

RIODERMATOLOGICO

Arte e Dermatologia III

Os Novos Caminhos da
Cosmiatria e Laser

O Silêncio dos Bons

Sumário

03 Editorial

Carta do Presidente

04 Sinais

Jubileu de prata da AEAPA

13ª Jornada de Dermatologia
do Hospital Marcílio Dias

Mudança da língua oficial dos ABD

Campanha da Psoríase

Rio de Janeiro sedia a 9ª Conferência
Brasileira sobre Melanoma

08 Momento de Reflexão

09 Dermadicas

10 Entrevista

12 Retrovisor

Arte e Dermatologia III

14 Caso em Destaque

Paracoccidiodomicose Sarcoídica

16 Caso em Destaque

Donovanose: relato de um caso

18 Caso em Destaque

Coinfecção HIV e M. leprae: Síndrome
Inflamatória de Reconstituição Imune

21 Ethos

O Silêncio dos Bons

23 Agenda



LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

ULTRA PROTEÇÃO SOLAR COM DUPLA AÇÃO ANTIBRILHO

ANTHELIOS AC
FLUIDE EXTREME

Ultra proteção UVB/UVA
Dupla ação antibrilho: antioleosidade e antiiumidade
Textura toque seco

Em 3 versões
FPS 40/PPD 25
FPS 40 com Cor/PPD 22
FPS 40/PPD 41

Antioleosidade
2
DUPLA AÇÃO
ANTIUMIDADE

LA ROCHE-POSAY
ANTHELIOS AC
FLUIDE EXTREME
40
FPS 40/PPD 25
FPS 40 com Cor/PPD 22
FPS 40/PPD 41

Acabe: www.portaldodermatologista.com.br
LA ROCHE-POSAY. A EXIGÊNCIA DERMATOLÓGICA.



Prezados Associados,

Voltamos recentemente do Congresso da SBD em Florianópolis, onde também trabalhamos com afinco para promover o 5º Simpósio de Cosmiatria e Laser a ser realizado nos dias 11 e 12 de novembro próximo. A importância deste evento fica demonstrada no fato de a nossa regional ter levado as funcionárias Kelli e Patrícia, que, diga-se de passagem, fizeram um excelente trabalho. A receptividade foi ótima tanto de parte de nossos tradicionais parceiros quanto da adesão de novos. Contamos com a participação de você, Associado, para abrilhantarmos este já tradicional evento de nosso calendário anual. Inscreva-se através de nosso site!

Estivemos presentes e participantes na reunião do Conselho Deliberativo e das principais decisões lá tomadas. Ficou estabelecido que o Dr. Gilvan Ferreira Alves será o presidente do congresso de 2013 em Brasília e que o de 2014 será em Recife. Em relação à polêmica decisão de os *Anais Brasileiros de Dermatologia* se converterem em um periódico de língua inglesa, ficou bem clara a irreversibilidade do processo, o que foi muito bem justificado pelos atuais editores com os seguintes argumentos: maior possibilidade de troca de informações científicas entre os autores globalmente (motivo pelo qual lutamos por tantos anos pela indexação ao Medline), maior banco de revisores/pareceristas e, ainda, como consequência inevitável, maior visibilidade internacional do nosso periódico e da Dermatologia Brasileira. Além disso, devido a novos instrumentos que facilitam a leitura do periódico (e-book, pdf, com a versão completa na língua portuguesa), os colegas que não dominam a língua inglesa terão o acesso garantido e ainda com a grande vantagem de tê-lo em primeira mão (cerca de quatro semanas antes da revista impressa chegar à casa dos associados).

Outro ponto que mudará para melhor será as pesquisas bibliográficas para todos associados, inclusive com acesso a

mídias impressas como o *Journal of the American Academy of Dermatology*, entre outras. A parceria firmada entre a Biblioteca da SBD e o portal Campus Rima (www.rima.org) disponibilizará mais de 2.200 revistas internacionais de 54 especialidades médicas. Vimos como de grande importância este convênio e já iniciamos contato para convidar um representante deste portal para melhor explicar a sua potencialidade aos nossos associados; provavelmente na reunião mensal de novembro.

Gostaríamos de agradecer à Comissão Organizadora e, em especial, ao presidente Dr. Roberto Moreira Amorim Filho, em nome de todos os associados presentes ao 66º Congresso da Sociedade Brasileira de Dermatologia, a excelência científica, organizacional e social do evento.

“Como é grande o meu amor por você”, foi este o título da matéria que homenageou o Prof. Azulay, patrono da atual gestão, por ocasião do jubileu de prata da AEAPA (Associação dos Alunos e Ex-Alunos do Prof. Azulay). Com texto absolutamente coerente com o título, a redatora Erika Drumond e o Coordenador Médico demonstraram rara sensibilidade. Confira a matéria no Jornal da SBD, edição julho/agosto.

Reiteramos a importância da sua importante presença em nossas reuniões mensais onde muito se aprende quer seja pelas brilhantes apresentações de nossos pós-graduandos quer seja pelas quase sempre excelentes palestras, além dos importantes informes e discussões associativas.

Abraços afetuosos.

David R. Azulay

Presidente

RIO DERMATOLOGICO

Presidente **David Azulay** • Vice-presidente **Flávia Cássia**

Secretária Geral **Maria Fernanda Gavazzoni** • Secretário de Sessões **Carlos Martins** • Tesoureiro **Fabiano Leal** • Assessores de Diretoria **João Carlos R. Avelleira** e **Egon Daxbacher** • Coordenador Médico da Mídia Eletrônica **Ivan Semenovich** • Conselho Consultivo | Membros Vitalícios **Abdiel Figueira Lima**, **Absalom Lima Filgueiras**, **Aloysio Pacheco Argollo**, **Carlos Baptista Barcaui**, **Celso Sodré**, **Danilo Vicente Filgueiras**, **Gabriela Lowy**, **José Moreira Carrijo**, **José Ramon Varela Blanco**, **Luna Azulay Abuláfia**, **Manoel Paes de Oliveira Neto**, **Manoel Sternick**, **Márcia Ramos-e-Silva**, **Marcus Achiamé Periassú**, **Maria de Lourdes Viegas**, **Omar Lupi** e **Rene Garrido** | Membros Provisórios **Luna Azulay Abuláfia**, **Celso Tavares Sodré**, **Carlos Baptista Barcaui**, **Ana Maria Mosca de Cerqueira**, **Gabriela Lowy**, **Márcia Ramos-e-Silva**, **Marcio Soares Serra**, **José Ramon Varela Blanco**, **Abdiel Figueira Lima**, **Francisco Burnier C. Pereira**, **Antonio Macedo D'Acri**, **Cláudia Pires Amaral Maia**, **João Carlos Avelleira**, **Fabiano Roberto P. de Carvalho Leal** e **Arles Martins Brotas** | Suplentes **Sueli Coelho da Silva Carneiro**, **Maria Fernanda Reis Gavazzoni Dias**, **Regina Casz Schechttman**, **Fabício Lamy** e **Paulo Antônio Oldani Felix** • Comissão de Ética e Defesa Profissional **Alice Bouçard**, **Altiva Lobão Salgado**, **Rosane Ferreira Alves** e **Sérgio Soares Quinete** • Comissão Editorial **Diretoria da SBD RJ** e **João Carlos R. Avelleira** • Produção **Grevy Conti Designers** • www.grevyconti.com.br • Jornalista Responsável **Anatrícia Borges (MTB 21955)**

• Tiragem – 6.000 Exemplares • Distribuição – Gratuita

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

Publicação oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia
Regional do Rio de Janeiro • Ano 20 • Edição Jul/Ago/Set 2011

Coluna da Ombudswoman



Durante as confraternizações do último Congresso Brasileiro, alguns dermatologistas criticaram o fato de os *Anais Brasileiros de Dermatologia* passar a ser publicado em inglês.

À primeira vista, perceberemos certo desconforto com a mudança, como se

estivéssemos perdendo uma tradição, como se de repente deixássemos de valorizar o nosso idioma. O cunho romântico, nacionalista da discussão, me fez pensar em Carmen Miranda. Não estariam os críticos agindo de forma semelhante com as pessoas que a rotularam “americanizada”? Será que com o tempo as mudanças serão compreendidas como foi esse ícone, que, após uma apresentação de sucesso ao presidente americano Franklin Roosevelt, foi homenageada pelo compositor Assis Valente com os versos: “Chegou a hora desta gente bronzeada mostrar seu valor,/Eu fui a Penha e pedi a Padroeira para me ajudar,/Salve o morro do Vintém,/Pindura a saia que eu quero ver/O Tio Sam tocar pandeiro para o mundo sambar”.

