

A nossa Comissão de Ética e Defesa Profissional tem nos representado em todos os fóruns onde nossa especialidade tenha interesse e, com a nossa assessoria jurídica, tem dado encaminhamento aos nossos pleitos e denúncias junto aos órgãos pertinentes.

Exemplificando esta atitude, passo a relatar os seguintes eventos: Recentemente, com o título “Supermáquinas”, foi publicada uma reportagem na Revista de Domingo do jornal *O Globo* sobre Laser com palavras e sentido que nos pareceu ofensivos à dignidade de nossa especialidade, gerando grande desconforto entre diversos de nossos sócios e provocando imediatamente a seguinte correspondência para os editores daquele órgão de imprensa, elaborada por mim e pelo Prof. David Azulay:

“Rio de Janeiro, 5 de junho de 2007

Ao Editor do Jornal O Globo,

Como presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia seção Rio de Janeiro e leitor deste jornal, gostaria de externar a minha opinião quanto ao teor de diversas matérias sobre temas relacionados à Dermatologia que, com frequência, são publicadas na Revista de Domingo.

Neste último domingo, na matéria “Supermáquinas”, foram ultrapassados os limites do bom senso e da educação, de tal modo que, no nosso entendimento, vieram depor contra o nível de jornalismo que se espera de um veículo de comunicação do gabarito deste tradicional jornal.

A autora faz gratuitamente comparações grosseiras, depreciativas e usa palavreado chulo em relação aos médicos que necessitam se associar para dispor de tecnologia de ponta. Isto causou grande descontentamento entre nossos associados, que se sentiram agredidos e ofendidos com a matéria.

É muito fácil, numa entrevista, colocar palavras na boca dos outros e conduzir o seu sentido a um objetivo não declarado.

Gostaria de terminar sugerindo que seja feita uma análise profunda do aqui exposto, e esclarecendo que a Sociedade Brasileira de Dermatologia do Rio de Janeiro congrega mais de oitocentos dermatologistas e dispõe de quinze departamentos relacionados às áreas de conhecimento médico/dermatológico, que são coordenados por “experts” aptos a responder qualquer dúvida que possa surgir quanto a nossa especialidade. Estes coordenadores estarão sempre disponíveis aos órgãos da imprensa, no sentido de esclarecimento científico e ético de temas relacionados à Dermatologia, evitando a divulgação de notícias tendenciosas ou autopromocionais, como temos tido oportunidade de ver em diversas ocasiões.

Com certeza, medidas como essas em muito podem contribuir para elevar o nível de jornalismo praticado por este importante órgão de imprensa, o que viria de encontro às aspirações dos seus leitores e dos dermatologistas.”

Como resposta obtivemos esta declaração dos responsáveis:

“Caro Celso,

A repórter que era encarregada das matérias de beleza foi desligada do jornal. Com isso, essas confusões não devem ocorrer mais.

Atenciosamente,
Isabel”

Não resta dúvida que há dois focos maiores de irregularidades que acontecem não só no Rio de Janeiro e que envolvem propaganda enganosa, não necessariamente proposital, como a utilizada por alguns cursos de pós-graduação, assim como a divulgação indevida do título “dermatologista” pela grande imprensa.

Para fins de esclarecimento, apenas aqueles que foram aprovados na prova de título de especialista promovida pela SBD, ou tenham concluído Residência Médica em Dermatologia credenciada pelo MEC, têm direito a esse título. Nada impede o colega de praticar a dermatologia, mas é proibido pelo CFM que se anuncie como dermatologista.

Procuramos estar atentos e atuantes, e contamos com a colaboração de todos para que nos façamos ser respeitados e que sejam respeitadas a lei e a ética.

Forte abraço,
Celso Sodré

To Be or Not To Be? Eis a Questão

Em 31 de março, a SBD Nacional convocou uma reunião extraordinária do conselho consultivo para discutir as novas determinações da AMB, relativas às áreas de atuação da nossa especialidade. Em resumo, as áreas de atuação deverão ter um programa e prova específica da área de atuação para que o dermatologista se intitule cirurgião dermatológico ou cosmiatra. Por outro lado, o não cumprimento destas preposições significa que a especialidade deverá abrir mão da área de atuação. Entretanto, é importante que se diga que a ausência do certificado em área de atuação não proíbe o dermatologista de trabalhar na área, mas somente de anunciar-se como especialista desta área. Tentando aprofundar esta discussão e antes que uma decisão venha a ser adotada pela nossa sociedade, o nosso jornal procurou ouvir opiniões que defendam os dois pontos de vista. Acreditamos que desse modo os nossos leitores ficarão mais bem esclarecidos quanto aos rumos que a nossa especialidade poderá tomar. Infelizmente, apesar de termos feito uma busca ativa para escutarmos uma opinião contrária, não obtivemos êxito. Os motivos alegados foram variados e não nos compete polemizar. O Rio Dermatológico encontra-se aberto para no próximo número publicar a opinião contrária às áreas de atuação.

PORQUE É FUNDAMENTAL IMPLEMENTAR AS ÁREAS DE ATUAÇÃO DA DERMATOLOGIA

Há quem acredite que a dermatologia é uma especialidade eminentemente clínica e que a estética e a cirurgia devam ser banidas do mundo “sério” de especialidade. É um pensamento idílico interessante, mas que a realidade contradiz. A demanda pela cosmiatria é crescente, e se o dermatologista não a fizer, outros farão (sabe-se lá de que forma). A cirurgia dermatológica é responsável pelo desenvolvimento de importantes técnicas, como transplante capilar, lipoaspiração tumescente, dermabrasão manual, cirurgia ungueal, cirurgia micrográfica etc. Mas será que todo dermatologista se interessa em realizar preenchimentos ou cirurgia de Mohs? A resposta é clara: não. Para isto servem as áreas de atuação, para divulgação de que determinado colega atua naquela área.

No caso específico da dermatologia, as áreas de atuação em cosmiatria e cirurgia dermatológica são fundamentais para o pleno exercício destas. Enquanto elas não forem efetivamente implementadas, a “medicina estética” continuará a crescer descontroladamente e o cirurgião dermatológico permanecerá tendo suas técnicas apropriadas por outras especialidades e sendo cerceado em sua prática. Abandonar as áreas de atuação é imitar a mãe que joga os filhos no Tietê ou os deixa em latas de lixo.

A certificação na área de atuação significará uma comprovação material de proficiência para os dermatologistas que têm maior interesse em cosmiatria e/ou cirurgia. É muito importante entender que se a dermatologia abrir mão das áreas de atuação, outras especialidades irão requerê-las. Desistir das áreas de atuação não é fazer com que elas deixem de existir, mas dá-las de bandeja para os não-dermatologistas. A questão mais importante hoje a ser discutida não é se as áreas de atuação devem ou não ser mantidas, mas como elas devem ser implementadas. Porque, em realidade, elas só passarão a cumprir seu papel quando a certificação ocorrer. A falta de trabalho e ação é hoje nosso maior inimigo.

Flávio Luz

Embora o Rio Dermatológico tenha feito uma busca ativa para encontrar alguém com posicionamento contrário à defesa das Áreas de Atuação, por motivo que não nos compete discutir, não foi possível obter este depoimento. Gostaríamos de frisar que o espaço continua à disposição para que se saiba mais sobre o outro lado da moeda.

Independente da decisão que venha a ser tomada pelo Conselho Deliberativo em relação ao tema, é com certo atraso que a SBD deveria acatar a sugestão do conselheiro Dr. Fernando Almeida no que se refere à troca do atual nome. De fato, a nova designação marcaria com muito mais clareza o que de fato já vem sendo realizado no âmbito da dermatologia brasileira. Ei-la: **Sociedade Brasileira de Dermatologia Clínica, Cirúrgica e Cosmiátrica.**

Em tempo: em 5 de fevereiro de 1912 foi fundada a Sociedade Brasileira de Dermatologia. Em 24 de setembro de 1925, devido à importância epidemiológica da sífilis e seguindo o modelo francês, passou a ser denominada Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia. Embora a decisão de retornar à designação original tenha sido tomada em 1962, foi só a partir de 1965 que, de fato, entrou em vigor a atual denominação Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Livro de referência: *História da Dermatologia Brasileira*. Glauco Carneiro, 2002.

BALANÇO SEMESTRAL

Sempre focada na sua missão estatutária, que é a promoção do estudo, ensino e pesquisa da dermatologia, a SBD-RJ tem organizado encontros científicos com temas de aplicação prática no nosso dia-a-dia. É com grande satisfação que apresentamos o balanço das atividades científicas da Regional-RJ no primeiro semestre de 2007.

As três reuniões mensais contaram com a presença maciça dos associados e residentes dos serviços credenciados, com média de 290 pessoas. O 5º Encontro de Cirurgiões Dermatológicos registrou a presença de 136 participantes. Tivemos também dois cursos inéditos, o de Terapia Fotodinâmica e o de Alopecias, com um total de 300 participantes e um formato que permitiu grande interação entre a platéia e os palestrantes. Em cada um dos dois encontros de estudo sobre os medicamentos Biológicos, tivemos a participação de mais de 120 associados com ótimas discussões sobre o assunto, de maneira isenta e ética. Apoiamos também dois eventos de serviços credenciados, a Jornada do Hospital Naval Marcílio Dias e o Congresso da Associação dos Ex-Alunos do Prof. Azulay.

Fizemos ainda uma reunião em 27 de janeiro com os até então quinze coordenadores de departamentos, deliberando sobre os objetivos a serem alcançados e o modo de ação. A recente criação do Departamento de Psicodermatologia veio preencher uma lacuna. A presença dos associados nas reuniões pré-programadas com os coordenadores (“tire suas dúvidas com o departamento”), durante as reuniões mensais, é mais um atestado da importância da criação dos departamentos.

No dia 31 de março, no Hospital da Lagoa, ocorreu além de uma reunião ordinária (estatutária) do Conselho Consultivo (delegados), outra com os chefes de serviço, em que se discutiu, sobretudo, a questão do terceiro ano da pós-graduação com a idéia de se estabelecer um conteúdo programático comum.

Na tarde deste mesmo sábado houve ainda uma palestra sobre *narrow-band*, com o objetivo de capacitar o staff dos serviços credenciados e padronizar protocolos de fototerapia.

É bom lembrar que a colaboração dos chefes de departamento da SBD-RJ e dos serviços credenciados foi imprescindível para o alto nível técnico das apresentações dos pós-graduandos e das minicomunicações nas nossas reuniões mensais. A escolha acertada dos palestrantes e dos temas nestas mesmas reuniões se fez notar pela permanência maciça da audiência até o fim. Também é digno de nota o respeito ao horário estabelecido, de modo que o associado possa melhor se organizar.

Enfim muita transpiração e, felizmente, muitas realizações

CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA E INFEÇÃO CUTÂNEA POR MICOBACTÉRIAS DE CRESCIMENTO RÁPIDO, UMA ASSOCIAÇÃO MAIS QUE FORTUITA

Arles Brotas e Andréa C. Volta e Maria Auxiliadora Jeunon

Paciente de 35 anos, branca, separada, aeroviária, natural de São José dos Campos, residente no Rio de Janeiro; queixava-se de “caroço na barriga”. Havia notado lesão como “carne esponjosa no umbigo”, 30 dias após colecistectomia videolaparoscópica. Foi avaliada pelo seu cirurgião, que realizou quimiocauterização e prescreveu cefalexina 500mg de 6/6h por 10 dias, sem resposta. Neste primeiro momento, quando procurou meu consultório, teve como hipótese diagnóstica granuloma por

corpo estranho e realizado tratamento com infiltração intralesional de triancinolona 20mg/ml, com melhora clínica (Figura 1).

Após 21 dias, houve recidiva da lesão e ainda surgimento de outras duas com aspecto nodular, também nos sítios de incisão cirúrgica (Figura 2). Apresentava-se em bom estado geral, eupneica, afebril e com dor a palpação profunda na região periumbilical. Realizada biópsia da lesão umbilical e retirada de

fio de sutura. O fragmento cutâneo foi enviado para cultura de bactérias comuns, micobactérias e exame histopatológico. Após conhecimento de outros casos com evolução semelhante e a possibilidade de infecção por micobactérias atípicas, foi iniciado tratamento empírico com claritromicina 500mg de 12/12h. Foram solicitados ressonância nuclear magnética para avaliar comprometimento de outros órgãos e acompanhamento terapêutico que evidenciou acometimento apenas da parede abdominal e do peritônio, sem extensão para a cavidade abdominal (Figura 3).

Após 30 dias, já apresentava involução parcial das lesões. O resultado da cultura

ARLES BROTTAS

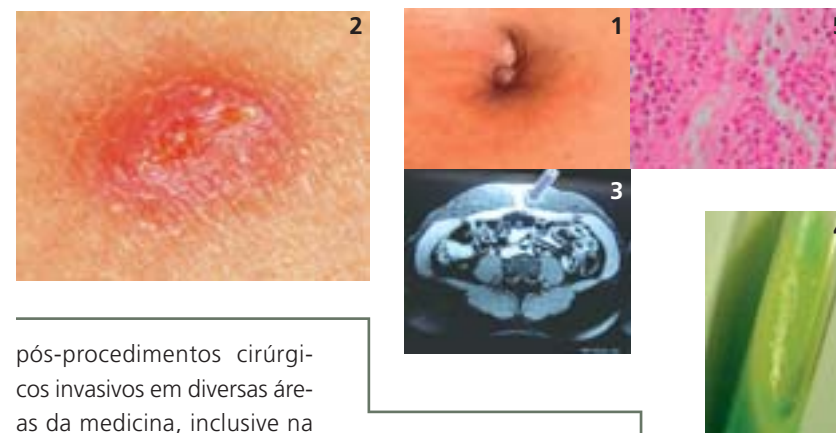
e da Reação em Cadeia de Polimerase (PCR) confirmou diagnóstico de infecção por *Mycobacterium abscessus* (Figura 4). O exame histopatológico foi inespecífico, mostrando tecido de granulação, áreas de necrose e grande quantidade de neutrófilos, sem formação de granulomas (Figura 5).

Seguindo orientações da Secretaria Estadual de Saúde, foram associadas terizidona 250mg de 12/12h e etambutol 400mg de 8/8h, com período mínimo de tratamento previsto para 6 meses; além da possibilidade de exérese cirúrgica.

INFEÇÕES CAUSADAS POR MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS

O *Mycobacterium* é um bacilo delgado, não-móvel e aeróbio. Apresenta em sua constituição um envelope lipídico que determina suas características morfotintórias – Bacilo Álcool-Ácido Resistente (BAAR). Desde a descoberta do bacilo da tuberculose por Koch, em 1882, verificou-se que uma grande variedade de bacilos álcool-ácido resistentes eram encontrada em aves, répteis e até mesmo em piscinas. Mas foi somente na década de 50 que passou a ser mais reconhecida a importância desses agentes nas infecções em humanos, que foi ampliada na década de 80 pelo advento da AIDS, em que pelo menos 40% dos pacientes tinham infecção pelo *Mycobacterium avium*, nos estudos por necropsia. O incremento das técnicas de cultura e da biologia molecular facilitou a identificação das micobactérias não tuberculosas (MNT), anteriormente denominadas “micobactérias atípicas”. São excluídos deste grande grupo o *Mycobacterium tuberculosis*, *M lepra*, *M bovis*, *M caprae*, *M africanum* e *M mageritensis* devido a características próprias.

Há mais de 100 espécies de MNT que podem ser classificadas, de forma mais prática, pela velocidade de crescimento (micobactérias não tuberculosas de crescimento lento e micobactérias não tuberculosas de crescimento rápido) e pigmentação da colônia. As micobactérias de crescimento rápido (MCR) têm sido associadas a infecções



- 1 • Pápula eritematosa e friável, granuloma piogênico-símile
- 2 • Nódulo violáceo com a superfície exulcerada
- 3 • RNM: Área captante de contraste até a superfície do peritônio
- 4 • Cultura positiva para micobactéria em 5 dias (MCR), sem pigmento
- 5 • HE x 100: Tecido de granulação e rico infiltrado neutrofílico

pós-procedimentos cirúrgicos invasivos em diversas áreas da medicina, inclusive na dermatologia, como uma simples biópsia por punch. Desta maneira têm sido descritas como uma das principais infecções emergentes, fato complicado pelas características de resistência desses agentes, isto é, sobrevivem em temperaturas elevadas, relatos de resistência ao cloro, glutaraldeído e a diversos antibióticos.

Desde o início de 2006, tem sido notificado um grande número de casos de infecção cutânea por micobactérias de crescimento rápido (MCR) após procedimentos cirúrgicos, principalmente após videolaparoscopia, na Cidade do Rio de Janeiro. Até abril de 2007, mais de 700 casos haviam sido notificados, semelhante ao ocorrido há três anos na cidade de Belém, no Pará.

Os principais agentes associados a esta epidemia são *M. fortuitum*, *M. chelonae* e *M. abscessus*, que podem ser isolados do solo e de fontes naturais de água e não há descrição de transmissão de pessoa a pessoa. Vale ressaltar que o primeiro agente, o *Mycobacterium fortuitum* foi descrito pela primeira vez por um brasileiro, Costa Cruz, em 1938, na Cidade do Rio de Janeiro, após injeção intramuscular com vitaminas. Qualquer órgão do corpo humano pode ser acometido, sendo a pele o mais freqüente.

As manifestações clínicas das infecções pelas MCR se apresentam como nódulos, fístulas, abscessos, ou lesões semelhantes a granuloma piogênico com reação inflamatória variável. A doença tem evolução crônica, progressiva e apresenta maior tendência à disseminação nos pacientes imunossuprimidos. A ausência de resposta aos antibióticos comuns aumenta a suspeita da infecção.

Mas como explicar este surto epidêmico? Os principais determinantes são:

- Piora na qualidade da desinfecção dos instrumentais utilizados; Abuso na reutilização dos materiais descartáveis; Aumento da colonização ambiental; Alteração do

perfil de sensibilidade ao saneante utilizado (glutaraldeído); Demora na suspeita diagnóstica. Falta de conhecimento sobre a doença, mesmo após epidemia em Belém em 2004; Não realização de estudos bacteriológicos dos fragmentos; Aspecto clínico de infecção localizada simulando granuloma de corpo estranho; Demora no alerta sobre a doença da vigilância epidemiológica e Falta de cooperação interespecialidades médicas para diagnóstico mais precoce.

O tratamento das infecções inclui, muitas vezes, uma abordagem cirúrgica associada ao uso de antibiótico. O esquema proposto utiliza como primeira opção a associação de Claritromicina 500mg VO de 12/12h, Etambutol 1,2g/dia e Terizidona 750 mg/dia (60kg) ou 500 mg/dia (< 60kg) por pelo menos 6 meses.

Esta epidemia deve orientar o dermatologista para a possibilidade do diagnóstico de micobacteriose atípica, mas também sobre a prática diária de esterilização do seu equipamento cirúrgico. Alguns pontos merecem reflexão: conheço as normas básicas de processamento de artigos e superfícies do estabelecimento de saúde? (MS 1994); Quem esteriliza meu material? Minha auxiliar (enfermeira, instrumentadora, secretária) foi vacinada para vírus da hepatite B? Ela usa equipamento de proteção individual? Como esterilizo meu material cirúrgico “tuneilizado”, como punch e curetas?

Na prática, o que mais se observa é a grande falha na limpeza mecânica do instrumental – escovação. A presença de matéria orgânica no material impossibilita a esterilização, mesmo com a utilização do glutaraldeído e/ou autoclave.

A notificação dos casos suspeitos deve ser feita através do site ccih@rio.rj.gov.br ou nvh@saude.rj.gov.br ou por telefone, CCIH SMS/RJ: 2503-2218; CECIH SES/RJ: 2299-9729

PIODERMA GANGRENOSO ASSOCIADO À ISOTRETINOÍNA

Autores: Maria Paula Tinoco, Carla Tamler, Gustavo Maciel, Deborah Brazuna, João Regazzi Avelleira, David Rubem Azulay

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

INTRODUÇÃO

O pioderma gangrenoso (PG) foi descrito por Brocq em 1916 e reconhecido como uma entidade clínica em 1930, quando Brunsting, Goeckerman e O'Leary, na Clínica Mayo, descreveram cinco pacientes que apresentavam úlceras necróticas e dolorosas com bordas circundadas por eritema. Quatro desses pacientes tinham retocolite ulcerativa e inicialmente tais alterações cutâneas foram relatadas como manifestação da doença inflamatória intestinal.

O PG é um diagnóstico essencialmente clínico, e eventuais doenças associadas a ele devem ser excluídas, mas tal associação pode ocorrer antes, durante ou até mesmo após o aparecimento das lesões cutâneas. É de extrema importância um acompanhamento criterioso desses pacientes.

Recentemente, foram publicados na literatura mundial 4 casos associando PG ao uso de isotretinoína oral. Descreveremos a seguir um relato de caso ocorrido em novembro de 2006, de um paciente que estava em uso de isotretinoína oral para tratamento de acne nódulo-cística e apresentou PG, sendo excluída até o momento qualquer outra doença associada.

RELATO DE CASO

Em novembro de 2006, TBS, 19 anos, sexo masculino, apresentou lesões ulceradas no corpo. Elas tiveram início na região pubiana como uma pústula folicular que evoluiu em uma semana para úlcera de aproximadamente 8 cm de diâmetro, dolorosa, com borda solapada, eritematosa e fundo granuloso (Figura 1). O paciente não procurou atendimento médico, a lesão pubiana aumentou em diâmetro e novas lesões surgiram em outras áreas, como na região mandibular, coxa,

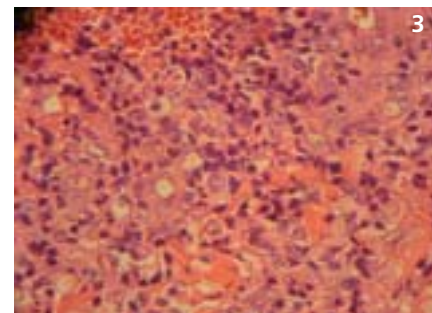


braço (Figura 2) e panturrilha esquerda; panturrilha, ombro e região inguinal direita. Após quatro semanas o paciente procurou atendimento, sendo diagnosticado PG. O paciente estava em uso de isotretinoína oral 0,5 mg/kg/dia para tratamento de acne nódulo-cística. Foi realizada biópsia da lesão da coxa esquerda, cuja patologia revelava infiltrado inflamatório misto com a presença de neutrófilos (Figura 3).

A isotretinoína foi descontinuada e solicitados exames laboratoriais para afastar doenças associadas ao PG. Exames complementares: hemograma completo (leucocitose com predomínio de neutrófilos), VHS, proteína C reativa, eletroforese de proteínas sorológicas e urinárias, Kappa e Lambda urinários, hepatograma, sorologias virais (hepatite B e C, HIV), radiografia de tórax, colonoscopia, biópsia e cultura teciduais, hemoculturas (3 amostras), as quais foram negativas.

Afastando qualquer outra doença associada ao PG, foi elaborada a hipótese de associação do PG ao uso da isotretinoína oral.

O paciente foi hospitalizado, desenvolvendo durante a internação pústula no local do acesso venoso periférico, característica do fenômeno da patergia, reconhecido nesta entidade (Figura 4). Afastada a isotretinoína e introduzida a corticoterapia oral (prednisona 1 mg/kg/dia), o paciente evoluiu com melhora do quadro e as lesões ulceradas apresentaram a típica cicatrização cribriforme. Após 37 dias de internação, a dose de prednisona foi gradualmente reduzida e associada dapsona (100mg/dia). O paciente, após o quarto mês de seguimento, não apresentou qualquer outra doença associada, e as lesões cutâneas regrediram totalmente, assim como a leucocitose neutrofílica do hemograma inicial.



DISCUSSÃO

Foram descritos quatro casos na literatura, associando o desenvolvimento de PG ao uso de isotretinoína oral.

Em 1983, Exner e cols. relataram o primeiro caso descrito de isotretinoína associada ao PG, em um paciente masculino, 21

anos, que estava em uso de isotretinoína oral para tratamento de acne nódulo-cística. O paciente havia descontinuado o tratamento com a isotretinoína oral na oitava semana de terapia devido ao flare up das lesões de acne. Após uma semana da interrupção da droga, o paciente apresentou uma pequena pápula na coxa direita, que subseqüentemente aumentou em tamanho e ulcerou, sendo diagnosticado como PG. Foi instituída antibiotico-terapia (cefalotina), corticoterapia, e associada dapsona, com melhora progressiva do quadro.



A mesma evolução foi descrita no caso de Hughes e cols., em 1990, sendo o paciente de 19 anos, sexo masculino, que apresentava síndrome mielodisplásica assintomática, e evoluiu com quadro de PG e mielodisplasia durante a terapia com a isotretinoína oral.

O terceiro caso descrito foi em um paciente de 17 anos, sexo masculino, que desenvolveu lesão no tórax de PG nas duas primeiras semanas de tratamento com isotretinoína oral para acne.

Recentemente, em novembro de 2006, Freiman e Brasard descreveram o quarto caso da associação, em uma paciente feminina, 38 anos, portadora da síndrome de HAIR-AN (hiperandrogenismo, resistência à insulina e acantose nigra), que apresentava quadro clínico de acne nódulo-cística há um ano, e após o primeiro mês da isotretinoína oral, desenvolveu múltiplas lesões de PG no

dorso do tórax. Ela foi tratada com tacrolimus 0,1% topicamente e prednisona oral; posteriormente foi associado micofenolato mofetil como poupador de corticoides, com resolução das lesões.

O mecanismo desencadeador dessa reação é desconhecido. É amplamente reconhecida a ocorrência de fragilidade cutânea durante o tratamento com a isotretinoína oral; fatores dérmicos desempenham um papel relevante nesse processo. Na realidade, a isotretinoína, que também atua na quimiotaxia de neutrófilos, aumenta a proliferação das células endoteliais, regula a adesão de moléculas de expressão (CAM). Em 1999, Mizzerd descreveu que ICAM 1 desempenha um papel na migração endotelial aguda de neutrófilos independente de selectina.

Pelos motivos expostos, apesar da raridade de tal associação, observamos que a isotretinoína altera moléculas de adesão necessárias para a migração neutrofílica, e um grupo especial de pacientes pode ser mais susceptível ao desenvolvimento de uma doença neutrofílica clássica.

CONCLUSÃO

O PG é uma doença clinicamente reconhecida, com uma grande variedade de doenças associadas e apresentações clínicas, sendo necessária uma história detalhada e uma investigação diagnóstica e laboratorial extensa.

A isotretinoína oral é um medicamento amplamente prescrito e utilizado pelos dermatologistas, com eventuais efeitos colaterais potencialmente significativos, alterando fatores celulares importantes para o processo de cicatrização. Além disso, pacientes em uso de isotretinoína oral devem ser acompanhados mensalmente com exame físico completo e avaliação laboratorial para identificação de possíveis efeitos colaterais da terapêutica. O nosso paciente estava em uso de isotretinoína oral e mesmo com os critérios rigorosos de acompanhamento apresentou após o primeiro mês de tratamento um efeito colateral raro e grave, que, mesmo com a efetiva abordagem diagnóstica e terapêutica, desencadeou seqüelas cicatríciais e psicológicas graves no paciente.

É de extrema importância que tal associação seja descrita para que possa alertar sobre possíveis efeitos colaterais raros da isotretinoína oral e, que, uma indicação precisa seja feita no momento da indicação da droga como opção terapêutica na acne.

REFLUXO QUILOSO CUTÂNEO

Nilton Carlos dos Santos Rodrigues, Patrícia Ormiga Galvão Barbosa,
Cintia Rito Ferreira dos Santos, Maria Rita Pereira, Claudio Lerer

Serviço de Dermatologia do Hospital Naval Marcllio Dias

INTRODUÇÃO

O termo refluxo quiloso é usado para descrever o fluxo retrógrado de quilo através das vias linfáticas, devido a uma obstrução em sua rota normal. Essa alteração pode manifestar-se clinicamente sob diversas formas, inclusive através de lesões cutâneas que, quando presentes, configuram o quadro de Refluxo Quiloso Cutâneo.

RELATO DO CASO

LFD, 22 anos, masculino, branco, solteiro, militar, natural e residente do Rio de Janeiro, procurou nosso ambulatório queixando-se do surgimento de vesículas de conteúdo esbranquiçado em região lombar e porção superior das nádegas, que se rompiam espontaneamente, dando origem a fluido leitoso. Tais vesículas voltavam a se formar nos mesmos locais de origem. Com a evolução do quadro, houve o surgimento de novas lesões e alteração da pele subjacente, que se tornou úmida e rugosa. Não havia edema de membros inferiores ou escroto. A história patológica pregressa não revelou traumas ou cirurgias anteriores.

O exame histopatológico de duas das lesões revelou ectasias linfáticas, sugestivas de linfangioma.

A punção de uma das vesículas deu origem a drenagem espontânea e abundante de líquido leitoso, suficiente para

completar uma seringa de 1 ml. A análise do líquido mostrou altas concentrações de lipídeos (triglicerídeos: 1710mg/dl) e baixas concentrações de colesterol (col: 68mg/dl), o que evidenciou a origem quilosa desse conteúdo.

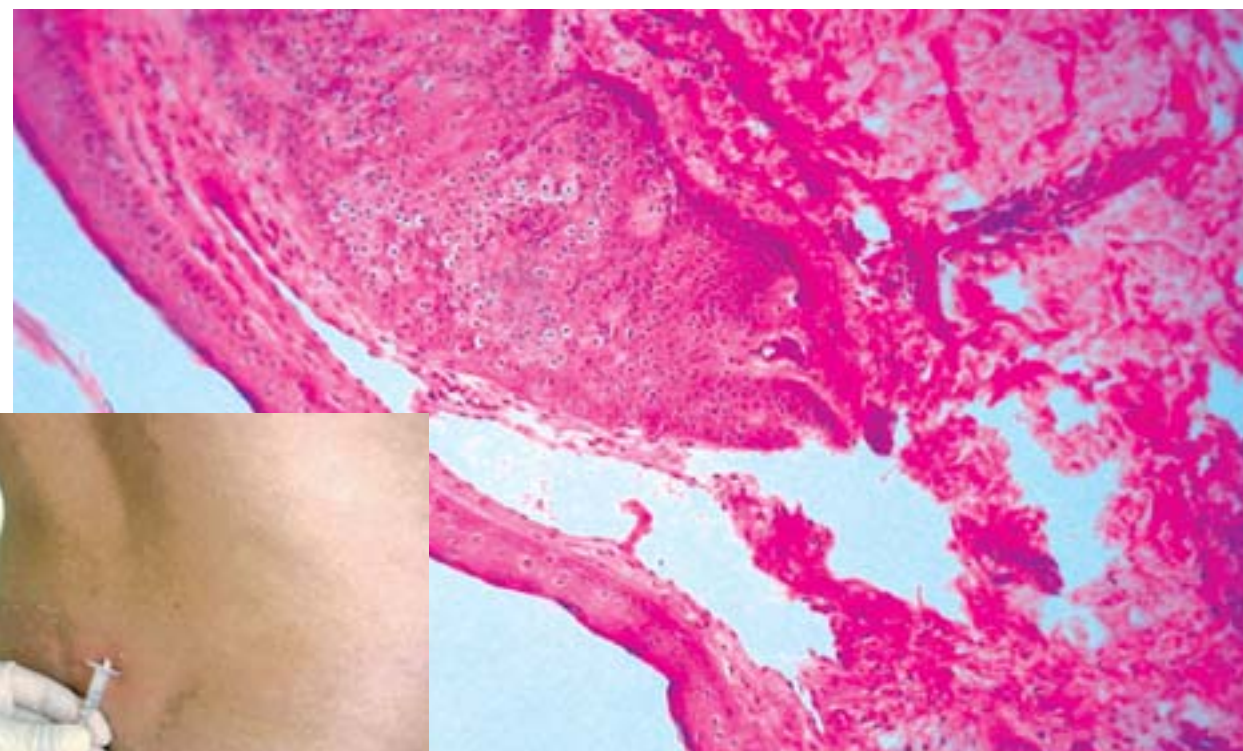
O restante dos exames laboratoriais não mostrou qualquer alteração relevante.

A tomografia computadorizada da pelve mostrou uma imagem arredondada, com densidade de líquido, localizada em retroperitônio, em situação para-aórtica esquerda, se estendendo desde o terço médio do rim até a topografia de vasos ilíacos e femorais internos, sugestiva de ectasia linfática.

A linfocintilografia evidenciou uma drenagem linfática normal até os linfonodos inguinais, não sendo visualizadas as cadeias linfáticas ilíaca e para-aórtica. Notou-se ainda a presença de uma captação precoce do radiofármaco pelo fígado, o que denunciou drenagem linfática atípica pelo sistema venoso.

O paciente evoluiu com febre, edema, calor e rubor dos membros inferiores e do membro superior direito, caracterizando uma linfangite, e ainda com uma infecção das vias urinárias após a 1ª etapa da linfocintilografia. Foi internado e submeteu-se a esquema antibiótico com ciprofloxacino, recebendo alta em 10 dias.

O tratamento instituído após este episódio foi o de ênfase na higiene local, dieta hipolipemiante e administração



profilática de penicilina benzatina 1.200.000U de 21/21 dias, não sendo observadas novas intercorrências.

DISCUSSÃO

O quilo origina-se através da drenagem linfática do intestino, segue para a cisterna do quilo e posteriormente para o ducto torácico, entrando na corrente sanguínea apenas na junção das veias subclávia e jugular interna.

O Refluxo Quiloso Cutâneo ocorre devido a uma obstrução das vias linfáticas capaz de gerar um fluxo retrógrado de quilo, com conseqüente dilatação dos linfáticos da pele.

As principais causas do acometimento primário seriam as malformações das vias linfáticas e do secundário, processos expansivos internos, traumas, irradiações ou infecções por filária.

O quadro clínico se caracteriza por vesículas de conteúdo esbranquiçado agrupadas, que se rompem espontaneamente, dando origem a fluido lácteo. As lesões ocorrem principalmente em genitália externa, coxas, parede abdominal, pés ou joelhos. O linfedema dos membros é um achado comum.

O tratamento é baseado principalmente na higiene local cuidadosa, numa dieta hipolipemiante e na profilaxia antibiótica, caso necessária. A correção cirúrgica da anormalidade básica pode ser considerada.

CONCLUSÃO

Trata-se de um quadro raro, com pouca expressividade na literatura dermatológica, em que mínimas manifestações cutâneas podem estar associadas a alterações anatômicas extensas.

O conhecimento desta entidade pelo dermatologista permite não só o diagnóstico correto da patologia, como também a adequada condução do caso.

O paciente em questão apresenta, até onde nossa investigação foi capaz de elucidar, uma alteração anatômica das vias linfáticas sem relação com processos expansivos ou traumas, sendo capaz de manter uma drenagem linfática efetiva, sem maiores conseqüências sistêmicas. É de grande importância, entretanto, a interpretação das lesões cutâneas como possíveis fontes de infecção para as vias linfáticas deste doente.

QUAL EQUIPAMENTO É O MELHOR?

Em todos os cursos de dermatoscopia de que participei até hoje, invariavelmente essa pergunta é realizada. A melhor resposta que ouvi foi de ninguém menos que o Dr. Wilhelm Stolz, expoente mundial na área de dermatoscopia e criador da regra do ABCD – “A escolha do dermatoscópio equivale à escolha de um carro, é pessoal. São tantos os modelos, tamanhos e preços, que depende de qual será sua aplicação”. Nas linhas seguintes tentaremos subsidiar você com os dados necessários para escolha do seu equipamento.

Temos no mercado basicamente dois tipos de dermatoscópios manuais: o convencional e o de luz polarizada. Ambos proporcionam um aumento de 10X e podem ser acoplados a câmeras para registro fotográfico. Os preços no Brasil variam de R\$ 800,00 a R\$ 3.500,00. A diferença entre eles está na iluminação. Enquanto os modelos convencionais utilizam lâmpadas halógenas (p.ex. Episcopo - Welch Allyn, EUA; Delta 10 - Heine, Alemanha) ou light enhanced diode (LED, p.ex. Delta 20 - Heine, Alemanha), os de luz polarizada (p.ex. DermLite - 3Gen, EUA) possuem um halo de LEDs que permite a visão polarizada das diversas camadas da pele e impedem o reflexo da luz.

Como vantagens dos modelos convencionais, podemos destacar: **1** São o mais utilizados até o momento; **2** os critérios dermatoscópicos até hoje descritos em livros foram baseados em estudos com esses aparelhos; **3** possibilitam uma melhor observação de estruturas superficiais (p.ex. pseudo cistos). Como desvantagens temos: **1** requerem contato com pele; **2** demandam o uso de líquido de interface; **3** apresentam um porte maior dos que os de luz polarizada. Já os de luz



DE CIMA PARA BAIXO: **1**•LESÃO SURTIDA RECENTEMENTE, MEDINDO 2MM DE DIÂMETRO, SITUADA NO ABDOME DE UMA PACIENTE DE 38 ANOS. ASPECTO CLÍNICO SUGESTIVO DE LESÃO BENIGNA. **2**•O EXAME DERMATOSCÓPICO EVIDENCIOU A PRESENÇA DE ESTRIAS ASSIMETRICAMENTE DISTRIBUÍDAS, O QUE É ALTAMENTE SUGESTIVO DE MALIGNIDADE. O EXAME HISTOPATOLÓGICO REVELOU TRATAR-SE DE MELANOMA EXTENSIVO SUPERFICIAL INCIPIENTE.

polarizada apresentam como vantagens: **1** não requerem contato com a pele; **2** não demandam o uso de líquido de interface; **3** são melhores para identificação de estruturas mais profundas; **4** são mais portáteis. Como desvantagens podemos citar: **1** é uma imagem nova, que pode apresentar algumas distorções em relação às cores; **2** dificuldade na observação de estruturas superficiais.

Os videodermatoscópios são constituídos por uma microcâmera montada em um dispositivo manual ligada por cabo flexível a um sistema de vídeo. Os preços também são muito variáveis. Podem oferecer aumentos de até 300X, porém, via de regra, a definição das imagens é baixa. Além de sua óbvia capacidade de impressionar pacientes, apresenta como vantagem o fato de possibilitar a observação simultânea de vários examinadores, o que em um ambiente acadêmico é extremamente útil e poupa tempo.

Por fim, se você é daqueles empolgados e com dinheiro, temos a dermatoscopia digital. Que nada mais é do que um videodermatoscópio de alta definição, que oferece

um programa de auxílio diagnóstico através da análise gráfica computadorizada. Os preços iniciais são em torno de R\$ 50.000,00. São aparelhos extremamente úteis no monitoramento de pacientes com múltiplas lesões por permitirem a comparação de imagens seriadas. Até o momento nenhum dos softwares do mercado consegue fazer a distinção entre lesões melanocíticas e não melanocíticas, tarefa que cabe ao examinador.

O importante é começar. Faça sua escolha!

ATENÇÃO: o autor declara não possuir conflitos de interesse em relação ao tema abordado.

DICA ÚTIL:

Deixe seu aparelho sempre à mão. Utilize o dermatoscópio como uma ferramenta auxiliar no seu exame clínico não só nas lesões suspeitas, elas já são suspeitas. Use-o também nas lesões supostamente benignas, você vai se surpreender (Figuras 1 e 2).

Carlos Barcaui

STIPROX e STIPROXAL

PARA AUXÍLIO NO TRATAMENTO DE TODOS OS ESTÁGIOS DA DERMATITE SEBORRÉICA

• Dermite Seborréica Leve
• Auxílio na Manutenção do Tratamento da Dermite Seborréica

STIEFEL
Pesquisa em Dermatologia

• Dermite Seborréica Moderada e Grave

COLOCAMOS A TRETINOÍNA EM MICROESFERAS PARA DAR MAIS LIBERDADE À PELE.

RETIN-A MICRO
tretinoína gel 0,1% (microesferas)

AGORA NO BRASIL, O RETINOÍDE QUE UNE RAPIDEZ, POTÊNCIA E TOLERABILIDADE.^{1,2,3}

ÁREAS DE ATUAÇÃO

Lamentavelmente, a grande maioria dos associados está desinteressada das políticas institucionais, o que pode trazer, muitas vezes, consequências práticas nada interessantes. De um modo geral, o associado confia o voto ao seu representante, chamado delegado, que compõe o Conselho Deliberativo junto aos ex-presidentes da SBD e que, estatutariamente, definem as regras de funcionamento da nossa entidade, hoje averbadas pela Assembléia Geral de acordo com o novo Código Civil. Não obstante tais assembléias serem vazias, demonstrando a pouca politização dos nossos colegas, os delegados não sofrem cobranças por parte dos seus “eleitores”, e assim grande parte dos assuntos de interesse coletivo acontece em círculos fechados, salvo raras exceções. Um deles, trazemos para opinião geral.

Durante muitos anos, a Dermatologia luta para defender seus limites de atuação como bem define o artigo 1º do estatuto da SBD: “...tem por objetivos o estudo, o ensino e a pesquisa da Dermatologia clínica, cirúrgica, oncológica, cosmiátrica, hansenologia e domínios afins”.

Em 2005, o CFM e a Comissão Mista de Especialidades baixaram a Resolução 1963 que confere a cosmiatria e a cirurgia dermatológica como áreas de atuação da dermatologia; isto representou um grande avanço para a nossa especialidade. Entretanto, como até o presente momento a SBD não regulamentou estas áreas de atuação, a AMB está pretendendo interferir no seu destino, e lamentavelmente há correntes divisórias que estão gerando impasses e colocando em risco a nossa grande vantagem. Perder estas áreas de atuação, cosmiatria e cirurgia dermatológica, neste momento é sem dúvida um RETROCESSO, e se faz mais do que necessário que a população dermatológica discuta com seus delegados, nas suas regionais e encontre a sua verdadeira posição. Neste momento, caminhar para trás é deixar de cumprir nosso estatuto, é ferir a DERMATOLOGIA.

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

JULHO

- 25 Reunião Mensal
Local: Colégio Brasileiro de Cirurgiões
- 28 IX Jornada de Dermatologia Cosmiátrica da
Policlínica Geral do Rio de Janeiro
Local: Centro de Convenções do Centro
Médico Barra Shopping

AGOSTO

- 1 Debate sobre Implante de Fibroblastos
Local: Espaço Victória – Jockey Club
- 11 Curso Teórico Multidisciplinar
das Afecções Ungueais
Local: Royalty Barra Hotel
- 13 3º Encontro de Biológicos na Dermatologia
Local: Sofitel Rio
- 29 Reunião Mensal
Local: Colégio Brasileiro de Cirurgiões

SETEMBRO

- 26 Reunião Mensal
Local: Colégio Brasileiro de Cirurgiões

OUTUBRO

- 6 3º Meeting Internacional Fronteiras da
Dermatologia
Local: Centro de Convenções Mario
Henrique Simonsen
- 26/27 XI Reunião Científica da Associação dos
Dermatologistas da UERJ
Local: Hospital Universitário Pedro Ernesto
- 31 Reunião Mensal
Local: Colégio Brasileiro de Cirurgiões

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

A SBD-RJ agradece ao Laboratório
La Roche-Posay pela doação para a
biblioteca da regional do livro
Dermatologia de Azulay e Azulay



Estas empresas apóiam o

RIODERMATOLOGICO

Wyeth

TheraSkin[®]
A SEMPRE DA PELE

RoC
PROMESSES TENUES*
PROMETIDOS CUMPRIDOS

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE

SILIMED

STIEFEL
Pesquisa em Dermatologia

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology