

RIO DERMATOLOGICO

A visão de Carlos Barcaui,
novo presidente da SBD-RJ (2009-2010)

O Resultado das Eleições da SBD-RJ 2008

Atenção: Titulação X Legalidade

SUMÁRIO

03 Editorial

Carta do Presidente

04 Sinais

Boas Novas

Perfil: Dra Rosa Suhet

Eleições 2008

Congresso da SBD

Excelência na X Jornada de Cosmiatria

Sucesso no I Jornada de Dermatologia Pediátrica

Rio Brilha em Fortaleza

Linha do Tempo

08 Ponto de Vista

Com a Palavra o nosso presidente,
Carlos Barcaui

10 Caso em Destaque 1

Prototecose Cutânea: Relato de Caso

12 Caso em Destaque 2

Amiloidose Sistêmica associada
a Mieloma Múltiplo

14 Caso em Destaque 3

Xantoma Eruptivo: Abordagem Multidisciplinar

16 Dermatoscopia

Lesões Pigmentadas não Melanocíticas

18 Ethos

Coluna Ethos

19 Agenda



A SBD-RJ está de parabéns pelo exemplo de vitalidade demonstrado nas últimas eleições para presidência/vice-presidência e delegados, gestão 2009/2010, quando tivemos três chapas concorrendo pela honra de servir à comunidade dermatológica do Rio de Janeiro.

O processo eleitoral transcorreu de forma transparente e tranqüila, apesar da necessidade do reenvio das cédulas. Em nome de toda a nossa Sociedade, agradeço ao precioso trabalho da Comissão Eleitoral composta por Célio Abdala (presidente), Antonio Carlos Francesconi, Marcio Rutowitsch, Sergio Quinette e Luiz Carlos P. Oliveira que se encarregaram de organizar e acompanhar todo o processo. A atual diretoria permaneceu sempre com a atitude imparcial e isenta que se espera nestes casos.

Parabenizo a chapa vencedora composta pelos Drs. Carlos Barcaui/David Azulay, assim como as duas outras chapas compostas pela Dra. Ana Mosca/Flávio Luz e Márcia Ramos e Silva/Beatriz Troppe. Tenho certeza que a Sociedade está sendo entregue a colegas que estarão mantendo o trabalho de tantas outras gestões, valorizando e estimulando a dermatologia carioca a ocupar o seu devido lugar no cenário nacional e internacional.

Durante a reunião dos presidentes de regionais que antecedeu ao Congresso Brasileiro em Fortaleza – de excelência científica e social –, ficaram claras a preocupação e iniciativas da maioria das regionais em coibir o abuso e as transgressões cometidas pelos colegas médicos que se intitulam especialistas em medicina estética. Sobre este tema, estarei detalhando mais adiante.

Um forte abraço

Celso Sodré

Presidente da SBD-RJ 2007/2008

RIODERMATOLÓGICO

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

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

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

Secretário Geral **Carlos Baptista Barcaui** • Secretária de Sessões **Flavia Freire Cássia** • Tesoureiro **Francisco Burnier Pereira** • Assessores de Diretoria **Andréa Gurfinkel, David Azulay e Roberto Barbosa Lima** • Conselho Consultivo **Abdiel Figueira Lima, Absalom Lima Filgueiras, Aloysio Pacheco Argollo, Antonio de Souza Marques, Danilo Vicente Filgueiras, Gabriela Lowy, José Moreira Carrijo, José Ramon Varela Blanco, Luna Azulay Abulafia, Manoel Paes de Oliveira Neto, Manoel Sternick, Marcia Ramos-e-Silva, Marcius Achiamé Peryassú, Maria de Lourdes Viegas, Omar Lupi, Rene Garrido Neves** • Comissão Científica **Andréa Cabral de Menezes Gurfinkel, Eliane de Dios Abad, Gabriela Lowy, Luna Azulay Abuláfia, Maria Leide Wand Del Rey de Oliveira** • Comissão de Ética e Defesa Profissional **Abdiel Figueira Lima, Sérgio Soares Quinete, Flávio Barbosa Luz, Márcio Soares Serra, Ângela Gasparini** • Delegados **Luna Azulay Abuláfia, Gabriela Lowy, Márcio Soares Serra, Omar Lupi, Ana Maria Mósca de Cerqueira, Abdiel Figueira Lima, Flávio Barbosa Luz, Cleide Eiko Ishida, Carlos Baptista Barcaui, José Ramon Varela Blanco, Altiva Lobão, Cláudia 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 **Anatrícia Borges (MTB 21955)** • Tiragem – 6.000 Exemplares • Distribuição – Gratuita

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

BOAS NOVAS

Como já tantas vezes divulgado, a SBD-RJ através da minha pessoa e do presidente da Comissão de Ética e Defesa Profissional (Dr. Abdiel Figueira), convidou há alguns meses as Sociedades Brasileiras de Cirurgia Plástica-RJ e de Endocrinologia e Metabologia RJ para debatermos o problema da pseudo especialidade médica denominada “Medicina Estética”. Deste encontro, resultou a elaboração pelo nosso departamento jurídico de uma consulta ao CREMERJ (veja no site) sobre as possíveis transgressões e consequências dos colegas médicos que, equivocadamente, se intitulam ou divulgam a “Medicina Estética” como especialidade médica. A consulta foi respondida pela conselheira Marília de Abreu Silva (veja no site), que veio confirmar o que também já entendíamos sobre a resolução do CFM nº 1785/2006, que não reconhece a “Medicina Estética” como especialidade médica e que prevê como transgressão o médico que se intitular especialista ou divulgar especialidade médica não reconhecida pela Comissão Mista de especialidade (CFM, AMB, CNRM). A partir de agora, a SBD-RJ iniciará um processo sistemático de denúncia ao CREMERJ de colegas que estejam cometendo estas transgressões. Solicitamos aos nossos associados, que porventura estejam cometendo

este equívoco, que tomem as providências necessárias para sua interrupção imediata e aos demais associados que nos informem diretamente sobre essas transgressões legais e éticas através do email: etica@sbd-rj.org.br.

Na reunião de Presidentes de regionais da SBD, que antecedeu ao Congresso de Fortaleza, tivemos a oportunidade de apresentar estes resultados e nossas propostas às outras regionais e foi com grande alegria que constatamos que várias delas já estavam tomando suas providências, possibilitando agirmos em nossos Estados simultaneamente. Foi o caso da SBD-PR que, antes de nós, conseguiu que o CRM-PR divulgasse na mídia leiga o esclarecimento à população sobre o não reconhecimento da “Medicina Estética” como especialidade médica.

Juntos somos fortes. Ao unirmos nossos esforços com a Cirurgia Plástica e Endocrinologia e desencadearmos este processo com as outras regionais, estaremos dando um importante passo para que a dermatologia seja exercida pelos dermatologistas.

Celso Sodré

PERFIL: DRA. ROSA SUHET



Chef de Cuisine. Esta é apenas uma das muitas faces da médica que coloca paixão em tudo o que faz.

Formada em Fisioterapia, pela ABBR, e em Medicina, pela faculdade de Nova Iguaçu, Rosa atuou durante anos no serviço de Dermatologia do Hospital da Lagoa, integrando a equipe da doutora Maria de Lourdes Viegas. A escolha pela especialidade surgiu ainda menina, quando esperava a mãe dormir à sesta da tarde para passar creme em seu rosto e limpar sua pele, mas a faculdade de medicina só foi possível após o casamento e o nascimento de suas duas filhas.

As mãos para dermatologia são as mesmas da culinária. Quase três décadas após sua formatura em medicina, a nossa associada Rosa Suhét voltou à sala de aula para se formar, no ano passado, em gastronomia, tornando-se

Atualmente, já aposentada do Estado, Rosa continua clinicando em seu consultório no Leblon e o pouco tempo que sobra dedica-se ao hobby de criar pratos especiais para os amigos saborearem. “Aprendi a cozinhar aos sete anos e a gastronomia sempre foi uma paixão”, revela Rosa, que ano passado fez um curso de cozinha italiana, na famosa escola Apicius, na região de Toscana, na Itália.

Outro assunto que fala com paixão é a maternidade. Tem orgulho de ser mãe de Viviane e Valéria, hoje executivas de grandes empresas, atuando em São Paulo e Boston (EUA), e dos netos, Samantha e Dylan.

Mas quem pensa que o tempo de Rosa Suhét é curto, não imagina que ela ainda encontra espaço para participar de eventos de atualização em dermatologia, como seminários, workshops e congressos. “Gosto de atuar no tratamento das doenças da pele em geral, buscando, cada vez mais, conhecimento para embelezar a pele dos meus pacientes, e procurando sempre ensiná-los a melhor maneira de preservar uma pele saudável”, conclui.

ELEIÇÕES 2008 SBD RJ

Pela primeira vez na história da SBD-RJ, três chapas disputaram os cargos de presidente e de vice-presidente, assim como foi um recorde histórico o número de 467 votantes. Ou seja, aproximadamente 60% dos sócios. A chapa formada pelos Doutores Carlos Barcaui e David Azulay sagrou-se a responsável pela direção da nossa regional para o biênio 2009-10.



O PROF. AZULAY, SÓCIO MAIS ANTIGO DE TODA SBD, EXERCENDO CIDADANIA AO INAUGURAR AS URNAS DO VOTO PRESENCIAL DURANTE A REUNIÃO DE AGOSTO.

CONGRESSO DA SBD EM 2010

Foi ratificado durante a reunião do Conselho Deliberativo da SBD, o nome da Profª. Luna Azulay para a presidência do congresso, a ser realizado em 2010 em nossa cidade. O Riocentro será o local do evento. A nossa regional não medirá esforços para que seja um evento marcante para a dermatologia brasileira.

A redação deste jornal parabeniza também a Profª Luna pela passagem de seu aniversário e pela bela festa oferecida, onde, mais uma vez, ficou demonstrado o quão é querida por todos.

Presidente Vice-presidente	Votos
1º - Chapa 1 Carlos Baptista Barcaui / David Rubem Azulay	202
2º - Chapa 3 Ana Maria Mosca de Cerqueira / Flávio Barbosa Luz	168
3º - Chapa 2 Marcia Ramos-e-Silva / Beatriz Moritz Trope	90
Delegados	
1º - Celso Tavares Sodré	363
2º - Luna Azulay-Abulafia	338
3º - Ana Maria Mosca de Cerqueira	306
4º - Carlos Baptista Barcaui	289
5º - Flávio Barbosa Luz	284
6º - Cleide Eiko Ishida	251
7º - Marcia Ramos-e-Silva	245
8º - José Ramon Varela Blanco	236
9º - David Rubem Azulay	226
10º - Maria Lourdes Viegas	224
11º - Beatriz Moritz Trope	223
12º - Abdiel Figueira Lima	220
13º - João Carlos Regazzi Avelleira	218
14º - Francisco Burnier Carlos Pereira	216
15º - Flavia de Freire Cassia	211
16º - Antonio Macedo D'Acri	210
17º - Cláudia Pires Amaral Maia	187
18º - Sueli Coelho da Silva Carneiro	138
19º - Benjamin Baptista de Almeida	129
20º - Ricardo Monteiro Rebello	108
21º - Sumaya Neves de Moura	93



COMISSÃO ELEITORAL: DA ESQ. PARA DIR. DR. SERGIO SOARES QUINETE; DR. MARCIO DOS SANTOS RUTOWITSCH; DR. CÉLIO ABDALLA (PRESIDENTE); DR. ANTONIO CARLOS FRANCESCONI DO VALLE; DR. LUIZ CARLOS PINTO DE OLIVEIRA

EXCELÊNCIA NA X JORNADA DE COSMIATRIA

A X Jornada de Cosmiatria da Policlínica Geral do Rio de Janeiro fechou com chave de ouro a comemoração dos dez anos do evento. Com o auditório do Centro Médico da Barra mais uma vez lotado, o evento reuniu médicos veteranos e estudantes da área de dermatologia. Criada e organizada anualmente pela Dra. Andréia Mateus, a jornada foi pioneira no modelo de aulas, com vídeos demonstrativos das mais modernas técnicas utilizadas em procedimentos estéticos, sempre ministradas por profissionais consagrados de todo o Brasil. É, sem dúvida, um marco na agenda de eventos credenciados da SBD, para aqueles que querem atualizar-se na área da estética dermatológica.



DA ESQ. PARA DIR. DR OMAR LUPI, DRA. ALICE ALCHORNE
DRA. ANDRÉIA MATEUS, DRA. DENISE STEINER
E DRA BORGANA KADUNC.

SUCESSO NA I JORNADA DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA



ALUNOS E COMISSÃO ORGANIZADORA COM A PROFª GABRIELA LOWY

Em julho, ocorreu a I Jornada de Dermatologia Pediátrica, onde a grande mestra professora Gabriela Lowy, recebeu uma homenagem pela sua exímia contribuição à dermatologia pediátrica carioca e brasileira.

Na ocasião, os participantes foram brindados com um programa científico, elaborado pela própria Professora Gabriela. Em relação à clínica dermatológica diária, o programa abordou os últimos avanços na terapêutica de diversas doenças.

A Jornada recebeu muitos dermatologistas e pediatras, tendo resultado em grande sucesso.

RIO BRILHA EM FORTALEZA

Com a participação maciça dos nossos associados desde as reuniões do Conselho Deliberativo às inúmeras atividades como coordenação de cursos, simpósios, aulas, conferências e apresentações, a dermatologia do nosso estado mostra a sua cara. A destacar o fato de que de 10 "Trabalhos de Investigação Científica", 5 foram nossos. A conferir:

Importância da variação do PASI realizado por diversos observadores – Drs. Joana Ribeiro da Costa, Aline Aarão, Luiz Miquel Jimenez, Oscar Hernández e João Avelaira / IDPA da SCM.

Proposta para classificação das formas clínicas da dermatite seborréica de acordo com sua gravidade – Seborrhoic Dermatitis Severity Score (SEDESS). Drs. Angela Mameri, Mario Chaves, Gustavo Verardino, Carolina Portela, José Marcos Cunha, Sueli Coelho Carneiro / HUCFF da UFRJ.

Utilidade do pente metálico com dentes metálicos micro-canaliculados no diagnóstico da pediculose. Drs. David Oschilewski, Patricia Neira, Alejandra Correa, Nelson Muñoz / Universidade de Valparaíso - IDPA da SCM.

Estudo Epidemiológico de 107 Focos Familiares de Hanseníase no Município de Duque de Caxias- Rio de Janeiro. Dras. Luiza Soares Gudes, Sandra Maria Barbosa Durães, Mônica Duarte Cunha, Maria Leide Del Rey / HUCFF da UFRJ.

Padrões dermatoscópicos nas alopecias cicatriciais (Lupus Eritematoso versus Liquen Plano). Dras. Bruna Duque Estrada, Carla Tamler, Joana Ribeiro, Carlos Barcaui, Francisco Burnier, Celso Sodré / IDPA da SCM.

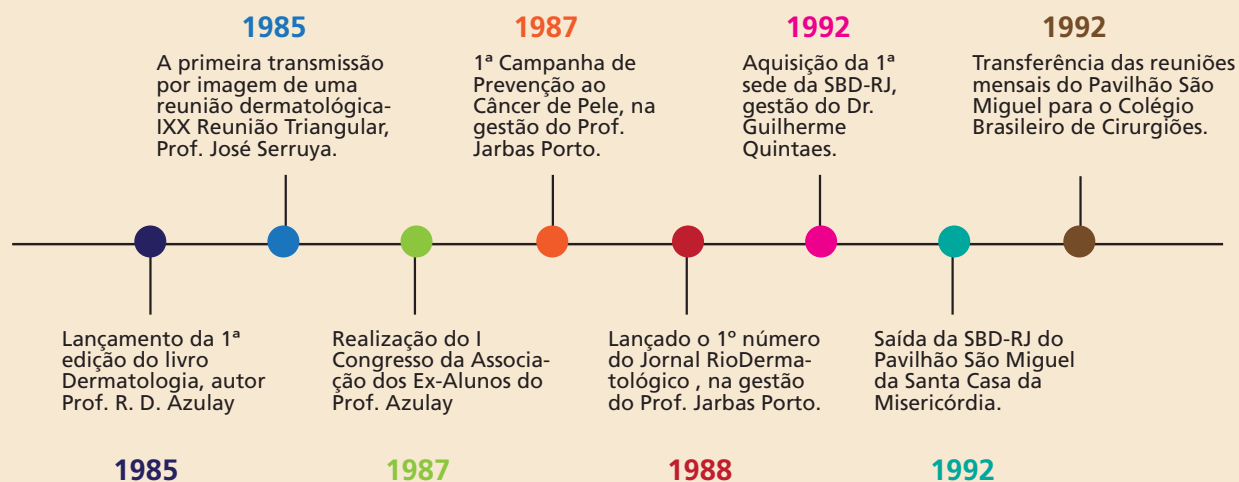
A SBD-RJ PARABENIZA AOS ORGANIZADORES DO 63º CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA PELA EXCELÊNCIA E INOVAÇÕES.

MAIS 15 ANOS DA HISTÓRIA DA SBD-RJ

Nesta edição do RioDermatológico, apresentamos mais 15 anos da história da SBD-RJ. A nossa linha do tempo, entre as décadas de 80 e 90, registra uma passagem relevante à história da regional: a saída da SBD-RJ do Pavilhão São Miguel da Santa Casa da Misericórdia para sua primeira sede, também no centro do Rio.

No próximo número do RioDermatológico, estaremos encerrando nossa linha do tempo exatamente no mês em que a nossa regional completará 45 anos. Se você lembra de alguma história ou fato relevante, contribua com a memória da SBD-RJ, envie para o Fale Conosco de nosso site http://www.sbd-rj.org.br/fale_conosco.asp ou para o email d.azulay@urbi.com.br

LINHA DO TEMPO - 1981 A 1992



COM A PALAVRA O NOSSO NOVO

Sobre as eleições:

Uma das características da nossa regional é o clima harmônico no qual se deram até hoje as mudanças de Diretoria, o que nos dá uma idéia de continuidade saudável do trabalho que vem sendo desenvolvido ao longo dos anos. Estas foram as primeiras eleições em que houve mais de uma chapa concorrendo à Presidência e à Vice-Presidência da SBDRJ, e esse clima amigável e democrático, apesar da disputa acirrada, se manteve.

O papel dos nossos serviços credenciados na formação dos novos profissionais é fundamental. São os pilares da SBD-RJ"

centres na Dermatologia carioca por parte dos associados, o que se refletiu no maior número de votantes da história de nossa regional.

A Dermatologia carioca é o berço da Sociedade Brasileira de Dermatologia. A SBDRJ é uma instituição que em dezembro desse ano completará 45 anos de existência. Cada uma das Diretorias que nos antecederam, contribuiu de alguma forma para sermos o que somos hoje: uma sociedade respeitada, com uma intensa atividade científica e social, e que cumpre sua finalidade estatutária primordial de "estudar, pesquisar e difundir o progresso da medicina dermatológica e domínios afins, no âmbito do Rio de Janeiro".

Nesse contexto, sem desmerecer as anteriores, aproveito para enaltecer o trabalho da atual Diretoria, sob a batuta do maestro Celso Sodré. Com toda sua irreverência e maneira simples de ser, foi, ao longo desses dois anos em que trabalhamos juntos, se mostrando um verdadeiro líder, cujo objetivo principal é o de servir à coletividade. Sua consagração foi alcançada nas urnas, quando, quase ao final de seu mandato, foi reeleito como o delegado mais votado do Rio de Janeiro.

Ao contrário do que alguns pensam, o fato de termos tido três chapas foi, a meu ver, uma demonstração de força e de interesse cres-

Em relação ao processo eleitoral em si, certamente ele tem que ser aprimorado. Temos que levar em conta que essas eleições fugiram totalmente ao padrão das anteriores. Estamos aprendendo. Entretanto, gostaria de ressaltar o brilhante e transparente trabalho da Comissão Eleitoral que foi presidida pelo Dr. Célio Abdala e que teve total autonomia durante todo período eleitoral.

Sobre a situação atual da Dermatologia:

A quantidade de médicos em geral e de dermatologistas em particular no mercado brasileiro, principalmente nos grandes centros, é maior do que a demanda e muito superior do que a recomendada pela OMS. A concorrência é grande e é crescente o número de médicos que optam pela Dermatologia, muitos deles seduzidos pela ilusão de que nossa especialidade é uma mina de ouro que requer pouco preparo acadêmico. Como agravante, estamos assistindo a uma verdadeira invasão de nossas áreas de atuação, principalmente a cosmiatria e a cirurgia, por colegas de outras especialidades, que se julgam capacitados a realizarem procedimentos dermatológicos após frequentarem cursos de final de semana e filiados a pseudo-sociedades, cujo único intuito é o de auferir lucro imediato em detrimento de um atendimento/ensino de qualidade. É aí que nós associados à SBD temos que fazer a diferença, na qualidade.

O papel dos nossos serviços credenciados na formação dos novos profissionais é fundamental. São os pilares da SBD. Tudo o que pudermos fazer para fortalecê-los, nós faremos. A educação médica continuada também é uma de nossas metas. Nosso associado tem que se manter atualizado, de preferência sem sair do seu estado e pelo menor custo possível.

Outras medidas importantes no intuito de defender nosso mercado de trabalho são: a conscientização da população através da mídia leiga sobre quem é o dermatologista e a vigilância permanente às transgressões cometidas por médicos que se intituam dermatologistas sem o ser, ou divulgam especialidade não

PRESIDENTE, CARLOS BARCAUI

reconhecida pela AMB, como a medicina estética. Temos que ajudar a população a aprender a separar o joio do trigo. Nossa participação em associações médicas e em órgãos de classe e governamentais como a Secretaria Estadual de Saúde também tem que ser incrementada.

Em suma, nossas Comissões de Ética e Defesa Profissional e Científica, assim como nossa assessoria jurídica, de imprensa e os coordenadores de Departamento, têm muito trabalho pela frente.

Sobre as perspectivas para o biênio 2009-10:

Todos os esforços da nossa Gestão serão direcionados para o tripé: educação médica continuada, defesa do mercado de trabalho e fortalecimento dos serviços credenciados.

Salvo inesperados percalços, quando assumirmos em janeiro de 2009, teremos nas mãos uma Sociedade financeiramente estável, com quadro de funcionários enxuto, porém competente. Já agora no Congresso de Fortaleza começamos a negociar com os parceiros da indústria farmacêutica e já estamos programando o calendário de eventos de 2009.

É nossa intenção repetir alguns dos cursos que se destacaram no passado como o de dermatopatologia, doenças infecciosas e o de alopecias, além de montar um curso sobre câncer da pele e os já tradicionais Encontro de Cirurgias Dermatológicas e Laser/Cosmiatria.

O ano de 2010 será um ano especial. A cidade do Rio Janeiro será, após 18 anos de jejum, sede do Congresso Brasileiro de Dermatologia, que será presidido pela professora Luna Azulay, com quem já es-

“Em 2010, o Rio
será a sede
do Congresso da
nossa Sociedade”

tamos trabalhando em conjunto. Assim como já vem sendo feito, nossa regional continuará, inteiramente, à disposição da Comissão Organizadora do Congresso para auxiliar no que for necessário. Esperamos poder contar também com a colaboração da SBD nacional, sob a presidência do carioca e ex-Presidente da nossa regional Dr. Omar Lupi. Ainda em 2010, teremos o DermaRio e o Congresso Brasileiro de Cirurgia Dermatológica, que também será presidido por um carioca o Dr. Sérgio Serpa.

Estaremos ao longo de toda nossa gestão inteiramente abertos a críticas e sugestões construtivas. Todos que estiverem dispostos a contribuir para o aprimoramento da SBDRJ são bem vindos.



PROTOTECCOSE CUTÂNEA:

Angela Fantin Ribeiro, Thiago Jeunon de Sousa Vargas, Lilian De Luca Maciel, Jeferson Carvalhaes de Oliveira, Maria Auxiliadora Jeunon Sousa

*Serviço de Dermatologia do
Hospital Geral de Bonsucesso.*

INTRODUÇÃO:

Prototecose é uma infecção rara, causada por algas aclo-rofílicas e aeróbicas do gênero *Prototheca*. Estes mi-croorganismos são freqüentemente encontrados no meio ambiente, em dejetos de animais e em alguns ali-mentos. Na maioria dos casos, a alga infecta o homem por inoculação traumática, acometendo principalmente indivíduos com algum grau de comprometimento imu-ne local ou sistêmico. Três formas clínicas de prototecose são conhecidas: a cutânea, que é a mais comum, a articular (bursite olecraneana) e a sistêmica ou dissemi-nada. Até o momento, cerca de 120 casos de proto-tecose humana foram relatados na literatura, dos quais seis são brasileiros.

RELATO DO CASO:

Paciente feminina, 73 anos, aposentada, natural de Portugal, residente em Duque de Caxias/RJ há 50 anos. Apresentava placa eritematosa bem delimitada, com ulcerações rasas, acometendo braço e antebraço direi-tos, com um mês de evolução. A paciente era previa-mente hígida e negava traumatismo recente, mas exi-bia pseudo-artrose do úmero direito há dois anos, após fratura.

O exame dermatológico revelou placa intensamente eri-tematosa, muito bem delimitada, com pequenas exulce-rações, acometendo o membro superior direito, predomi-nando na face anterior do antebraço (fig. 1). A região antecubital era poupada. Inicialmente, a hipótese diag-nóstica principal foi de eczema de contato. Foi realizada biópsia de pele que mostrou epiderme retificada com áreas de ulceração, reação granulomatosa em faixa na derme superficial com focos de supuração (fig. 2) e nu-merosos corpos hialinos arredondados, de tamanhos va-riados, dispostos freqüentemente em forma de roseta ou

mórula (figs. 3 e 4). Foi feito o diagnóstico de prototecose cutânea, confirmado pelo crescimento de *Prototheca wickerhamii* na cultura.

DISCUSSÃO:

São conhecidas cinco espécies de *Prototheca*, entretanto somente duas causam infecção em humanos: *P. wi-ckerhamii* e *P. zopfii*, sendo a primeira a mais comum e a isolada no nosso caso. Acredita-se que os pacientes pos-sam ser infectados por inoculação traumática ou por contato da fonte contaminante com pele lesada. O perí-odo de incubação não está bem documentado, mas es-pecula-se que varie de semanas a meses. Neste caso, não conseguimos identificar traumatismo recente na pa-ciente, embora houvesse história de fratura de úmero que evoluiu com seqüela funcional há dois anos. Acredi-tamos que o longo período de tempo entre o acidente e o desenvolvimento da infecção, torna improvável qual-quer associação causal. Também não identificamos ne-nhuma causa de imunossupressão, que na literatura é referida como fator predisponente.

Na forma cutânea da prototecose, vários padrões de le-são de pele já foram identificados, como vesicobolhas, úlceras, placas eritematosas, pústulas, pápulas, nódulos, lesões verrucosas, lesões herpetiformes ou pioderma-sí-mile. Como a ultrassonografia do cotovelo da paciente não mostrou sinais de bursite olecraneana, descartamos a forma articular da doença.

Histopatologicamente, a prototecose cutânea é caracte-rizada por infiltração granulomatosa e supurativa na derme, associada a esporos hialinos esféricos, que me-dem de 6-10 micrômetros de diâmetro e podem ser en-contrados tanto no interior de células gigantes como no meio extracelular. Há, também, esporângios de parede celular evidente, contento endosporos que podem con-tabilizar mais de vinte unidades, assumindo aspecto se-melhante à mórula. As estruturas coram-se positivamente pelo PAS e ficam impregnadas pelo Grocott.

RELATO DE CASO

Quanto ao tratamento, ainda não há um consenso sobre a melhor terapia para a prototecose. As drogas mais usadas são Anfotericina B, normalmente reservada para a forma disseminada, ou derivados imidazólicos, indicados em formas localizadas da doença. A duração do tratamento varia de dias a semanas. Intervenção cirúrgica pode ser realizada em lesões pequenas e localizadas. Em nosso caso, a paciente foi tratada apenas com Itraconazol 200 mg/dia por aproximadamente 4 meses com resolução das lesões.

CONCLUSÃO:

Prototecose cutânea é uma doença rara, que pode apresentar diferentes padrões de lesões de pele, dessa forma, deve ser incluída no diagnóstico diferencial de várias doenças. A histopatologia e a cultura confirmam o diagnóstico e o tratamento é realizado principalmente com derivados imidazólicos.

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



FIGURA 1

FIGURA 1: PLACA ERITEMATOSA E PEQUENAS EXULCERAÇÕES NA PORÇÃO FLEXORA DO BRAÇO E ANTEBRAÇO DIREITOS

FIGURA 2: REAÇÃO GRANULOMATOSA NA DERME SUPERFICIAL (HE 200X)

FIGURA 3: ESPOROS ESFÉRICOS E ESPORÂNGIOS CONTENDO ENDOSPOROS, COM ASPECTO SEMELHANTE À MÓRULA (HE 1000X)

FIGURA 4: ESTRUTURAS SEMELHANTES CORADAS PELO ÁCIDO PERIÓDICO DE SCHIFF (PAS 1000X)

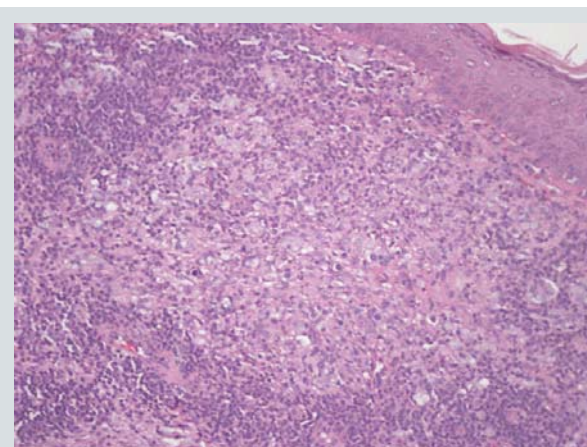


FIGURA 2

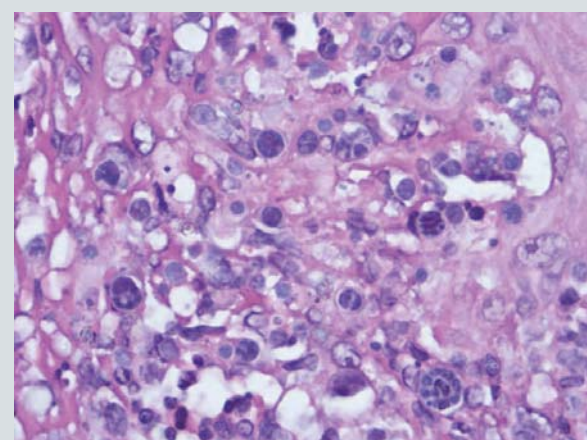


FIGURA 3

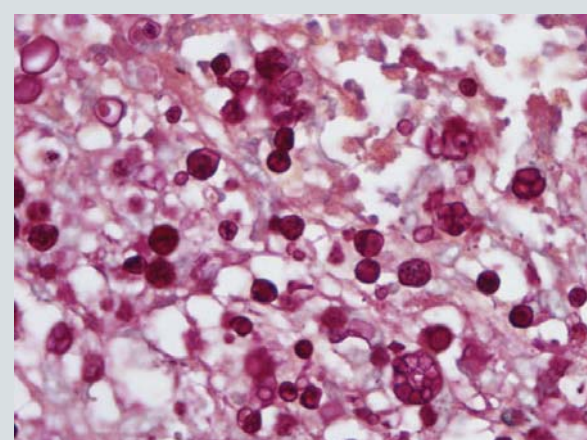


FIGURA 4

AMILOIDOSE SISTÊMICA ASSOCIADA A

Carolina Porto Cotrim; Thaís Harumi Sakuma; André Luiz Rocha Azevedo; Omar Lupi; Ricardo Barbosa Lima.

Hospital Universitário Gafrée e Guinle da UNI-RIO (Serviço de Dermatologia)

INTRODUÇÃO:

A Amiloidose se caracteriza pela deposição extracelular anormal de uma família de proteínas que compartilham a mesma ultra-estrutura fibrilar e propriedades comuns de coloração, incluindo a birrefringência verde-maçã na coloração Vermelho Congo sob a luz polarizada.

Pode ser dividida nas formas cutânea e sistêmica. A Amiloidose Sistêmica é sub-dividida em: (1) Primária, que na maioria dos casos está associada a Mieloma Múltiplo; (2) Secundária; e (3) Heredofamiliar.

A seguir relatamos 2 casos de Amiloidose Sistêmica Primária (ASP) associada a Mieloma Múltiplo (MM) em pacientes internadas na enfermaria de Clínica Médica, que foram diagnosticadas através de parecer da Dermatologia.

CASO 1:

Paciente feminina, 59 anos, negra, natural de Pernambuco e residente no Rio de Janeiro, relatava há 5 meses dor e edema nas articulações dos joelhos, mãos e ombros, associados a emagrecimento e aumento do volume da língua. A paciente era hipertensa, em hemodiálise há 1 ano.

Ao exame físico estava hipocorada, emagrecida, com edema nas articulações dos joelhos e interfalangeanas das mãos, e restrição da elevação dos membros superiores devido a dor nos ombros. Ao exame apresentava pápulas translúcidas confluentes bilaterais nas regiões

periorbitárias (Fig. 1) e lesões ceratósicas e hiperpigmentadas entre os quirodáctilos sugestivas de acantose nigricante. A língua estava aumentada, indurada e com indentações laterais (Fig. 2).

Os exames mostraram anemia normocítica e normocrômica; função renal alterada; hipercalcemia; hiperfosfatemia; hiperuricemia; LDH aumentado; proteínas totais aumentadas às custas de globulinas; eletroforese de proteínas sem alterações; imunoeletroforese com um pico de cadeias leves do tipo lâmbda; Beta-2 microglobulina aumentada; lesões líticas na crista ilíaca esquerda na radiografia de bacia e espessamento nas membranas sinoviais dos joelhos ao ultra-som. A função tireoidiana, FAN, FR e dosagem de crioglobulinas estavam normais.

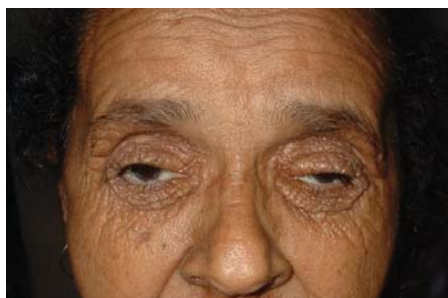
Foi realizada uma biópsia da língua, que revelou depósito de material amorfo e eosinofílico no córion (Fig. 3).

Baseado nos achados clínicos e laboratoriais foi formulada a hipótese de Amiloidose Sistêmica, sendo feito um aspirado de medula óssea que evidenciou uma infiltração de 90% por células plasmocitárias atípicas.

CASO 2:

Paciente feminina, 58 anos, parda, natural da Bahia e residente no Rio de Janeiro, relatava artralgia simétrica nos joelhos, cotovelos, ombros, e pequenas articulações das mãos, associada a emagrecimento de 10 kg em 6 meses. Negava doenças sistêmicas e há 2 meses encontrava-se em hemodiálise, devido a quadro de insuficiência renal de causa desconhecida.

Apresentava-se ao exame físico hipocorada, com lesões pápulo-nodulares na região central da língua (Fig. 4) e



CASO 1- (FIGURA 1) PÁPULAS TRANSLÚCIDAS CONFLUENTES PERIORBITÁRIAS



CASO 1 (FIGURA 2) - MACROGLOSSIA

MIELOMA MÚLTIPLO

discretas lesões de acantose nigricante-símile nas mãos. A articulação do joelho direito encontrava-se edemaciada e havia calor local.

Os exames realizados mostraram anemia normocítica e normocrômica; função renal alterada; hipercalcemia; hiperuricemia; proteínas totais aumentadas às custas de globulinas. A eletroforese de proteínas mostrou uma hipergamaglobulinemia monoclonal que a imunoeletroforese revelou tratar-se do tipo IgG-lâmbda. A dosagem da proteína de Bence Jones foi positiva e a de Beta 2-microglobulina estava aumentada. O ultra-som de abdômen mostrou hepatoesplenomegalia e a radiografia de crânio e úmero direito proximal evidenciaram lesões líticas. A função tireoidiana, FAN, FR, e dosagem de crioglobulinas estavam normais.

A biópsia da língua mostrou depósito de material amilóide, e o aspirado de medula óssea evidenciou uma infiltração por células plasmocitárias atípicas de 70%.

DISCUSSÃO:

Nos dois casos, o diagnóstico de ASP foi feito pela Dermatologia, que orientou a necessidade da investigação para a associação com o MM.

Mais da metade dos casos de ASP estão associados ao MM, porém somente 15 a 20% dos casos de MM desenvolvem ASP. A sobrevida na ASP diminui de 15 meses para 5 meses quando existe a associação com MM.

O tipo de amilóide envolvido na ASP é o tipo AL (amilóide advindo das cadeias leves das imunoglobulinas, L de light) e o depósito ocorre tipicamente na língua, coração, músculos, nervos, ligamentos, articulações, e na pele.

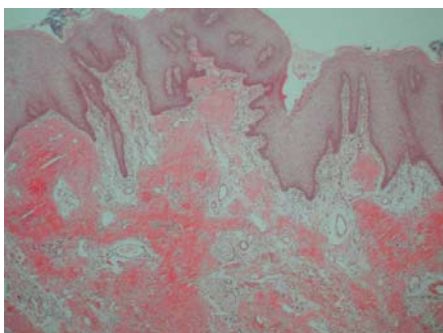
Perda de peso, fadiga e fraqueza são os sintomas iniciais mais freqüentes.

O acometimento da pele pode ocorrer em até 40% dos casos e se caracteriza por petéquias, púrpuras, equimoses, pápulas, nódulos, e placas translúcidas e amareladas em áreas flexurais (pálpebras, pescoço, axilas, virilhas, regiões retroauriculares e anogenital). A língua pode estar afetada em até 26% dos casos com macroglossia, pápulas, nódulos ou placas.

O tratamento, quando iniciado precocemente, pode aumentar a sobrevida do paciente em até 2 anos. Para os pacientes com menos de 70 anos com bom estado geral, o tratamento de escolha é o transplante autólogo de medula óssea. Nos casos apresentados, a primeira paciente evoluiu para óbito devido a um quadro de pneumonia e septicemia. A segunda paciente encontra-se com boa evolução, após o primeiro ciclo do esquema VAD (vincristina, doxorrubicina e dexametasona) e, posteriormente, será submetida a transplante autólogo.

Com o relato de dois casos, procuramos enfatizar a freqüência da associação da ASP com o MM, indicando a importância da investigação dessa doença nos pacientes com ASP. Ressaltamos que a exuberância das manifestações da primeira paciente facilitou o diagnóstico precoce da segunda paciente, possibilitando uma intervenção imediata, com melhor evolução e provável aumento da sobrevida.

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



CASO 1 (FIGURA 3) - DEPÓSITO DE AMILÓIDE NO CÓRION (COLORAÇÃO PELO VERMELHO CONGO)



CASO 2 – LESÕES PAPULO NODULARES NA LÍNGUA

XANTOMA ERUPTIVO: ABORDAGEM

Vinícius Matos, Daniel Guerra, Ludmilla Malveire,
Paulo A. Felix Oldani, Maria Rita Pereira.

*Hospital dos Servidores do
Estado do Rio de Janeiro*

Xantomas são lesões cutâneas decorrentes de depósitos de lípidos na pele (no estado esterificado ou não), livre ou dentro de células (*"foam cells"*), com causa ainda não totalmente esclarecida. Podem se manifestar por diversas maneiras, como pápulas, placas, tuberosidades, preferencialmente sobre tendões, face extensora de membros e pálpebra superior. A superfície amarelo-alaranjada é uma característica que lhe é peculiar. Morfologicamente, são classificados como xantomas eruptivos, tuberoso ou tuberoeruptivo, tendinosos, planos e verruciformes. Sua existência pode ser relacionada ou não à hiperlipidemias primárias ou secundárias. Em certas situações, podem estar associados a afecções sistêmicas importantes, como doença arterial coronariana (CAD), *lipemia retinalis* (LR), *diabetes mellitus* (DM), pancreatite, entre outras.

Existem fortes evidências que provam que o conteúdo lipídico das lesões de xantoma corresponderia ao perfil sérico lipoprotéico exibido pelo paciente, que vai ser ditado pelo seu hábito dietético e/ou sua carga genética, o que a torna uma doença complexa. As lipoproteínas, verdadeiros veículos lipídicos, diferem na predominância de seus núcleos. Triglicerídeos são mais detectados nos Quilomicrons (Qm) e VLDL's (*very-low-density lipoproteins*). Ésteres de colesterol dominam o núcleo dos LDL's (*low-density lipoproteins*), HDL's (*high-density lipoproteins*), remanescentes de Qm, além de serem vistos também nos VLDL's. Devido à complexidade do metabolismo das gorduras e as diversas combinações lipoprotéicas possíveis, usa-se a classificação de Lees & Frederickson (de 1965), um pouco modificada para os dias atuais, a fim de padronizar fenotipicamente os pacientes, visando uma melhor condução dos mesmos, possibilitando inferir, até, o provável traço genético que estaria contribuindo para a hiperlipidemia.

Os xantomas eruptivos (XE) aparecem como pápulas eritematosas, com pontilhados amarelados na superfície, geralmente de 1-4 mm de diâmetro, principalmente na face extensora de membros, cotovelos e mãos. Inicial-

mente, as lesões podem apresentar um halo inflamatório, devido ao seu componente triglicerídico, que pode ser acompanhado de dor e prurido discretos. O fenômeno de Koebner pode estar presente. Geralmente, esses pacientes exibem uma trigliceridemia de 3000 a 4000 mg/dl e podemos classificá-los, de acordo com Frederickson, como tipo I (Qm elevados), tipo IV (VLDL's elevados) ou tipo V (Qm e VLDL's elevados). Já são conhecidas várias razões para o aumento de tais gorduras no soro, entre elas, temos a falta de remoção das mesmas da circulação por deficiência da lipase lipoprotéica (insulino-dependente), que pode ser devido a um defeito da própria enzima ou de fatores controladores de sua função, como deficiência da Apoproteína CII e resistência insulínica. Outros motivos para a elevação lipídica sanguínea seria a produção hepática exacerbada por hipersensibilidade (hepatócito secretaria uma quantidade de lipoproteínas, entre elas o VLDL, maior do que a necessária para a homeostase, resultando numa hiperlipidemia padrão IV de Frederickson) e fatores ambientais, como obesidade, alta ingesta calórica, DM, abuso de álcool, reposição estrogênica, terapia com retinóides (Acitretina, Isotretinoína), ritonavir, levando, também, ao padrão IV de hiperlipidemia.

O relato do caso justifica-se por sua exuberância clínico-laboratorial e por sua raridade. Paciente masculino, melanodérmico, 28 anos, queixando-se de "caroços pelo corpo", de surgimento há seis meses. Ao exame, notavam-se, de maneira disseminada no tegumento, diversas pápulas eritematosas, com pontilhados amarelados, consistência firme e superfície brilhante, predominando na superfície extensora dos membros. Realizado biópsia com exame histopatológico, que revelou acúmulo dérmico de histiócitos com citoplasma abundante e vacuolizado (espumoso). Seus exames laboratoriais revelaram, no sangue, sobrenadante leitoso importante, com nível exagerado de lipemia, sendo triglicerídeos (TG) 11.500 mg/dl, colesterol total (colesterol-t) 2.069 mg/dl (tal colesterolmia não pôde ser fracionada por interferência do próprio sangue no equipamento), além de glicemia 400mg/dl, CKtotal 400U/L, LDH 2000U/L, TGP 374 U/L, FAL 206 U/L, Cr 1,7mg/dl. Em análise multidisciplinar, detectavam-se acometimentos ocular (Lipemia Retiniana – coloração branco-leitosa dos vasos retinianos, correspondendo ao

MULTIDISCIPLINAR



FIGURA 1 - XANTOMA ERUPTIVO - LESÕES DE COLORAÇÃO AMARELADAS DISSIMULADAS.



FIGURA 2 - LESÕES PAPULO-NODULARES DE SUPERFÍCIE AMARELO-ALARANJADA.

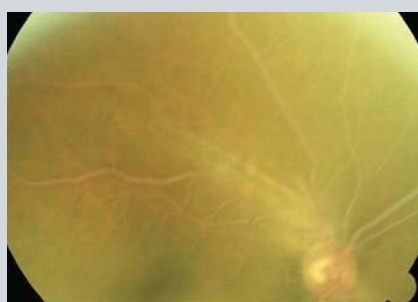


FIGURA 4 - LIPEMIA RETINIANA.



FIGURA 3 - PRESENÇA DE QUILOMICRON NO SORO ANTES DE INICIADO O TRATAMENTO.

elevado nível triglicéridico), neural (neuropatia diabética sensível nos 4 membros), cardiovascular (angina *pectoris* – forma estável), endocrinológico (DM - glicemia de 400 mg/dl), além de importante erro alimentar (elevada ingestão alcoólica, dieta hipercalórica).

A terapêutica ideal para o paciente foi planejada entre as especialidades envolvidas, levando em conta a urgência do quadro e a viabilidade dos fármacos no doente. Optou-se por dieta e medicação hipolipemiante (Ezetimibe, droga com menor efeito miotóxico), além de insulina.

Devido ao elevado custo do Ezetimibe e da dieta específica para seu caso, o paciente utilizou apenas insulina.

Ao retornar a consulta, apresentava, surpreendentemente, ótima resposta, com diminuição importante dos níveis lipêmicos, beirando a normalidade. A insulina atua apenas na redução dos triglicérides (pela estimulação da lipase sensível a hormônio), não justificando a redução do colesterol, o que nos leva a crer que o componente triglicéridico estaria aumentado isoladamente, interferindo na

mensuração dos outros componentes do sangue, os quais estariam falsamente elevados.

O sangue do nosso paciente foi colhido novamente após 3 meses de tratamento. Tal procedimento foi realizado no seu ambiente de trabalho, já que ele não retornou ao serviço para devido acompanhamento. Percebia-se sobrenadante lipídico muito menos denso, correspondendo ao seu novo perfil bioquímico, muito mais favorável. Infelizmente, o sangue foi colhido após alimentação (pós-prandial), por falta de colaboração do doente, com nível triglicéridico em 1.093 mg/dl, colesterol total em 225 mg/dl. Fazendo uma estimativa, em jejum, os triglicérides se encontrariam em torno de 400 mg/dl.

Portanto, devido ao caráter multissistêmico dessa doença e sua possível associação com hiperlipidemia grave, é imprescindível avaliação multidisciplinar do paciente a fim de evitar a elevada e precoce morbidade do quadro.

LESÕES PIGMENTADAS

De acordo com a abordagem dermatoscópica em duas etapas das lesões pigmentadas, devemos como primeiro passo diante de uma lesão suspeita é saber caracterizá-la como melanocítica ou não melanocítica. Os critérios para lesão melanocítica são: rede pigmentada, estrias radiadas, glóbulos agregados, áreas azuis homogêneas (nevo azul) e padrão paralelo (região palmo-plantar). Na ausência de qualquer um desses achados, devemos continuar nosso exame a procura dos critérios bem conhecidos encontrados em lesões cuja linhagem celular não é melanocítica, são elas: ceratose seborréica, carcinoma basocelular, angioma, dermatofibroma e outras. É cada vez mais freqüente na literatura a descrição de novos padrões dermatoscópicos característicos de outras lesões tumorais como p.ex: doença de Bowen, acantoma de células claras, poroma écrino, ceratoacantoma, etc.

Devido a ampla gama de apresentações clínico-patológicas, os aspectos dermatoscópicos da ceratose seborréica são muito variados e podem mimetizar diversas outras doenças, inclusive lesões melanocíticas. Existe uma máxima que diz que “a ceratose seborréica está para a dermatoscopia, assim como a sífilis está para a dermatologia”. Em sua forma clássica, ela é caracterizada pela ausência de critérios para lesão melanocítica e a presença de diversos pseudo-comedões e pseudo-cistos. Em formas mais superficiais, geralmente oriundas dos lentigos solares, observamos o padrão em impressão digital. Conforme a lesão vai se tornando mais espessa, podemos encontrar o padrão cerebriforme, com sulcos e giros. (Figuras 1 e 2)

Assim como a ceratose seborréica, o carcinoma basocelular (CBC) também possui diversas formas de apresentação clínico-dermatoscópica e histopatológica. Nas lesões pigmentadas, os aspectos mais característicos são: ninhos ovóides, estruturas em folha do bordo e áreas radiadas. Outra grande característica dermatoscópica do CBC é a presença de telangiectasias arboriformes. Seu reconhecimento é de grande valia principalmente para realização do diagnóstico diferencial de lesões incipientes. Os vasos do CBC são muito superficiais e, portanto, bastante nítidos. À dermatoscopia se caracterizam por cruzarem todo o tumor e por possuírem o tronco principal de diâmetro maior, com ramificações menos espessas (arboriforme). Outro achado freqüente no CBC, assim como em outras neoplasias, são as áreas de ulceração. (Figuras 3 e 4)

O diagnóstico clínico do dermatofibroma, devido a sua localização mais freqüente nos membros e o aspecto de tumor “em pastilha” à palpação, geralmente, é feito sem grandes dificuldades. À dermatoscopia seu aspecto característico é o de placa branca central e fina rede pigmentada periférica. Em algumas lesões (aproximadamente 40%), no meio da placa branca central, podemos encontrar estruturas arredondadas semelhantes a glóbulos. Através da correlação histopatológica obtida com a microscopia confocal a laser foi recentemente demonstrado que esses glóbulos são na verdade estruturas anelares que correspondem a áreas de retração da derme papilar, que ocorre durante a formação do tumor. (Figura 5)

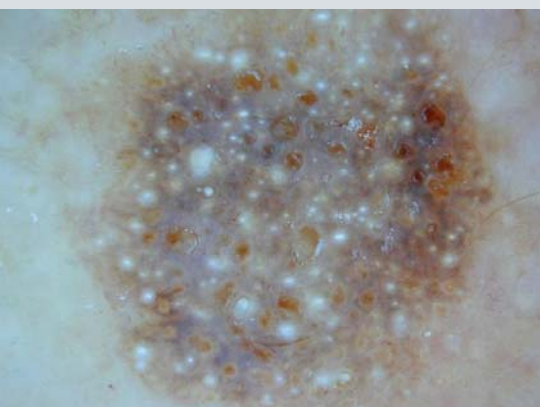


FIGURA 1



FIGURA 2

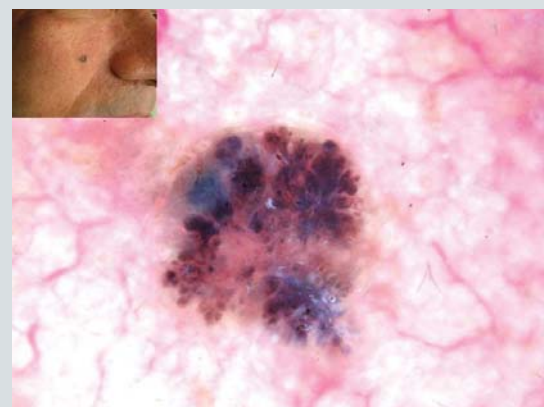


FIGURA 3

NÃO MELANOCÍTICAS

De forma geral os angiomas à dermatoscopia apresentam padrão lacunar formado pelos lagos venosos correspondentes às ectasias vasculares. O aspecto mais característico é semelhante ao de uma amora, onde as traves fibrosas de coloração esbranquiçada são responsáveis pelo delimitamento dos lagos venosos. Apesar de serem lesões vasculares, paradoxalmente, não conseguimos identificar vasos em sua superfície. A grande dificuldade no diagnóstico dessas lesões ocorre quando elas estão trombosadas, o que confere uma coloração enegrecida. A diferenciação dessas lesões, principalmente quando únicas, de um melanoma é muito difícil de ser feita. (Figura 6)

Diferenciar as lesões cutâneas pigmentadas não melanocíticas das melanocíticas, por mais óbvio que possa parecer à primeira vista, nem sempre é tarefa fácil. Para o iniciante, caso consiga completar esse primeiro estágio da abordagem em duas etapas, considere-o como um grande passo no sentido de por em prática, com convicção, os novos conhecimentos adquiridos.

Carlos Barcaui

DICAS ÚTEIS:

- Os pseudo-cistos e os pseudo-comedões não são exclusivos das ceratoses seborreicas e podem ser vistos em carcinomas basocelulares, nevus melanocíticos e no melanoma.
- Infelizmente, os tumores não lêem os nossos livros! Aproximadamente 7% das ceratoses seborreicas podem apresentar áreas de rede pigmentada, que é um critério, a princípio, exclusivo das lesões melanocíticas.
- Mãos Leves!!! Ao examinar uma lesão suspeita de carcinoma basocelular é fundamental que não se aplique muita pressão com o dermatoscópio, afim de evitar o colabamento das telangiectasias arboriformes. O gel de ultrassom, por possuir uma viscosidade maior do que o óleo e o álcool gel, é mais recomendado.

FIGURA 1 – CERATOSE SEBORÉICA. NOTAM-SE MÚLTIPLOS PSEUDO-CISTOS (ESTRUTURAS BRANCO-AMARELADAS BRILHANTES) E PSEUDO-COMEDÕES, E A AUSÊNCIA DE OUTROS CRITÉRIOS PARA LESÃO MELANOCÍTICA. (10X)

FIGURA 2 – CERATOSE SEBORÉICA EXIBINDO PADRÃO CEREBRIFORME DE SULCOS E GIROS. (10X)

FIGURA 3 – CARCINOMA BASOCELULAR PIGMENTADO. OBSERVA-SE AS ESTRUTURAS EM FORMATO DA FOLHA DE BORDO (BANDEIRA DO CANADÁ) E NINHOS OVÓIDES, CORRESPONDENTES AS MASSAS DE CÉLULAS TUMORAIS PIGMENTADAS. (10X)

FIGURA 4 – CARCINOMA BASOCELULAR NODULAR NÃO PIGMENTADO. EM LESÕES DESPROVIDAS DE PIGMENTO, O PADRÃO VASCULAR APRESENTADO É DETERMINANTE PARA O DIAGNÓSTICO. REPARAR QUE OS VASOS SÃO BEM NÍTIDOS E ATRAVESSAM TODO O TUMOR, ALÉM DO CARACTERÍSTICO ASPECTO ARBORIFORME, ONDE OS GALHOS SÃO MAIS FINOS DO QUE O TRONCO DA ÁRVORE. (10X)

FIGURA 5 – DERMATOFIBROMA EXIBINDO PLACA BRANCA CENTRAL E REDE PERIFÉRICA. NO MEIO DA PLACA BRANCA OBSERVAMOS ESTRUTURAS SEMELHANTES A GLÓBULOS, QUE REPRESENTAM ÁREAS DE RETRAÇÃO DA DERME PAPILAR, QUE OCORRE DURANTE A FORMAÇÃO DO TUMOR. (10X)

FIGURA 6 – ANGIOMA APRESENTANDO ASPECTO DE AMORA, COM LAGOS VENOSOS INDIVIDUALIZADOS POR TRAVES FIBROSAS ESBRANQUIÇADAS. (10X)



FIGURA 4

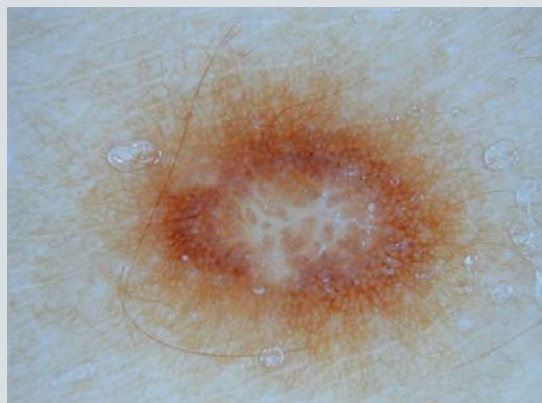


FIGURA 5

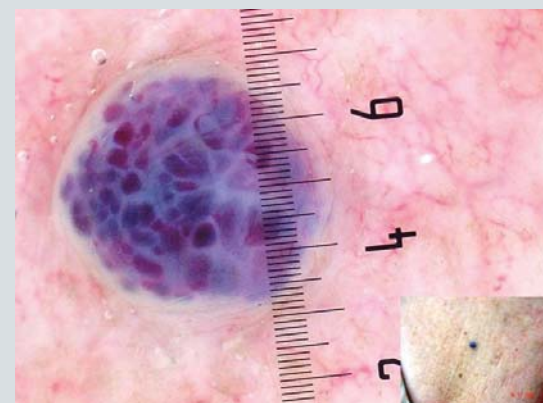


FIGURA 6

COLUNA ETHOS

A Comissão de Revisão do Estatuto da SBD, da qual faço parte junto com os Profs. Sampaio, Nelson Proença, Célia Kalil e José Ramon, deu um passo extremamente importante para que o associado possa contribuir, sugerindo alterações estatutárias para as atualizações que ainda se fazem necessárias após a introdução do novo Código Civil. Em um primeiro momento, nos reunimos em São Paulo, analisando detalhadamente todos os artigos e parágrafos, sugerimos as mudanças e, posteriormente, submetemos esta proposta ao departamento jurídico da SBD. Desta forma, após reunião durante o Congresso em Fortaleza, ficou decidido que, este material permanecerá no site da SBD pelo prazo de 45 dias, para todos os associados opinarem, enviando emendas e/ou adendas por email. As sugestões serão analisadas por esta Comissão e depois encaminhadas para a diretoria da SBD que convocará uma assembléia geral extraordinária, quando se dará a votação e aprovação do novo estatuto. Registrar que a condição "quorum" já foi alterada na AGO de 10/09/2008 durante o 63º Congresso da SBD. Os Presidentes das Regionais também foram solicitados a estimularem esta discussão.

Outro assunto que nos motivou bastante foi a evolução positiva de um manifesto envolvendo as Sociedades de Cirurgia Plástica, Endocrinologia e a Dermatologia do Rio de Janeiro, que recebeu apoio do CREMERJ no entendimento da divulgação de uma especialidade não reconhecida pelo CFM/AMB, a chamada medicina estética. Estaremos desenvolvendo políticas esclarecedoras, inicialmente junto aos nossos próprios colegas dermatologistas que praticam a cosmetologia para que, nos seus créditos, usem sempre o conceito DERMATOLOGIA COSMÉTICA, ou DERMATOLOGIA COSMIÁTRICA, abolindo qualquer outra terminologia.

Finalmente, aqueles que estão ligados a prestadoras de saúde, mantenham-se atentos, pois a data da implantação eletrônica da TISS está se aproximando, embora poucos colegas estejam preparados em seus consultórios, certamente confiantes no adiamento desta exigência. Até o momento a ANS não se pronunciou oficialmente. Informaremos através de *newsletter*.

Abdiel Figueira Lima

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

SILIMED

Há 30 anos transformando sonhos.

MATRIDEX®

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

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

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE

Inovação solar anti-brilho
para pele oleosa

INOVAÇÃO SOLAR ANTI-BRILHO

ANTHELIOS AC
Hélioblock®
Fluide Extrême FPS 40
Com água termal da La Roche-Posay

Alta proteção solar: FPS 40 / UVA Ultra
Textura desenvolvida para pele oleosa
ou acnéica



LA ROCHE-POSAY. A EXIGÊNCIA DERMATOLÓGICA.

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

OUTUBRO 2008

- | | |
|-----------|--|
| 8 a 11 | XVII Congresso Ibero Latino americano de Dermatologia
Quito |
| 16 a 18 | IV Congresso Latino-Americano de Fotobiologia e Fotomedicina
Centro de Eventos da PUCRS – PA |
| 18 | Dia do Médico |
| 29 | Dia Nacional da Psoríase
Cinelândia
Reunião Mensal
Colégio Brasileiro de Cirurgiões |
| 30 a 1/11 | 12ª Reunião Anual da Associação dos Dermatologistas da UERJ
Prof. Jarbas Porto
Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) |

NOVEMBRO 2008

- | | |
|---------|--|
| 8 | Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele |
| 26 | Reunião Mensal
Colégio Brasileiro de Cirurgiões |
| 28 e 29 | 2º Simpósio de Dermatologia Cosmiátrica e 4º Curso de Atualização em Laser da SBD-RJ
Windsor Barra Hotel & Congressos |
| 29 | Festa de Confraternização, Posse Nova Diretoria 45 anos da SBD-RJ
Marina Barra Clube |

DEZEMBRO 2008

- | | |
|-------|---|
| 4 a 6 | Radesp
The Royal Palm Plaza Resort
Campinas |
| 5 a 7 | XXVII Jornada Norte Nordeste de Dermatologia e XVI Jornada Baiana de Dermatologia
Hotel Golf & Spa - Saúpe - Bahia |
| 10 | Reunião Mensal
Colégio Brasileiro de Cirurgiões |



PRIMEIRO E ÚNICO RECEPTOR SOLÚVEL DO TNF HUMANO.¹

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

SÓ ENBREL®

- Mecanismo de ação exclusivo.^{1,3-5}
- Eficácia comprovada no retratamento.⁶
- O índice de eventos adversos graves foi comparável ao do placebo em pacientes tratados com Enbrel® em até 8 anos.⁷
- Eficácia sustentada sem necessidade de aumento de dose.^{1,8}
- Mais de 15 anos de experiência clínica.⁹



Referências Bibliográficas: 1. Enbrel Summary of Product. 2. Goffe B, Cather JC. Etanercept: An overview. J Am Acad Dermatol. 2003;49:S105-11. 3. Bula do produto Remicade. 4. Bula do produto Humira. 5. Bula do produto Raptiva. 6. Gordon K, Gottlieb A, Leonardi C, et al. Clinical response in psoriasis patients discontinued from and then reinitiated on etanercept therapy. J Dermatol Treat. 2006a;17:9-17. 7. Weinblatt ME, Genovese MC, Moreland LW, et al. Efficacy and safety of over 8 years of Etanercept (Enbrel®) therapy in North American patients with early and long-standing rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. Poster presented at the American College of Rheumatology Annual Scientific Meeting, November 13-17, 2005; San Diego, CA. 8. Frigg KA, Tying S, Lahti M, Prinz J, Griffiths CE, Nakashima AM, et al. A global phase II randomized controlled trial of etanercept in psoriasis: safety, efficacy, and effect of dose reduction. Br J Dermatol. 2005;152:1304-12. 9. Yamauchi PS, Gindl V, Lowe N. The treatment of psoriasis and psoriatic arthritis with etanercept: practical considerations on monotherapy, combination therapy, and safety. Dermatol Clin. 2004;44B:459.

Enbrel® etanercept. APRESENTAÇÃO COMERCIAL. Cartucho contendo 4 estojos, unidos 2 a 2. Cada estojo contém 1 frasco-ampola com 25 mg ou 50 mg de pó liofilizado. 1 seringa preenchida com 1 ml de água para injeção (diluyente), 1 agulha, 1 adaptador e 2 lenços umedecidos com álcool. **INDICAÇÕES:** Redução dos sinais e sintomas e inibição da progressão do dano estrutural em pacientes com artrite reumatóide ativa moderada a severa. Tratamento da artrite crônica juvenil em curso poliartricular em menores com idade entre 4 a 17 anos que apresentaram resposta insatisfatória a um ou mais DMARDs (drugs modificadores do curso da doença). Redução dos sinais e sintomas em pacientes com espondilite anquilosante ativa. Inibição do dano estrutural e na redução de sinais e sintomas de pacientes com artrite psoriásica. Tratamento de pacientes adultos (18 anos ou mais) com psoríase crônica em placas moderada a severa. Pode ser usado isolado ou em associação ao metotrexato em pacientes adultos que não respondem satisfatoriamente à monoterapia com metotrexato. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade ao etanercepte ou a qualquer componente da formulação do produto e em pacientes com infecção generalizada ou em risco de desenvolvê-la. O tratamento não deve ser iniciado em pacientes com infecções ativas sérias, incluindo infecções crônicas ou localizadas. **PRECAUÇÕES:** Foram relatadas reações alérgicas associadas à administração de Enbrel® (etanercepte). Caso ocorra alguma reação alérgica, procure seu médico imediatamente. **ADVERTÊNCIAS:** Imunossupressão: existe a possibilidade das terapias anti-TNF, incluindo o Enbrel® (etanercepte), comprometerem a defesa do hospedeiro contra infecções e doenças malignas, pois o TNF é responsável pela mediação da inflamação e pela modulação de respostas imunológicas celulares. No período pós-comercialização, vêm sendo recebidos relatos de doenças malignas em diversos órgãos. Ainda não se sabe ao certo qual o impacto do tratamento com etanercepte sobre o desenvolvimento e a progressão das doenças malignas e infecções ativas e/ou crônicas. **Reações hematológicas:** foram relatados casos incomuns de trombocitopenia ($\geq 0,1\%$ e $< 1\%$), raros de pancitopenia ($\geq 0,01\%$ e $< 0,01\%$) e muito raros de anemia aplásica ($< 0,01\%$), dos quais alguns evoluíram para óbito, em pacientes tratados com etanercepte. Deve-se ter cuidado com pacientes que tenham história progressiva de discrasias sanguíneas. Todos os pacientes devem ser orientados a procurar aconselhamento médico imediatamente caso desenvolvam sinais e sintomas sugestivos de discrasias sanguíneas ou infecções (por ex.: febre persistente, dor de garganta, hematomas, sangramento, palidez) durante o tratamento. Se as discrasias sanguíneas forem confirmadas, etanercepte deve ser descontinuado. **Formação de auto-anticorpos:** o tratamento com etanercepte pode estar associado à formação de anticorpos auto-imunes (ver Reações Adversas). **Vacinações:** vacinas com microrganismos vivos não devem ser administradas concomitantemente a este medicamento. Se possível, atualizar as vacinações dos pacientes pediátricos de acordo com as normas locais atuais antes do início da terapia. **Eventos do Sistema Nervoso Central (SNC):** ocorreram relatos raros de distúrbios desmielinizantes do Sistema Nervoso Central (SNC) em pacientes tratados com Enbrel® (etanercepte), porém ainda não se sabe ao certo qual a relação causal com o tratamento com etanercepte. Recomenda-se uma avaliação cuidadosa da relação risco/benefício ao prescrever este medicamento a pacientes com doença desmielinizante do SNC preexistente ou de início recente ou aqueles pacientes considerados como tendo um risco aumentado de desenvolver distúrbios desmielinizantes. **Distúrbios cardíacos:** houve relatos pós-comercialização de piora da insuficiência cardíaca congestiva (ICC), com e sem a identificação dos fatores precipitantes, em pacientes que recebem Enbrel® (etanercepte). Embora não sejam conclusivos, os dados de um estudo clínico sugerem uma possível tendência à piora da ICC nos pacientes designados para o tratamento com etanercepte. Recomenda-se cautela ao usar este medicamento em pacientes que também sofrem de ICC. **Infecções:** os pacientes devem ser avaliados para infecções antes, durante e depois do tratamento com Enbrel® (etanercepte), levando-se em consideração que a meia-vida média de eliminação do etanercepte é de 80 horas. **Tuberculose (TB):** antes do início da terapia com Enbrel® (etanercepte), qualquer paciente com risco aumentado de TB deve ser avaliado para infecção ativa ou latente. A profilaxia de TB latente deve ser iniciada antes da terapia com Enbrel® (etanercepte). As diretrizes locais aplicáveis devem ser consultadas. Os pacientes com AFI parecem ter uma taxa aumentada de TB latente. Não se sabe se a terapia com Enbrel® (etanercepte) aumenta esse risco. **Reativação do vírus da Hepatite B:** foi relatada reativação do vírus da hepatite B (HBV) em pacientes portadores crônicos desse vírus e que recebem agentes anti-TNF, incluindo etanercepte. Embora não se tenha estabelecido uma relação causal com o etanercepte, deve-se ter cautela ao administrar o etanercepte para pacientes identificados como portadores do HBV. Se o etanercepte for utilizado em portadores do HBV os pacientes devem ser monitorados para sinais e sintomas de infecção ativa pelo HBV. **Piora da Hepatite C:** há relatos de piora da hepatite C em pacientes que receberam o etanercepte, embora não se tenha estabelecido uma relação causal com o etanercepte. **Gestidez:** somente utilize Enbrel® (etanercepte) se for realmente necessário e sob estrita orientação médica. **Lactação:** não se sabe se etanercepte é excretado no leite materno. Como as imunoglobulinas e muitos outros medicamentos podem ser excretados no leite materno, deve-se optar entre descontinuar a amamentação ou descontinuar Enbrel® (etanercepte) durante o período de amamentação. **Uso pediátrico:** não há estudos sobre o uso de Enbrel® (etanercepte) em crianças com menos de 4 anos de idade. **Uso em idosos:** não se recomenda ajuste posológico específico. **Efeitos sobre a capacidade de dirigir veículos e operar máquinas:** não foram realizados estudos sobre este tipo de efeito. **REAÇÕES ADVERSAS:** Pacientes adultos: a proporção de descontinuação do tratamento devido a reações adversas nos estudos clínicos controlados em pacientes com artrite reumatóide foi semelhante ao grupo placebo. **Reações no local da administração:** em estudos clínicos controlados, os pacientes tratados com Enbrel® (etanercepte) apresentaram incidência significativamente maior de reações no local da administração (eritema e/ou prurido, dor ou inchaço) e formação de auto-anticorpos do que os que receberam placebo. A frequência de reações no local da administração foi maior no primeiro mês, diminuindo posteriormente. Na experiência pós-comercialização, também foram observados febre, sangramento e hematomas no local da administração do tratamento com Enbrel® (etanercepte). **Infecções:** nos estudos controlados em pacientes com artrite reumatóide, as taxas relatadas de infecções sérias (fatais, que resultaram em risco de vida ou que necessitaram de hospitalização ou antibioticoterapia intravenosa) e não-sérias foram semelhantes para os grupos tratados com Enbrel® (etanercepte) e placebo, quando ajustadas de acordo com a duração da exposição. Infecções do trato respiratório superior foram as infecções não-sérias mais frequentemente relatadas. Os dados de um estudo clínico em pacientes com septicemia estabelecida sugerem que o tratamento com etanercepte pode aumentar a mortalidade nesses pacientes. Foram relatadas infecções sérias e fatais. Entre os patógenos mencionados estão bactérias, micobactérias (incluindo a da tuberculose), vírus e fungos. **Câncer:** a frequência e incidência de novas doenças malignas, observadas nos estudos clínicos com Enbrel® (etanercepte), foram semelhantes às esperadas nas populações estudadas. Durante o período de pós-comercialização, foram recebidos relatos de doenças malignas afetando diversos locais. **Pacientes pediátricos:** em geral, os eventos adversos em pacientes pediátricos apresentaram frequência e tipo semelhantes aos observados em adultos. Os pacientes com artrite crônica juvenil tratados com Enbrel® (etanercepte) apresentaram incidência significativamente maior de reações no local da administração (eritema e/ou prurido, dor ou inchaço) do que os pacientes tratados com placebo em estudos clínicos controlados. Infecção foi o evento adverso mais comum em pacientes pediátricos tratados com Enbrel® (etanercepte), tendo ocorrido com incidência semelhante à observada no grupo placebo. Os tipos de infecções relatadas em pacientes com artrite crônica juvenil foram, em geral, leves e compatíveis com os frequentemente observados em populações de pacientes pediátricos ambulatoriais. Em estudos clínicos, foram relatados dois casos de varicela com sinais e sintomas sugestivos de meningite asséptica entre os pacientes com artrite crônica juvenil tratados com etanercepte. **INTERAÇÕES:** Em estudos clínicos envolvendo pacientes adultos com artrite reumatóide, não foram observadas interações ao se administrar Enbrel® (etanercepte) com glicocorticóides, salicilatos, anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs), analgésicos ou metotrexato. O metotrexato não altera a farmacocinética de Enbrel® (etanercepte). Evitar o uso associado de Enbrel® (etanercepte) e anakinra, pois ocorre risco aumentado de infecções sérias e neutropenia. Pacientes que usavam sulfassalazina com dose estabelecida na qual acrescentou-se etanercepte, apresentaram diminuição da contagem média de leucócitos, quando comparado aos medicamentos utilizados isoladamente. Não foram observadas interações farmacocinéticas clinicamente significativas nos estudos com digoxina e varfarina. **POSOLÓGIA:** **Uso em adultos (com 18 anos ou mais):** **Artrite Reumatóide, Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica:** a dose recomendada é de 50 mg de Enbrel® (etanercepte) por semana (em uma injeção subcutânea utilizando uma seringa de 50 mg ou em duas injeções subcutâneas de 25 mg administradas no mesmo dia, em locais separados ou com 3 a 4 dias de intervalo). **Posologia em Placas:** A dose de Enbrel® (etanercepte) é de 50 mg por semana (em uma injeção subcutânea utilizando uma seringa de 50 mg ou em duas injeções subcutâneas de 25 mg administradas no mesmo dia, em locais separados ou com 3 a 4 dias de intervalo). Respostas maiores podem ser obtidas com tratamento inicial por até 12 semanas com a dose de 50 mg duas vezes por semana. **Uso em menores (> 4 e < 18 anos):** A dose recomendada para pacientes pediátricos com ACJ poliartricular é de 0,8 mg/kg de Enbrel® (etanercepte) por semana (até o máximo de 50 mg por semana). A dose permitida em um único local de aplicação em pacientes pediátricos é de 25 mg. Portanto, para pacientes pediátricos com mais de 31 kg, a dose semanal total deve ser administrada em uma injeção subcutânea utilizando uma seringa de 50 mg ou em duas injeções subcutâneas de 25 mg administradas no mesmo dia, em locais separados ou com 3 a 4 dias de intervalo. Enbrel® (etanercepte) não foi estudado em crianças com menos de 4 anos de idade. **Uso em pacientes idosos e em pacientes com insuficiência renal e hepática:** Não é necessário ajuste de dose. **Modo de administração:** deve ser administrado por via subcutânea na coxa, abdômen ou braço. Alternar os locais de administração. A cada nova aplicação, usar um local diferente a pelo menos, 3 cm de um local anterior. Não aplicar a injeção em áreas em que a pele estiver sensível, com hematoma, avermelhada ou endurecida. Na ausência de estudos de incompatibilidade, Enbrel® (etanercepte) não deve ser misturado a outros medicamentos. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Registro MS - 1.210.0206. Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação: Wyeth Indústria Farmacêutica Ltda. - Rua Dr. Renato Paes de Barros, 1017 - 10º andar - Itaim Bibi, São Paulo - CEP 04530-001. Para informações completas, consultar a bula do produto. ENB0507CDS1314.

SQC
08000-160625
sacwy@wyeth.com

Wyeth Indústria Farmacêutica Ltda

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

Wyeth