Tentaremos analisar as razões que motivaram a mudança e os argumentos contrários e colocá-los lado a lado a seguir:

A principal objeção refere-se a um possível prejuízo ao acesso à educação médica continuada, uma das principais metas do periódico. De acordo com os críticos, a publicação em inglês limitará esse objetivo, uma vez que nem todos os sócios dominam o idioma. Em contrapartida, a existência de uma versão virtual em português manteria o acesso à informação, partindo do pressuposto que todos os sócios tenham computador, internet e não sejam avessos à tecnologia.

Já o principal argumento a favor da mudança foi o aumento do Fator de Impacto, forma numérica encontrada de avaliar uma revista científica. Segundo definição da Wikipédia, Fator de Impacto “...abreviado como FI, é uma medida que reflete o número médio de citações de artigos científicos publicados em determinado periódico. É empregado frequentemente para avaliar a importância de um dado

periódico em sua área, sendo que aqueles com um maior FI são considerados mais importantes do que aqueles com um menor FI”.

É indiscutível que o aumento do Fator de Impacto representa um maior reconhecimento científico do periódico, gerando uma série de repercussões positivas, como sabiamente comentou o Prof. Sinésio Talhari em seu editorial. Os defensores da manutenção do atual modelo questionam que esse aumento ocorreu antes da mudança para impressão em inglês e que, provavelmente, isso pudesse continuar ocorrendo com a preservação da forma original.

Os insatisfeitos com a mudança alegam ainda que a existência de uma versão *on-line* dos *Anais* em língua inglesa já seria suficiente para que a revista fosse indexada, internacionalmente conhecida e com maior Fator de Impacto. Quanto a este argumento, foi ponderado que as bases de dados mais reconhecidas, como o *Pub Med/Medline*, consideram a língua impressa como idioma da revista, portanto, enquanto esta continuar sendo o Português, isso poderia restringir a acessibilidade aos artigos durante a pesquisa bibliográfica, ou seja, mesmo havendo uma versão *on line* em inglês, isso eventualmente poderia não ser mostrado após uma pesquisa inicial feita por estrangeiros. Uma pesquisa bibliográfica realizada recentemente mostrou, contudo, que mesmo restringindo como idioma da pesquisa o inglês, apareceram artigos publicados nos *Anais Brasileiros de Dermatologia*.

Outro ponto relevante é que, ao enviarmos nossos artigos em português para posterior tradução, isso aumentaria a possibilidade de uso de termos não completamente adequados, diferentes dos utilizados por *experts* nos assuntos em questão, mesmo que gramaticalmente corretos, as chamadas “inadequações”.

A despeito de toda a polêmica, a decisão de publicar a revista em inglês, entretanto, já foi tomada, e só o tempo mostrará se efetivamente foi o melhor caminho.

Continuo à disposição pelo endereço eletrônico: pauladadalti@terra.com.br.

Paula Dadalti | Ombudswoman gestão 2011-2012

Jubileu de prata da AEAPA

A festa dos 25 anos do Congresso dos Ex-alunos do Professor Azulay transcorreu como esperado, em ambiente de grande emoção e com programação científica de excelência. Preparado com esmero pela presidente, Profa. Fernanda Gavazzoni, a parte prática do evento foi realizada no Instituto de Dermatologia Prof. Azulay, na Santa Casa, no Centro do Rio, e a parte teórica no Colégio Brasileiro de Cirurgiões, em Botafogo,

respectivamente nos dias 8 e 9 de julho. Dermatologistas de todas as idades compareceram para prestar sua homenagem ao Prof. Azulay, mestre de várias gerações, que foi brindado com um coral dos atuais pós-graduandos do Instituto que leva seu nome. As fotos abaixo mostram que o auditório e o plano da fotografia foram pequenos para caber todos aqueles que compareceram ao jubileu de prata da AEAPA.



O CORAL DOS PÓS-GRADUANDOS.



UMA DAS MESAS REUNINDO PROFESSORES DE DIVERSOS SERVIÇOS DO RIO DE JANEIRO.



A TRADICIONAL FOTO COM O MESTRE

13ª Jornada de Dermatologia do Hospital Marcílio Dias

No dia 6 de agosto, no auditório do Hospital Naval Marcílio Dias, foi realizada a 13ª edição da jornada coordenada pelo Dr. Claudio Lerer e Dr. Murilo Drummond. Os palestrantes convidados apresentaram um painel de toda a dermatologia clínica, cirúrgica e cosmiátrica, para uma plateia atenta que mesclava residentes e pós-graduandos e associados da SBDRJ. As palestras ocuparam a manhã e parte da tarde, terminando com o tradicional almoço de confraternização.



DR. CLAUDIO E DR. MURILO, COM OS PALESTRANTES CONVIDADOS DA 13ª JORNADA.

Mudança da língua oficial dos ABD

Estamos publicando a carta-resposta da editora dos *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Dra. Izelda Costa, em resposta à carta publicada no número anterior do presidente da SBDRJ, Dr. David Azulay:

“Prezado Professor David R. Azulay
Presidente da SBD-RJ

Antes de tudo, obrigada pelo respeito e reconhecimento do nosso trabalho e pela preocupação com os ABD.

Quanto às preocupações apontadas, lembramos que, desde o início de junho de 2011, está disponível no site dos ABD (www.anaisdedermatologia.org.br) a revista na íntegra e em português, em arquivo pdf, que poderá ser baixado e impresso facilmente por todos os associados.

Com a versão *e-book*, os ABD poderão ser lidos em um computador habitual, em um celular ou mesmo em um tablet. Com isto, após “baixada” a revista, não será obrigatória uma conexão de internet, o que permitirá a leitura dos artigos mesmo quando não conectados. Esta versão é exatamente igual à impressa e à disponível *on-line*.

Outra grande vantagem é que os associados, em um intervalo máximo de seis horas após o fechamento da revista que irá para gráfica, já terão acesso, na íntegra, aos ABD *on-line*. A revista impressa leva muitos dias para chegar ao associado, uma vez que existe tanto o procedimento de impressão, que por

si só requer muitos dias de execução, como a demora inevitável do envio via correio.

Portanto, podemos afirmar que, devido a estes novos instrumentos que facilitam a leitura do periódico, os colegas que não dominam a língua inglesa terão o acesso garantido e ainda com a grande vantagem de tê-lo em primeira mão.

Caro Prof. David e demais colegas, podem estar seguros de que como equipe dos ABD – incluindo os editores associados e os assistentes editoriais do departamento de comunicação, com o apoio da diretoria da SBD – não medimos esforços e muito menos tempo, tão precioso e curto para todos hoje em dia, para que os associados tenham um periódico do qual possam se orgulhar, ao adquirir e trocar conhecimentos científicos.

Por último, brindemos o resultado do aumento do fator de impacto dos ABD – passamos de B3 para B2 divulgado recentemente pelo *Journal Citation Reports (JCR)*, responsável pela divulgação do fator de impacto! E esperamos que ainda crescerá mais nos próximos anos. Sem dúvida, este é o resultado do esforço de todos os dermatologistas que amam e contribuem para os *Anais Brasileiros de Dermatologia*.

Cordialmente,

Profª Dra. Izelda Maria Carvalho Costa
Editora científica dos *Anais Brasileiros de Dermatologia*”

Campanha da Psoríase

As Dras. Luna Azulay e Claudia Maia coordenam este ano as ações da Campanha da Psoríase da SBD que deverá ocorrer durante todo o mês de outubro.

A Campanha deste ano traz algumas novidades: a caminhada com os pacientes e médicos no dia 29 de outubro nas capitais onde temos Associações da Pacientes (Rio de Janeiro é uma delas), uma aula de psoríase para leigos a ser reproduzida nos diversos serviços (padronizada e enviada em CDs) e um vídeo também para o público leigo (para ser usado nas salas de espera). Além disso, teremos a veiculação na grande mídia de comunicação (TV Globo) de um vídeo sobre o tema. Tudo isso com o objetivo de dar visibilidade à Sociedade Brasileira de Dermatologia e aos dermatologistas, nossos associados, divulgando e informando à população essa doença tão frequente e estigmatizante.



NA FOTO A DRA. LUNA AZULAY ACOMPANHANDO A GRAVAÇÃO DO VÍDEO PARA INSERÇÃO NA GRANDE MÍDIA.

Rio de Janeiro sedia a 9ª Conferência Brasileira sobre Melanoma



NOVA DIRETORIA DO GBM. DA ESQUERDA PARA DIREITA: ELIMAR GOMES, FLÁVIO CAVARSAN (GO), JOÃO DUPRAT (SP), IVAN DUNSHEE (SP), SELMA CERNEA (SP), BIANCA COSTA DE SÁ (SP), GILLES LANDMAN (SP), CARLOS BARCAUI (RJ), ALBERTO WAINSTEIN (MG), FELICE RICARDI (RS).



DR. MARCOS MORAES RECEBE A MERECIDA HOMENAGEM POR SUA CONTRIBUIÇÃO À ONCOLOGIA BRASILEIRA.

Após 16 anos de existência, entre os dias 18 e 20 de agosto, pela primeira vez, a Conferência Brasileira sobre Melanoma foi realizada no Rio de Janeiro, no Centro de Convenções do Hotel Intercontinental. Apesar de se tratar de um evento muito específico, estiveram presentes aproximadamente 700 médicos de diversas especialidades, em sua maior parte dermatologistas.

Segundo o presidente do evento, Dr. Carlos Barcaui, “o caráter multidisciplinar e os recentes

avanços terapêuticos foram os grandes atrativos do congresso”, que contou com a presença de mais de 10 palestrantes internacionais de renome em suas respectivas áreas, como Alon Scope, Vernon Sondak, Axel Hauschild, Miguel Burnier e outros.

Durante o evento, o Dr. Marcos Moraes, presidente da Academia Nacional de Medicina, foi homenageado e foi empossado a nova Diretoria do Grupo Brasileiro de Melanoma para o biênio 2011-13.

“Mulher perde guarda da filha de 8 anos após injetar botox nela, diz TV.”

“Mãe afirmou que queria transformar menina em uma estrela” (*O Globo*, 16/5/2011).



O caso veiculado pela imprensa ganhou repercussão mundial e nos proporciona a oportunidade de discutir a interface Dermatologia e Psiquiatria à luz das Neurociências.

Hoje, o estudo dessa área, Neurociências, nos afirma que o ambiente precoce negativo provoca alterações neurobiológicas, levando o indivíduo a comportamento emocional inadequado. Essas alterações são anatômicas e funcionais, pois o sistema límbico é responsável pelas emoções.

Sabemos que as experiências infantis com adultos significativos são as responsáveis pelas nossas memórias emocionais. A descoberta dos neurônios espelho vem afirmar que a nossa aprendizagem ocorre por imitação. Ou seja, é uma comunicação bidirecional dos estados emocionais.

A criança entre 3 e 4 anos não possui o hipocampo plenamente funcional, daí se explica a ausência de memória dessa fase. Nessa fase, os eventos que produziram uma determinada aprendizagem não são recordados de forma consciente. A aprendizagem se expressa de forma automática.

O genoma sozinho não determina a arquitetura neuronal. Portanto, as experiências são fundamentais.

Podemos supor, para voltarmos às questões levantadas pela notícia acima, que a convivência com uma mãe psicotizante provavelmente levará à formação de sintomas psicopatológicos.

John Bowlby, famoso psicanalista britânico, autor do livro *Formação e rompimento dos laços afetivos*, estudioso da relação mãe-bebê e da formação dos sintomas psicopatológicos, define dois tipos de apego (vínculo): Seguro, cuja mãe é a reguladora da resposta ao estresse, e Inseguro, cuja mãe é excessivamente preocupada ou negligente. Podemos supor que no caso dessa mãe há uma preocupação em transformar sua filha em algo externo e de forma precoce.

Para a criança, a experiência de perder o amor da mãe é um sofrimento profundo, como que de orfandade. Sem se dar conta, aceita “sofrer” para não desagradá-la. Em condição de estresse, tende a desenvolver sintomas neuróticos, depressão ou fobia. Os meios de exercer tal pressão variam desde o encorajamento de um senso prematuro de responsabilidade indução de culpa.

Podemos pensar na síndrome psiquiátrica “Folie à deux” (palavra francesa que descreve a loucura compartilhada por dois), na qual os sintomas de crença delirante são transmitidos de um indivíduo a outro. Pode ocorrer por imposição numa relação de poder, isto é, quando uma pessoa impõe crenças altamente prejudiciais, inadequadas e socialmente não compartilhadas a uma pessoa vulnerável.

Ninguém ficou imune à matéria, pois se trata de uma criança precocemente vítima de exigências exorbitantes, do medo de se tornar descartável, um ninguém em que as duas qualidades igualmente indispensáveis a qualquer ser humano, a liberdade e a segurança, são precocemente retiradas.

Cabe a nós, dermatologistas, refletirmos o ser humano da modernidade num aceleradíssimo processo de promoção do corpo à posição de alvo central do *marketing* e ao *status* de principal ponto de venda das mercadorias de consumo.

Marcia S. Senra
Patricia Magalhães

Coordenadoras do Departamento de Psicodermatologia

Prezados colegas

Lançado em outubro de 2009, o sistema operacional Windows 7 é certamente mais bem-sucedido que o seu antecessor, o Windows Vista. Ele é o sistema operacional que foi vendido mais rápido no mundo, com aproximadamente 350 milhões de cópias vendidas em apenas 1 ano e meio. Agora como se já não bastasse todo esse sucesso, um novo estudo feito pela empresa de pesquisa Gartner aponta que o Windows 7 estará instalado em 42% dos PCs do mundo até o fim de 2011. Isso que dizer que o Windows 7 possivelmente será o sistema operacional mais usado do mundo ainda neste ano. Mas, afinal, quais são as principais vantagens do Windows 7 em relação aos seus antecessores?

O Windows 7 mantém algumas características visuais do seu antecessor, o Vista, como o sistema Aero. Mas elas ficaram muito mais caprichadas e organizadas. Um grande ponto é a famosa barra de iniciar, que surgiu no longínquo Windows 95 e que está bem mais otimizada agora.

Outra mudança diz respeito aos requisitos mínimos do sistema. Um dos tiros no pé do Windows Vista, os requisitos mínimos exigidos para sua execução eram bem fortes perante os computadores que as pessoas já tinham em casa, ou seja, para ter o Windows Vista com bom desempenho só em um PC novo e potente. O Windows 7 não sobrecarrega tanto o computador como o Vista, o que o torna uma opção para notebooks e computadores mais modestos.

O Windows 7 está preparado para telas sensíveis ao toque, a coqueluche do momento, com opção de multitoque. Este recurso foi amplamente difundido pelo iPhone, com o qual é possível, por exemplo, expandir uma imagem arrastando simultaneamente duas pontas. O Touch Pack para Windows 7 é um conjunto de aplicativos e jogos para usar este recurso, em monitores habilitados para tal.

O desempenho do PC também está muito bom e, para muitos *experts*, melhor e mais rápido que com



o Windows XP, que não receberá mais suporte da Microsoft a partir de 2014.

Vale a pena migrar? O que ele oferece de bom indica que sim, mas pagar pelo sistema operacional um valor equivalente, em alguns casos, a 70% do valor do hardware é algo muito difícil de aceitar, pois, como aconteceu com as outras versões do Windows, o preço no mercado brasileiro é bastante alto.

Para quem quiser esperar mais um pouco, o Windows 8 já está em fase de testes e deverá ser lançado até 2012.

Os novos caminhos da Cosmiatria e laser

Nos dias 11 e 12 de novembro, o Hotel Windsor, na Barra da Tijuca, sediará o 5º Simpósio de Cosmiatria e Laser da SBD RJ. Áreas em que a atualização necessita ser frequente pelo rápido e constante desenvolvimento de novas tecnologias, este ano o simpósio será coordenado pelas Dras. Monica Azulay, Bruna Felix Bravo e Dr. Paulo Notaroberto. A seguir os coordenadores falam ao Riodermatológico:



Em meio à intensa atividade científica oferecida ao dermatologista, qual ou quais os diferenciais do 5º Simpósio de Cosmiatria e Laser da SBDRJ?

Pensando em cosmiatria e laser, acreditamos que a forma mais interessante de passar o conhecimento atualizado é a demonstração dos procedimentos de maneira prática. Porém, isto limitaria o número de participantes consideravelmente. Diante deste desafio, a Dra. Monica Azulay propôs uma maneira inovadora de atender a este objetivo: nossos palestrantes demonstrarão através de vídeo a execução dos procedimentos realizados previamente, explicando o seu passo a passo, além da demonstração de seu resultado. Acreditamos que esta é uma forma dinâmica e altamente eficaz de assegurar o aproveitamento do Simpósio.

Às vezes pode ser difícil conciliar na mesma programação palestras que contemplem o interesse dos que estão iniciando na dermatologia e daqueles mais experientes. Quais as palestras que recomendariam para os mais jovens? E para os mais experientes?

Como faremos um modelo bem prático, acredito que os mais jovens poderão ter uma boa noção das indicações e resultados, enquanto os mais experientes tirarão suas dúvidas, aprenderão algumas

dicas importantes para o dia a dia e também poderão comparar os procedimentos com aqueles que já praticam na sua rotina.

Quais as novas aplicações do laser que poderemos conhecer no Simpósio?

Uma das grandes inovações é a laserlipólise, que consiste em eliminar o tecido gorduroso de forma seletiva pelo dióxido e ainda causar a retração da pele, pelo calor, com efeito de *skin tightening*.

Qual a preocupação do departamento de Cosmiatria e Laser com os jovens dermatologistas?

Os organizadores do evento têm uma vida acadêmica ativa e se empenham para que a formação cosmiátrica dos novos dermatologistas seja feita através da nossa Sociedade. Acreditamos ser este o caminho para manter a credibilidade e respaldo a uma especialidade tão nobre como a Dermatologia.

Como incentivar os jovens dermatologistas a participar de eventos cosmiátricos?

Mantivemos os valores do ano anterior e dobramos a carga horária do evento. Dessa forma incentivamos a quem não pode participar de todas as palestras e tem de optar na hora de investir.



5º Simpósio de Cosmiatria e Laser da SBDRJ

11 e 12 de Novembro de 2011

Local: Windsor Barra Hotel
Av. Lúcio Costa, 2630 | Barra da Tijuca | RJ





FIG 1 - FERDINAND VON HEBRA



FIG 2 - ATLAS DER HAUTKRANKHEITEN

Arte e Dermatologia

No meado do século XIX, Viena rivalizava com Paris na disputa da supremacia do conhecimento médico. O austríaco Joseph Plenck (1737-1807) havia publicado, em 1776, a teoria das lesões elementares *DOCTRINA DE MORBIS CUTANEIS* que procurava sistematizar a classificação das dermatoses com base nas lesões elementares e, por outro lado, o Império Austro-Húngaro passava por um período de prosperidade, no qual os imperadores haviam decidido investir no desenvolvimento da estrutura física e no incentivo dos seus recursos humanos dirigidos à melhoria e ao progresso na área da saúde.

O apogeu da dermatologia no Império Austro-Húngaro ocorreu com o brilhante Ferdinand von Hebra (1816-1880), que fez com que dermatologistas de toda a Europa procurassem o Hospital Geral de Viena para participar de seus famosos "Cursos de Dermatologia", iniciados em 1842 (fig. 1). A necessidade de apoio visual no ensino fez com que Hebra procurasse a colaboração de dois médicos, exímios desenhistas e pintores, que, com suas aquarelas, foram com certeza uma das razões do enorme sucesso do *Atlas der Hautkrankheiten*, lançado em 1856 (fig. 2) com



FIG 3 - ANTON ELFINGER



FIG 4 - CARL HEITZMANN



FIG 5 - ALOPECIA



FIG 6 - HERPES-ZÓSTER



FIG 7 - PSORÍASE

ologia III



FIG 8



FIG 9



FIG 10



FIG 11



FIG 12



FIG 13



FIG 14

ilustrações de Anton Elfinger (fig. 3) e re-editado em 1876 com ilustrações de Carl Heitzmann (fig. 4), que substituiu Elfinger após o seu falecimento em 1864.

A beleza das aquarelas e o esforço de Hebra para sistematização do conhecimento dermatológico resultaram em um trabalho ímpar na história da dermatologia, reconhecido pela riqueza científica e estética (figs. 5 a 14).

Paracoccidiodomicose Sarcóidica

Autores: Caroline Cruz Barbosa, Marcelo Rosandiski Lyra, Antonio Carlos Francesconi do Valle, Ricardo Barbosa Lima e Carlos José Martins.

Instituição: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - UNIRIO e Fundação Oswaldo Cruz.

INTRODUÇÃO

A Paracoccidiodomicose (PCM) é a micose sistêmica mais prevalente em indivíduos imunocompetentes no Brasil. O agente etiológico é o *Paracoccidioides brasiliensis*, fungo termodimórfico, cujo *habitat* é o solo, mas cujo nicho ecológico ainda é desconhecido. Acredita-se que sua incidência em zonas endêmicas varie de 3 a 4 casos novos/milhão até 1 a 3 casos novos por 100 mil habitantes. A apresentação com lesões cutâneas infiltrativas, com granuloma tuberculoide no exame histopatológico, simulando a sarcoidose, pode dificultar o diagnóstico da doença, conforme descrevemos nesse relato de caso.

RELATO DE CASO

Paciente sexo masculino, 24 anos, estudante, residente e natural de Paracambi, município rural do Rio de Janeiro. Queixava-se de lesões eritemato-infiltradas na face e tronco, com 2 anos de evolução. Referia adenomegalia retroauricular à esquerda assintomática que envolveu espontaneamente. O diagnóstico histopatológico inicial foi de sarcoidose, sendo submetido a corticoterapia intralesional e crioterapia sem melhora. Negava tabagismo e etilismo.

Ao exame dermatológico, apresentava placas eritemato-infiltradas bem delimitadas no lobo auricular esquerdo (figura 1A), região cervical (figura 1B) e axilar direita (figuras 2A e 2B), além de 2 lesões na região lateral do tronco. Não foram encontradas lesões nas mucosas, linfonodomegalias palpáveis, nem sinais e sintomas sistêmicos.



FIGURA 1A: PLACA ERYTEMATO-INFILTRADA NO LOBO AURICULAR; 1B: PÁPULAS E PLACAS NA REGIÃO CERVICAL.



FIGURA 2A: EXTENSA PLACA NA REGIÃO AXILAR; 2B: DETALHE MOSTRANDO SUPERFÍCIE DESCAMATIVA.

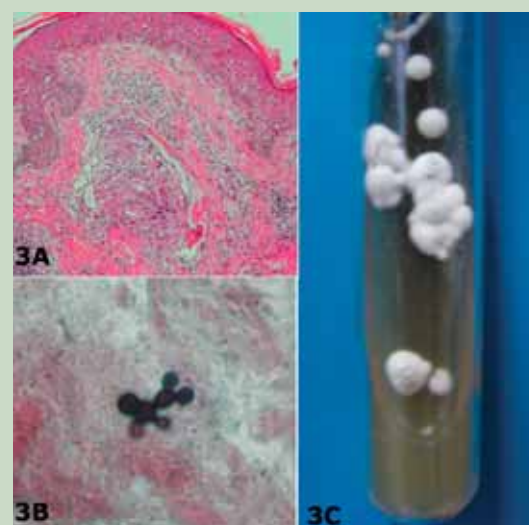


FIGURA 3A: INFILTRADO GRANULOMATOSO NA DERME (H.E.); 3B: ESTRUTURAS FÚNGICAS COM GEMULAÇÃO MÚLTIPLA (GROCOTT); 3C: COLÔNIA COM ASPECTO DE PIPOCA ESTOURADA.

O exame histopatológico revelou infiltrado granulomatoso constituído por células epitelioides, linfócitos e células gigantes, distribuídos por toda derme (figura 3A). Na coloração pela prata, identificaram-se estruturas fúngicas com gemulação múltipla característica do *Paracoccidioides brasiliensis* (figura 3B). Na cultura, no meio Agar-Sabouraud, à temperatura 25°C, houve crescimento de colônia branca, cotonosa, com o aspecto peculiar de “pipoca estourada” (figura 3C).

A investigação laboratorial evidenciou eosinofilia, VHS de 24mm e sorologia com imunodifusão dupla negativa. A série vermelha, bioquímica, cortisol basal, eletroforese de proteínas, sorologia para HIV, EPF, radiografia de tórax, tomografia de tórax e abdome e USG abdominal foram normais. O PPD foi não reator.

De acordo com os achados descritos, concluímos tratar-se de Paracoccidioidomicose com apresentação sarcóidica. Foi instituído tratamento sulfametoxazol e trimetoprim 1600/320mg, por via oral, com duração prevista de 24 meses. Após 30 dias de tratamento já observamos melhora na infiltração das lesões.

DISCUSSÃO

Na PCM, as manifestações cutâneas ocorrem em aproximadamente 54% dos casos, e caracterizam-se pelo polimorfismo lesional. As lesões ulceradas são consideradas as mais prevalentes, podendo apresentar um padrão semiológico característico que consiste em úlceras “limpas”, sem infecção superposta, com fundo granuloso fino com pontilhado hemorrágico na superfície. Na mucosa oral, esse aspecto é responsável pela denominação de “estomatite moriforme”. A frequência, o número e a morfologia das lesões cutâneas dependem da resposta imune celular.

O padrão infiltrativo corresponde a até 26,6% das lesões, e inclui o tipo sarcóidico. Nessa forma há predomínio da resposta imunológica TH1 (celular) com formação de um granuloma compacto, observado na histopatologia. A apresentação sarcóidica pode ser encontrada em pacientes de qualquer idade, e geralmente manifesta-se com poucas lesões cursando de modo indolente, provavelmente pelo equilíbrio entre agente e hospedeiro. Os aspectos clínicos e histopatológicos podem ser semelhantes à sarcoidose e à hanseníase tuberculoide. Marques e cols., em 2008, publicaram um caso de PCM inicialmente diagnosticado como hanseníase tuberculoide e ressaltaram a dificuldade do diagnóstico diferencial entre essas doenças. Enfatizaram que diante de casos em que não conseguimos identificar a etiologia é fundamental a utilização de colorações especiais e outras técnicas auxiliares, como imuno-histoquímica e reação em cadeia da polimerase (PCR).

O diagnóstico padrão ouro da PCM é feito pelo achado de elementos fúngicos no exame micológico direto, histopatológico e cultura. As técnicas sorológicas servem para auxiliar o diagnóstico e para seguimento e controle de cura, sendo a imunodifusão dupla a mais utilizada. Nosso paciente apresentou sorologia falso negativa, que, segundo Valle e cols., pode ocorrer em 28,5% dos pacientes com a forma juvenil e em 7,3% da forma crônica do adulto.

Com o relato deste caso, procuramos ilustrar a dificuldade do diagnóstico diferencial entre a sarcoidose, a hanseníase tuberculoide e a PCM, que podem manifestar-se com aspecto clínico e histopatológico semelhantes. Nesses casos, a persistência das lesões após a instituição do tratamento ou o desenvolvimento de ulceração são sinais de alerta para revermos o diagnóstico inicial.

Autores: Vanessa Maria Amoreira Curty, Suelen Montini Perazolo, Antonio Macedo D'Acri, Ricardo Barbosa Lima e Carlos José Martins.

Instituição: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - UNIRIO.

INTRODUÇÃO

A Donovanose é uma infecção bacteriana crônica, rara, frequentemente associada à transmissão sexual, encontrada principalmente na Nova Guiné, África do Sul, Índia, Brasil e Austrália. O agente etiológico é um cocobacilo gram-negativo, intracelular, classicamente conhecido como *Calymmatobacterium granulomatis*, atualmente denominado *Klebsiella granulomatis*. A falta de higiene e o coito anal favorecem o desenvolvimento da doença. Relatamos um caso da doença, com 25 anos de evolução, que apresentou resolução completa após o tratamento com azitromicina, porém evoluiu com estenose anal grave.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 47 anos, branco, natural do Rio de Janeiro. Relatava início da doença há 25 anos, começando com nódulo assintomático na região perianal que surgiu 3 meses após coito anal. A lesão evoluiu lenta e progressivamente com ulceração e extensa área de destruição tecidual. Nos antecedentes patológicos referia tuberculose pulmonar tratada há 8 anos.

Ao exame dermatológico, apresentava extensa lesão ulcerovegetante com bordas elevadas e bem delimitadas, com coloração vermelho-vivo, e exsudato serossanguinolento, acometendo a região anal, períneo, contornando a bolsa escrotal e regiões inguinais, exibindo um aspecto peculiar da doença (figuras 1A e 1B). Não encontramos linfadenopatia inflamatória ou acometimento sistêmico.

O exame histopatológico revelou hiperplasia pseudoepiteliomatosa na epiderme, ao lado de áreas ulceradas, recobertas por material fibrino-leucoci-

Donovanose: re

tário. Na derme observamos acentuado infiltrado inflamatório com linfócitos, plasmócitos, histiócitos e focos de supuração. No esfregaço da lesão, corado pelo Giemsa, encontramos no citoplasma de macrófagos os característicos corpúsculos de Donovan (figura 2). As sorologias para hepatites virais, sífilis e HIV foram não reagentes.

Diante desses achados, concluímos tratar-se de um caso de Donovanose. Foi instituído tratamento com azitromicina 1 grama no primeiro dia, seguido de 500mg diariamente, por 8 semanas, até a cicatrização completa. Apesar da resolução, o paciente evoluiu com estenose anal grave (figura 3).

DISCUSSÃO

A Donovanose é uma doença endêmica no Brasil, representando cerca de 5% das doenças sexualmente transmissíveis, porém sua incidência encontra-se em declínio. Normalmente acomete a pele e a mucosa das regiões genital e perigenital.



FIGURA 1A: EXTENSA LESÃO ULCEROVEGETANTE LOCALIZADA NO PERÍNEO E REGIÃO PERIANAL. FIGURA 1B: ASPECTO PECULIAR DA DOENÇA COM DISPOSIÇÃO NAS REGIÕES INGUINAIS CONTORNANDO A BOLSA ESCROTAL.

Relato de um caso

O agente causal habita o intestino, sendo a pele afetada por contato direto, durante o coito anal, ou indiretamente, por contaminação da região genital por organismos fecais, tendo a transmissão favorecida pela má condição de higiene.

Uma classificação clínica, proposta pelo professor Márcio Lobo Jardim, divide a enfermidade em formas genitais e perigenitais, formas extra genitais e formas sistêmicas ou disseminadas.

Clinicamente apresenta-se como pápula ou nódulo indolor, autoinoculável, que ulcera e aumenta de tamanho. Linfadenopatia inflamatória não é comum, podendo cursar com pseudobubão. O período de incubação é de em média 50 dias.

O diagnóstico é confirmado pelo achado dos corpúsculos de Donovan no esfregaço da lesão ou na biópsia da úlcera. O exame citológico é o padrão ouro para o diagnóstico e o exame histopatológico é importante principalmente para o diagnóstico diferencial com o carcinoma espinocelular. Outros

exames, como a cultura e a reação em cadeia da polimerase, não são realizados rotineiramente.

Os principais medicamentos indicados para o tratamento da doença são a azitromicina 500mg/dia (Organização Mundial de Saúde) e a doxiciclina 100mg/2x/dia (Ministério da Saúde), por um tempo mínimo de 3 semanas ou até a cicatrização completa das lesões. O paciente pode evoluir com complicações inerentes à própria doença ou devido ao tratamento, tais como: elefantíase, fimose, estenose de uretra, vagina e ânus e carcinoma espinocelular. Existem relatos de malignização em até 0,25% dos casos.

Com o relato desse caso, procuramos ilustrar a ocorrência desta rara doença, demonstrando uma forma fagedênica, com 25 anos de evolução, e enfatizar que, diante de ulcerações crônicas das regiões genital, perigenital e anal, a Donovanose deve ser incluída entre as hipóteses diagnósticas, levando a pesquisa cuidadosa dos corpúsculos de Donovan em esfregaços da lesão.

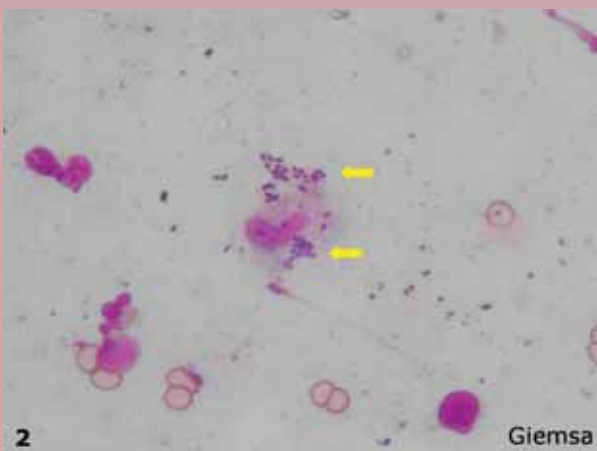


FIGURA 2: ESFREGAÇO CORADO PELO GIEMSA MOSTRANDO OS CORPÚSCULOS DE DONOVAN NO CITOPLASMA DO MACRÓFAGO.



FIGURA 3: ASPECTO APÓS O TRATAMENTO COM LESÃO CICATRICIAL E ESTENOSE ANAL.

Coinfecção HIV e *M. leprae*: Síndrome

Autores: Laura Serpa, Fernanda Lavorato, Natália Nery, Daniel Obadia, Luna Azulay e Egon Daxbacher.

Procedência: Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE

Introdução

A importância epidemiológica da hanseníase e do HIV torna a coinfecção dessas morbidades de interesse em saúde pública. A maior parte dos relatos demonstra que a imunodeficiência pelo HIV tem pouca influência na evolução da infecção pelo *M. leprae*. No entanto, desde o advento da terapia antirretroviral (TARV) houve um aumento nos casos reportados de hanseníase se apresentando como síndrome inflamatória de reconstituição imune. Nesse contexto, as formas paucibacilares e os estados reacionais são preponderantes. Relatamos três casos de pacientes infectados pelo HIV que pouco tempo depois do início da TARV apresentaram hanseníase borderline-tuberculoide em reação tipo 1, que apresentaram boa resposta ao tratamento convencional com PQT-MB e corticoterapia sistêmica.

Relato de casos

Caso 1

Paciente masculino, 35 anos, pardo, morador de Nilópolis, açougueiro. Recebeu o diagnóstico de HIV em dezembro de 2009, estando em uso de Biovir e Efavirenz desde março de 2010, quando apresentava CD4 de 17cels/mm³ e carga viral de 172.274 cópias/ml. Após 2 meses, surgiram placas eritematosas, assintomáticas nos membros superiores e inferiores (fig. 1), nesse momento seu CD4 era de 99cels/mm³ e a CV de 671cópias/ml. Depois de 1 mês, evoluiu com ulceração de algumas lesões (fig. 2). Apresentava baciloscopia do raspado intradérmico negativa e anestesia térmica das lesões. O histopatológico confirmou nossa impressão clínica (fig. 3). Foi firmado o diagnóstico de hanseníase borderline tuberculoide em reação tipo 1 como síndrome inflamatória de reconstituição imune (SIRI) e iniciado PQT-MB.

Caso 2

Paciente masculino, 34 anos, pardo, morador de Bonsucesso, do lar. Recebeu o diagnóstico de HIV em 2000. Em abril de 2004 possuía CD4 de 392 cels/mm³ e CV de 280.000 cópias/ml, tendo sido iniciado Biovir e Efavirenz devido a quadro de neurotoxoplasmose. Depois de 4 meses, surgiram placas eritematosas, infiltradas e pruriginosas no tronco, membros superiores (fig. 4) e inferiores. Nesse momento seu CD4 era de 525cels/mm³ e a CV de 4.500 cópias/ml. Havia anestesia térmica das lesões e a baciloscopia foi negativa. Após 2 meses, apresentou exacerbação do quadro, evoluindo com pé caído à esquerda. A biópsia cutânea confirmou o diagnóstico de hanseníase borderline tuberculoide (fig. 5), tendo sido iniciado PQT-MB associado a corticoide sistêmico 1mg/kg/dia.

Caso 3

Paciente masculino, 46 anos, branco, morador de Engenheiro Leal, ajudante de eletrônica. Recebeu o diagnóstico de HIV em fevereiro de 2011, em uso de Lamivudina, Tenofovir e Efavirenz desde março de 2011 devido a CD4 de 68cels/mm³ e CV de 93 cópias/ml. Após 1 mês, surgiu placa eritematosa, pruriginosa com anestesia térmica na região infra-axilar direita (fig. 6) e pápulas eritematoinfiltradas no tronco. A baciloscopia foi negativa e o histopatológico ratificou nosso diagnóstico de hanseníase borderline-tuberculoide (fig. 7). Iniciamos PQT-MB e corticoterapia sistêmica 30mg/dia.

Discussão

A infecção pelo HIV aumentou a prevalência de algumas micobacterioses como a tuberculose. O mesmo não se pode afirmar sobre a hanseníase. Estudos realizados em países onde as duas doenças são endêmicas não demonstraram no grupo infectado pelo HIV maior risco de desenvolver hanseníase. Além disso, a despeito dos temores iniciais de que a infecção pelo HIV pudesse levar a uma maior chance de desenvolver a forma

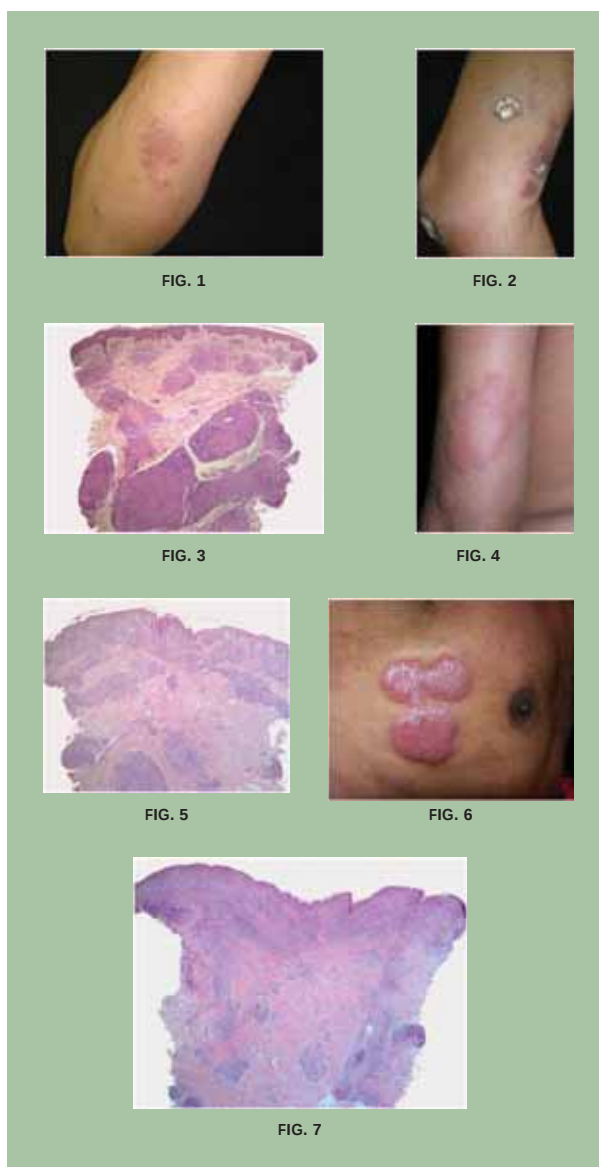
Inflamatória de Reconstituição Imune

anérgica, virchowiana da doença, o que foi observado é que mesmo progredindo em direção à AIDS não houve alteração do curso da infecção pelo *M. leprae*.

Demonstrou-se um aumento da frequência de estados reacionais tipo 1, chamados de reação reversa (RR), caracterizadas por lesões em placas eritematosas e infiltradas. As reações tipo 1 decorrem de um aumento da imunidade celular e hipersensibilidade ao bacilo no decurso da doença, traduzindo uma exacerbação da resposta inflamatória. Nos pacientes coinfectados há um aumento de apresentações atípicas nos estados reacionais, como ulcerações, conforme observamos no nosso primeiro paciente. Nesses casos é importante atentar e excluir possíveis diagnósticos diferenciais como micobacterioses atípicas e micoses profundas.

As formas clínicas paucibacilares predominam nos casos descritos, contrariando as expectativas iniciais de desvio para forma virchowiana, apesar da baixa contagem periférica de células T CD4+. Alguns autores observaram o surgimento de sinais e sintomas de hanseníase nos primeiros 6 meses da TARV, o que poderia indicar ser a hanseníase uma doença associada à síndrome de reconstituição imunológica (SIRI). Para classificar a hanseníase como SIRI, deve-se preencher quatro critérios: (1) hanseníase ou reação hansênica nos primeiros 6 meses após o início da TARV, (2) infecção pelo HIV em estágios avançados, (3) baixa contagem de CD4+ antes da TARV, e (4) aumento da contagem de CD4+ após o início da TARV. O diagnóstico da hanseníase no decurso da doença pelo HIV deve ser baseado na clínica, levando-se em consideração as lesões polimorfas que podem estar presentes principalmente nos estados reacionais.

Na histopatologia, encontram-se aspectos usuais das diversas formas de hanseníase. Estudos demonstram que mesmo em pacientes com baixa contagem periférica de linfócitos CD4 não há alterações histológicas ou fenotípicas do infiltrado celular tanto no polo virchowiano como no polo tuberculoide.



Apesar das controvérsias no que diz respeito à resposta imune na coinfeção, o paciente responde satisfatoriamente à poliquimioterapia nos esquemas estabelecidos. Quanto à evolução clínica dos quadros reacionais, apresentou-se responsiva ao esquema preconizado com prednisona nas reações tipo 1 e talidomida nas reações tipo 2. O paciente deve ser orientado e apoiado para que consiga aderir ao tratamento.

O tratamento do Herpes labial
nunca mais será o mesmo.

Dermacerium HS Gel®
nitrate de cério 0,4% e
sulfadiazina de prata 1%

Gel Transparente* | Antiviral¹⁻⁵ | Antimicrobiano⁶⁻⁸ | Cicatrizante⁹⁻¹⁴

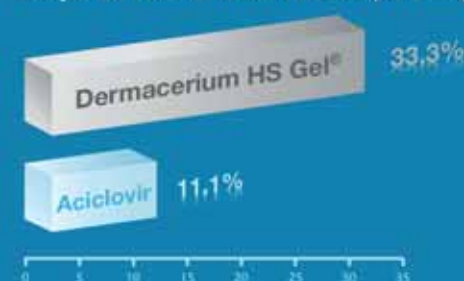
Estudo comparativo duplo-cego^{4,5} demonstrou a superioridade do Dermacerium HS Gel® sobre o Aciclovir no controle dos sinais e sintomas do Herpes labial. *Gel transparente em contato com a pele.

Dermacerium HS Gel® x Aciclovir

Redução da Sensação de Parestesia (em 5 dias)



Redução dos Sinais de Edema e Eritema (em 5 dias)



Apresentação: 15 g.

Maior comodidade posológica: Aplicar apenas **três** vezes ao dia.

Maior adesão do paciente ao tratamento.



VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA – SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA.

Gráfico ilustrativo da representação comparativa de Redução da Sensação de Parestesia e de Redução dos Sinais de Edema e Eritema em percentual, levando-se em consideração o período de 5 dias ininterrupto de utilização do produto.

Dermacerium HS Gel® – Contraindicações: Devido à possibilidade de "Kernicterus" (potencializado pelas Sulfonamidas) seu uso não é recomendado, em caso de: gravidez a termo, crianças prematuras e recém-natos até o segundo mês de vida. O uso deve ser cuidadosamente observado em pacientes que apresentam hipersensibilidade às Sulfas e aos demais componentes da formulação. Por existirem poucos dados sobre a sua passagem pelo leite materno, também não é recomendado em mulheres que estejam amamentando. Interações Medicamentosas: Na forma de apresentação do produto, não apresenta interações conhecidas com outros medicamentos. Contudo é relatado na literatura médica, um risco aumentado de leucopenia em pacientes em uso de cimetidina, concomitante ao uso tópico de sulfadiazina de prata. É descrita também a inativação pela sulfadiazina de prata de agentes desbridantes enzimáticos.

Dermacerium HS Gel® – sulfadiazina de prata micronizada 1% e nitrato de cério 0,4% - USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 02 MESES. Indicações: Antimicrobiano, antiviral e cicatrizante tópico indicado no tratamento de lesões da pele e das mucosas, causadas por infecções pelo vírus herpes simples tipo 1 (HSV 1), vírus simples tipo 2 (HSV 2) e vírus da varicela zoster (VZV) em casos de herpes zoster. Contraindicações: Devido à possibilidade de "Kernicterus" (potencializado pelas Sulfonamidas) seu uso não é recomendado, em caso de: gravidez a termo, crianças prematuras e recém-natos até o segundo mês de vida. O uso deve ser cuidadosamente observado em pacientes que apresentam hipersensibilidade às Sulfas e aos demais componentes da formulação. Por existirem poucos dados sobre a sua passagem pelo leite materno, também não é recomendado em mulheres que estejam amamentando. Reações Adversas: Raros casos de leucopenia transitória foram relatados em pacientes recebendo terapia com sulfadiazina de prata. Em geral ocorrendo entre 3 (três) a 4 (quatro) dias do início do tratamento, com retorno aos níveis normais de 5 (cinco) a 7 (sete) dias, mesmo com a manutenção da terapia. Foram relatados casos esporádicos de metahemoglobinemia, com regressão 24 horas após a suspensão do nitrato de cério. Raríssimos casos de hipersensibilidade, devido à presença de propilenoglicol na formulação do veículo cremoso, foram relatados em crianças utilizando cremes de sulfadiazina de prata. Raros episódios de aumento da sensibilidade à luz solar ou "rash cutâneo" foram relatados. Há relatos de argíria, descoloração da pele ou mucosas secundária a deposição do metal prata, após a utilização tópica de creme de sulfadiazina de prata por longos períodos. Houve um relato de neuropatia sensorial e motora relacionado à aplicação de sulfadiazina de prata em úlceras de perna por longo período, embora tal quadro tenha sido descrito como raro e reversível. Foi relatado um único caso de reação cutânea granulomatosa ao Cério, caracterizada pelo aparecimento de lesões pápulo-nodulares acometendo as áreas onde havia sido aplicado o produto. Se uma reação alérgica ou disfunção renal ou hepática ocorrer, a descontinuidade da terapia deve ser considerada, até que a causa seja definida. Cuidados e Advertências: Devido à possibilidade aumentada de Kernicterus relacionado ao uso de Sulfonamidas, atenção especial deve ser dada nos seguintes casos: Gravidez a termo, crianças prematuras e recém-natos até o segundo mês de vida. Estudos clinicamente controlados em pacientes grávidas não foram realizados. No entanto, as sulfonamidas, quando absorvidas, podem representar um risco de "Kernicterus" ao neonato. Pacientes sensíveis a outras sulfonamidas podem apresentar sensibilidade a este medicamento. Quando do uso em áreas muito extensas de superfície corporal, a monitoração dos níveis séricos da Sulfas e da função renal tornam-se relevantes, apesar da pouca absorção do produto. Enquanto a sulfadiazina de prata está exercendo seu efeito por sobre a superfície lesada, alguma proliferação fúngica dentro ou abaixo da escara pode ocorrer, no entanto a incidência de super infecções fúngicas clinicamente notificadas é bastante rara. Não foram encontrados relatos específicos na literatura médica acerca do uso em pacientes idosos, contudo estes pacientes só devem fazer uso do medicamento sob orientação médica. Observar as precauções, contra-indicações, advertências e só administrar a posologia prescrita pelo médico. Posologia: Aplicar uma camada do medicamento sobre as lesões três vezes ao dia até que estejam completamente cicatrizadas. Utilizar Dermacerium HS Gel® até a cicatrização da lesão. Apresentação: Biotina de 15g. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA – SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA. Reg. M.S. nº 1.1836.0006

Referências Bibliográficas: 1. Chang T.W., Weinstein L. Prevention of Ceratoconjunctivitis in Rabbits by Silver Sulphadiazine. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. v. 8, p. 677-78, 1975. 2. Chang T.W. Antiherpetic activity of silver sulfadiazine. *J Cut Pathol* 2, 320-321, 1975. 3. Chang T.W., Weinstein L. In Vitro Activity of Silver Sulfadiazine against Herpesvirus Homiinis. *The Journal of Infectious Diseases*. v. 132, n. 1, p. 79-81, 1975. 4. Dadalti P, Gusmão M, Gonçalves AO, Mesquita A, Papi L, Serra L, Lupi O. Estudo comparativo entre a aplicação tópica de sulfadiazina de prata e nitrato de cério e aciclovir no tratamento do herpes labial. *Rev. Bras. Med.* 61.8, 2004. 5. Lupi O, Gusmão M, Gonçalves A, Dadalti P. Comparative trial of topical application of silver sulphadiazine 1% + cerium nitrate 0.4% and acyclovir in labial herpes simplex lesions. *Supp. to The Journal of the American Academy of Dermatology* 2007; 56(2): AB12. 6. Carr H, Wlodkowski TJ and Rosenkranz HS. Silver Sulfadiazine: In Vitro Antibacterial Activity. *Antimicrobial Agents & Chemother* 1973; 585-587. 7. Coward JE, Carr HS et al. Silver Sulfadiazine: Effect on the Growth and Ultrastructure of Staphylococci. *Chemotherapy* 1973; 19: 348-353. 8. Nangia AK, Hung CT, and Lim JKC. Silver Sulfadiazine in the management of burns - an update. *Drugs of today* 1987; 23: 21-30. 9. Bishop JB et al. A prospective randomized evaluator-blinded trial of two potential wound healing agents for the treatment of venous stasis ulcers. *Journal Vascular Surgery* 1992; 16: 2: 251-257. 10. Lansdown ABG, et al. Silver aids healing in the sterile skin wound: experimental studies in the laboratory rat. *British Journal of Dermatology* 1997; 137:726-735. 11. Kjoseth D et al. Comparison of the effects of commonly used wound agents on epithelialization and neovascularization. *Journal of the American College of Surgeons* 1994; 179: 305-12. 12. Boeckx W et al. Effect of cerium nitrate-silver sulphadiazine on deep dermal burns: a histological hypothesis. *Burns* (1992) 18,(6), 456-482. 13. Desidério VL, Aguirre Lopes RG, Dadalti P. Estudo evolutivo de úlceras venosas e mal perfurante plantar após tratamento tópico da associação de Sulfadiazina de Prata e Nitrato de Cério. *Rev Angiol Cir Vasc*, 2001; 4, 131-136. 14. Abdalla S, Dadalti P. Uso de Sulfadiazina de prata associada ao nitrato de cério em úlceras venosas: relato de dois casos. *An Bras Dermatol* 2003; 78:227-33.

O Silêncio dos Bons

Nos primeiros dias de julho, o correspondente no Brasil do jornal espanhol *El País* escreveu um artigo que teve larga circulação. Seu título era uma pergunta: “Por que os brasileiros não reagem?” O pasmo do correspondente deveria crescer se ele se lembrasse que, neste setembro, foram muitas as iniciativas de mobilizar as pessoas para ir às ruas protestar contra a corrupção. A começar pelo 7 de Setembro, quando a oportunidade parecia ótima: transformar a comemoração do aniversário do Grito do Ipiranga no dia do “grito contra os corruptos”. A contabilidade do que ocorreu revela quão pequena foi a adesão ao chamamento dos organizadores. Embora falem em 30 mil manifestantes, até eles admitem que 25 mil eram de Brasília (onde a irritação era grande, dado o caso Jaqueline Roriz). Ou seja, nos outros lugares onde estavam convocados protestos – São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Porto Alegre – teriam sido apenas 5 mil pessoas, uma média de 1,25 mil por cidade. O que é pouco. (Marcos Coimbra – sociólogo)

O protesto anticorrupção realizado em frente ao Congresso, em Brasília, dia 28/9, terminou com menos vassouras do que tinha quando começou. Foram fincadas no gramado 594 vassouras nas cores verde e amarela, mas ao longo do dia cerca de 50 delas foram roubadas. A manifestação foi organizada pela ONG Rio de Paz, que, com 594 vassouras, quis representar a quantidade de parlamentares. Há no Congresso 513 deputados federais e 81 senadores. (*O Globo*)

Pelo menos 10 mil médicos (!?) aderiram à paralisação de 24 horas no Estado do Rio de Janeiro. O número representa 90% dos profissionais credenciados a planos de saúde no estado, segundo cálculos do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro.

O movimento organizado pela Comissão Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) – composta por representantes do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Federação Nacional dos Médicos (FENAM) – te-

ve a adesão de médicos de 24 estados. O protesto foi um desdobramento direto da paralisação nacional de 7 de abril, quando foi feito um alerta às operadoras sobre o desequilíbrio na relação entre operadoras e médicos e se propôs um avanço no processo de negociação entre as partes para reverter a situação.

Protesto contra corrupção convocado pelas redes sociais, para o dia 20 de setembro, na Cinelândia, 34 mil confirmaram presença através do Facebook, segundo os organizadores. Pela estimativa da PM, 2,5 mil estiveram presentes naquela tarde. (*O Globo*)

...Uma participação pífia, melancólica, principalmente diante do entusiasmo manifesto nas redes sociais... Ficamos – todos – desapontados com a pouca participação e vontade REAL de “sair do virtual para o real”, como tantos colegas têm solicitado aqui no Fórum e em outras redes sociais médicas.

Hoje temos as redes sociais médicas, difundimos informações, os médicos que delas participam não podem mais alegar falta de conhecimento da conjuntura médica para não participar. (Comentário de um colega do Paraná sobre o movimento médico no seu estado)

O que mais preocupa não é o grito dos violentos, nem dos corruptos, nem dos desonestos, nem dos sem-caráter, nem dos sem-ética... O que mais preocupa é o silêncio dos bons. (Martin Luther King)



Altiva Lobão Salgado

Venha ao Prolaser,
ou se preferir iremos
até seu consultório.
Nosso compromisso
é caminhar lado a lado
com você médico que opta
pela qualidade de
nossos serviços e equipamentos
de altíssimo padrão de qualidade.



- LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DERMATOLÓGICOS A LASER DE ÚLTIMA GERAÇÃO
- DISPONIBILIZAMOS NOSSOS EQUIPAMENTOS INTERNAMENTE OU OS LEVAMOS EM SEU CONSULTÓRIO
- ORIENTAÇÃO DE PROFISSIONAL DA ÁREA MÉDICA DO PROLASER COM TREINAMENTO DIRETO PARA O MÉDICO
- MODERNA INFRAESTRUTURA
- ESTACIONAMENTO PRIVATIVO PARA O MÉDICO

Tecnologia ao alcance de todos



Av. Afrânio de Melo Franco, 141 - Térreo - Leblon - Rio de Janeiro
Telefone: (21) 2249-4135 www.prolaser.med.br
Paula Bellotti | CRM - 52.61036-1

Outubro

- | | |
|----|--|
| 08 | Reunião mensal da SBD Fluminense
Local: Hospital Antonio Pedro |
| 26 | Reunião mensal da SBDRJ
Local: Colégio Brasileiro de Cirurgiões |
| 29 | Caminhada Nacional da Psoríase |

Novembro

- | | |
|-------|--|
| 04-05 | XIV Reunião Científica da Associação dos Dermatologistas da UERJ – Prof. Jarbas Porto
Local: Hospital Pedro Ernesto |
| 11-12 | 5º Simpósio de Cosmiatria e Laser da SBDRJ
Local: Hotel Windsor Barra |
| 12 | Reunião mensal da SBD Fluminense
Local: Hospital Antonio Pedro |
| 19 | 3º Simpósio Nacional de Psoríase
Local: Windsor Atlântica - Copacabana |
| 26 | Campanha de Prevenção do Câncer da Pele
Local: Postos de Atendimento |
| 30 | Reunião mensal da SBDRJ
Local: Colégio Brasileiro de Cirurgiões |

Dezembro

- | | |
|----|--|
| 10 | Reunião mensal da SBD Fluminense
Local: Hospital Antonio Pedro |
| 14 | Reunião mensal da SBDRJ
Local: Colégio Brasileiro de Cirurgiões |

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

PODEROSA COMBINAÇÃO DE AHAs
PARA UMA RENOVAÇÃO COMPLETA DA EPIDERME

INOVAÇÃO
DERM AHA
Sérum Retexturizador Intensivo

Reduz rugas finas
Melhora a luminosidade
e a textura da pele

TESTADA E APROVADA
EM MULHERES BRASILEIRAS*

* Avaliação em 38 voluntárias de 40 a 58 anos, todos os tipos de pele (exceto peles sensíveis) com histórico de peeling dermatológico, usuárias de protetor solar FPS+ de que 15%. Aplicação do produto 2x ao dia (manhã e noite) durante 4 meses, evitando o contato com olhos.

Acesse: www.portaldodermatologista.com.br
LA ROCHE-POSAY, A EXCELÊNCIA DERMATOLÓGICA.

A SBDRJ agradece o apoio recebido dos seguintes parceiros:

