

Julho, agosto e setembro de 2020

RIO DERMATOLÓGICO



SOCIEDADE
BRASILEIRA DE
DERMATOLOGIA
REGIONAL
RIO DE JANEIRO

Quais caminhos seguir na hora de buscar uma especialização?

p.8

Os cuidados com a pele do idoso
p.24

Pesquisa CFM/Datafolha conclui que médicos são os profissionais em
quem os brasileiros mais confiam
p.22



3 / Editorial

4 / Reuniões Mensais

5 / Notas

6 / Eventos Realizados

8 / Matéria de Capa

14 / Caso vencedor - JULHO 2020

16 / Caso vencedor 1 AGOSTO 2020

18 / Caso vencedor 2 AGOSTO 2020

20 / Caso vencedor SETEMBRO 2020

22 / Coluna Ethos

23 / Entretenimento

24 / Coluna Opinião

27 / Marketing Médico

N. 49

PUBLICAÇÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA - REGIONAL DO RIO DE JANEIRO | ISSN 2317-2061

// Coordenadora da Rio Dermatológico Regina Casz Schechtman **// Diretoria e Conselho Editorial** Thiago Jeunon de Sousa Vargas (Presidente), Fabiano Roberto Pereira de Carvalho Leal (Vice-Presidente), Daniel Lago Obadia (Secretário-Geral), Paulo Antonio do Cabo Notaroberto Barbosa (Tesoureiro), Juliana Corrêa Marques da Costa (Secretária de Sessões), Caroline Martins Brandão (Assessora da Diretoria), Violeta Duarte Tortelly Costa (Assessora da Diretoria) **// Conselho Consultivo | Membros Vitalícios** Gabriela Lowy, Danilo Vicente Filgueiras, Absalom Lima Filgueiras, Manoel Sternick, Aloysio Pacheco Argollo, Manoel Paes de Oliveira Neto, Maria de Lourdes Viegas, Marcia Ramos-e-Silva, José Moreira Carríjo, Luna Azulay Abulafia, Marcius Achiamé Periasú, José Ramon Varela Blanco, Abdiel Figueira Lima, Omar Lupi, Celso Sodré, Carlos Baptista Barcaui, David Rubem Azulay, Ana Maria Mósca de Cerqueira, Flávio Barbosa Luz e Egon Daxbacher **// Delegados** Celso Tavares Sodré, Luna Azulay Abulafia, Maria Auxiliadora Jeunon Sousa, Carlos Baptista Barcaui, Ana Maria Mósca de Cerqueira, Flavio Barbosa Luz, Marcio Soares Serra, Joaquim José Teixeira de Mesquita Filho, Marcia Ramos-e-Silva, Cleide Eiko Ishida, David Rubem Azulay, Cláudia Pires Amaral Maia, João Carlos Regazzi Avelleira, Rodrigo Pirmez, Daniel Lago Obadia, Antônio Macedo D'Acri, Carlos Jose Martins, Regina Casz Schechtman, Paulo Antonio do Cabo Notaroberto Barbosa, Sueli Coelho da Silva Carneiro, Juliana Corrêa Marques da Costa, Fabiana Braga França Wanick, Paulo Antônio Oldani Felix, Adriana de Carvalho Corrêa. **// Projeto e Diagramação** Visana Comunicação **// Redação, edição e revisão:** Visana Comunicação **// Jornalista responsável** Victor Gimenes, MTB: 30.686 **// Tiragem** 9.000 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 Regional do Rio de Janeiro 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 salas de espera de consultórios, ambulatórios, clínicas, sejam elas públicas ou privadas).

Precisamos olhar para o futuro

Quando assumi, junto à minha equipe, a direção da SBDRJ em janeiro de 2019, nem em minhas hipóteses mais criativas podia imaginar os desafios que estamos vivendo. Prevíamos inovar em nossos cursos, promover mais interação com os jovens dermatologistas e até dar mais foco no mundo digital. A pandemia de COVID-19 nos trouxe novos desafios – e novas perspectivas –, nos obrigando a repensar nosso planejamento. Não foi, nem está sendo fácil superar os obstáculos. Mas imagina se não tivéssemos um planejamento, se não soubéssemos como e onde queremos chegar? Tudo seria bem mais difícil. É exatamente assim com a nossa carreira. Quando planejamos o caminho que iremos seguir e pensamos claramente em suas consequências, ficamos mais preparados para as possíveis intempéries.

Nessa linha, nossa matéria de capa é imperdível para os que estão dando os primeiros passos na carreira. Reunimos um time de especialistas para contar um pouco sobre suas trajetórias em busca do aperfeiçoamento profissional: o que e por que decidiram fazer o que fizeram. Eu conto um pouco do que vivi quando tive a oportunidade de fazer um fellowship em Nova York com os professores Bernard Ackerman e Geoffrey Gottlieb, dois grandes dermatopatologistas. Falo também dos excelentes centros de formação que temos no Rio de Janeiro e no Brasil. Certamente conhecer essas histórias será muito útil a você, que é o futuro da nossa especialidade.

Para se aperfeiçoar, independente do rumo que você escolha dar à carreira, estudar é o caminho. E por isso publicamos, em todas edições, os melhores casos clínicos apresentados em nossa Reunião Mensal. Os desta edição estão muito interessantes!

Como outubro é o mês do Idoso, convidamos a querida colega Leninha Valério para nos brincar com um artigo sobre os cuidados com a pele do idoso. É algo que todos nós, dermatologistas, devemos conhecer.

O ano se aproxima do fim e nossa gestão também. E já temos definida a equipe que vai seguir à frente da nossa sociedade pelos próximos dois anos. Temos uma matéria apresentando a diretoria, liderada pelos amigos Fabiano Leal, presidente, e Daniel Obadia, vice-presidente, e os delegados eleitos.

Além dessas matérias, nosso Rio Dermatológico está recheado de outros conteúdos de interesse do dermatologista, como a apresentação do nosso novo website, a tirinha da Clarinha, o passatempo dermatológico e a cobertura completa dos eventos realizados. Tenho certeza que será uma agradável leitura.

Forte abraço!

Thiago Jeunon
Presidente da SBDRJ



Reuniões mensais

Julho

Participantes: 422

Palestra principal: Genetic Skin Diseases and Laboratory Testing - John McGrath

Casos clínicos apresentados: 7

Caso vencedor: Caso 05 – Dermatomiosite associada a nódulo pulmonar

Autores do caso:

Haizza Cristina de Almeida Cabral Monteiro, Talita Caldas Oliveira, Maria de Fátima Guimarães Scotelaro Alves, Luna Azulay-Abulafia, Alexandre Carlos Gripp e Arles Martins Brotas.

Instituição: HUPE



Agosto

Participantes: 401

Palestra principal: Herpes Cutâneo Crônico: Aspectos Clínicos, Diagnósticos e Terapêuticos - John Veasey

Casos clínicos apresentados: 8

Casos vencedores: Caso 04 – Carcinoma espinocelular subungueal em múltiplos dígitos

Caso 07 – Lesões ulceradas no 1º mês de vida

Autores dos casos:

Caso 04 – María Salomé Cajas, Robertha Nakamura, Fernando Manoel Belles e David Rubem Azulay.

Caso 07 – Mariana Florian da Costa, Bibiana Florian da Costa, Lina Domingues, Clarissa Vita Campos, Egon Daxbacher e Thiago Jeunon.

Instituições: Caso 04 – IDPRDA / Caso 07 – HFB

Setembro

Participantes: 352

Palestra principal: Atualização em Linfomas Cutâneos - Flávia Cassia

Casos clínicos apresentados: 12

Caso vencedor: Caso 07 – Uma causa incomum de alopecia cicatricial

Autores do caso:

Gabriel Moreira Amorim, Thomás Novoa Jaeger, Leonardo Pereira Quintella, Danielle Carvalho Quintella, Corina Isabel Salas Callo e Rodrigo Pirmez.

Instituição: IDPRDA

Vitória da medicina

Mais uma vez a Justiça se coloca ao lado da medicina quando se trata de procedimentos estéticos que possam colocar a população em risco.

Uma decisão da Justiça Federal invalidou os efeitos da Resolução nº 241/14, do Conselho Federal de Biomedicina (CFBM), cujo texto permitia aos biomédicos a realização de procedimentos estéticos invasivos.

Segundo o magistrado Marcos José Brito Ribeiro, "o médico com especialização em cirurgia plástica ou dermatologia é o profissional apto a realizar procedimentos estéticos invasivos, devido ao conhecimento básico na área de anatomia e fisiopatologia, e da possibilidade de diagnóstico prévio de doença impeditiva do ato e/ou da terapêutica adequada se for o caso, caracterizando o procedimento estético invasivo como ato médico".

Eleita nova diretoria da SBDRJ para o biênio 2021/2022

Em agosto, durante a Reunião Mensal, foi anunciado o resultado da eleição da nova diretoria da SBDRJ para o biênio 2021/2022. A chapa única "Diálogo e Ação" recebeu 296 votos, de um total de 306 - destes, 6 foram nulos e 4 em branco - e elegeu Fabiano Leal como presidente e Daniel Obadia como vice-presidente.

Os delegados que irão compor o Conselho Consultivo da SBDRJ também foram escolhidos: Thiago Jeunon, Celso Sodré, Luna Azulay, Flávio Luz, Egon Daxbacher, Ana Mósca, Marcio Serra, Violeta Tortelly, Joaquim Teixeira, Regina Schechtman, David Azulay, João Aveleira e Paulo Notaroberto.

Parabéns à nova diretoria!

Já conhece nosso novo portal?

O site da SBDRJ está de cara nova e totalmente atualizado, para oferecer a você mais facilidade e praticidade para acessar os conteúdos - que, aliás, agora estão ainda mais completos.

O site está disponível para todos os associados SBD e, para acessar os conteúdos, basta fazer seu cadastro.

Acesse já!



Em nosso novo portal, você encontra:

- **Eventos online realizados pela SBDRJ;**
- **Notícias fresquinhas;**
- **Revista Rio Dermatológico;**
- **Reuniões Mensais e casos clínicos;**
- **Uma nova plataforma de vídeos com os mais variados temas abordados por experts.**

Clique aqui e conheça

Disponível para todos os associados SBD!

2º Simpósio de Dermatopediatria

Nos dias 10 e 11 de julho aconteceu, no formato online, o 2º Simpósio de Dermatopediatria da SBD RJ. O evento, cuja comissão científica foi formada pelas colegas Ana Mósca, Elisa Fontenelle, Mariana Gusmão e Violeta Tortelly, apresentou uma programação multidisciplinar, que buscou agradar diversas áreas da dermatologia infantil.

Durante dois dias, colegas dermatologistas - e também de outras áreas - ministraram palestras sobre diversos temas, como vitiligo em crianças, dermatozoonoses e dermatovirose relevantes na infância, diagnóstico e tratamento de onicopatias e tricose, indicações de canabidiol na dermatologia, entre outros. O simpósio contou com uma audiência de 461 dermatologistas.



1º Simpósio de Psicodermatoses

Uma média de 30% dos pacientes de dermatologia apresenta comorbidades psíquicas. Por isso, é de fundamental importância que o dermatologista seja capaz de avaliar a saúde mental de seu paciente, a fim de verificar o impacto dos estressores na qualidade de vida e entender que os transtornos ansiosos e depressivos são frequentemente encontrados na especialidade.

Pensando nisso, em julho a SBD RJ realizou, também no formato online, o 1º Simpósio de Psicodermatoses, cuja mis-

são foi abordar a conexão entre mente e pele de forma que seus 205 participantes pudessem desconstruir paradigmas e consolidar novos conceitos.

A classificação dos transtornos psicodermatológicos, o uso de drogas psicotrópicas em dermatologia e como as emoções se manifestam na pele foram alguns dos temas que fizeram parte da programação.

Coordenadores do evento: Marcia Senra, Thiago Jeunon, Daniel Obadia, Caroline Brandão e Regina Schechtman.



CIDERJ - I Congresso Interligas de Dermatologia do Estado do Rio de Janeiro

De 31 de agosto a 03 de setembro aconteceu, em formato online, o I Congresso Interligas de Dermatologia do Estado do Rio de Janeiro (CIDERJ), que contou com a participação de 17 ligas acadêmicas de dermatologia do estado do Rio.

Em 4 dias, o evento - que teve 623 inscritos - contou com palestras gratuitas que abordaram diversas áreas da especialidade, voltadas para os acadêmicos de medicina, com temas relevantes para quem está começando sua trajetória na dermatologia. A SBD RJ apoiou este importante congresso.



Sessão Clínica 2.0 - Uma Reunião Mensal Revival

Todos nós temos um passado e é essa história que nos ajuda a construir um futuro melhor. Com as instituições não é diferente.

As Reuniões Mensais da SBDRJ guardam boa parte da história da dermatologia no Brasil e, para resgatar esse passado glorioso, foi organizado um evento online muito especial. A Sessão Clínica 2.0, uma Reunião Mensal Revival, que aconteceu no dia 12 de agosto e contou com a participação de 412 associados de todo o Brasil, promoveu uma verdadeira viagem no tempo, contando um pouco da história deste encontro tradicional.

"Na Sessão Clínica 2.0, a gente quis fazer um link de todos os aspectos históricos da nossa Reunião Mensal, que ocorre há mais de 100 anos. Por isso, convidamos, além dos serviços credenciados do Rio, dermatologistas de serviços credenciados de todo o país, dando um cunho nacional a essas reuniões, como foi nos seus primórdios. Aproveitamos o encontro para lançamento do nosso novo portal, onde todo o conteúdo digital produzido pela SBDRJ estará disponível, mostrando o

esforço que temos feito no presente para ter um futuro cada vez mais inovador, de mais interconexão, disseminação do conhecimento e investimento na educação médica continuada", contou Thiago Jeunon, presidente da SBDRJ.

Além de um pouco de história, a edição especial apresentou ainda 10 estudos de casos, de várias partes do país.

Para Juliana Marques, que coordenou o evento em parceria com Caroline Brandão, é preciso se modernizar, mas sem esquecer as tradições.

"A ideia deste evento foi celebrar essas mudanças, agregando conhecimento, como a SBDRJ tanto gosta e cultiva ao longo desses anos".



Gravação do evento disponível para associados SBD



Antecipe os benefícios que vão além da pele, com seu paciente tratado por completo.¹⁻⁷



Cosentyx® demonstra resposta rápida e sustentada nas diversas manifestações da doença psoriásica –
Psoríase, áreas específicas e Artrite Psoriásica.¹⁻⁷



Cosentyx® ajuda a prevenir danos irreversíveis nas articulações em pacientes psoriásicos.^{6,7}



Cosentyx® promove rápida e sustentada melhora na qualidade de vida dos pacientes psoriásicos.²

Referências: 1. Bissone R, Luger T, Thaci D et al. Secukinumab Demonstrates High Sustained Efficacy and a Favorable Safety Profile in Patients with Moderate to Severe Psoriasis through 5 Years of Treatment (SCULPTURE Extension Study). J Eur Acad Dermatol Venerol. 2018 Feb 14; doi: 10.1111/jdv.14878 [Epub ahead of print]. 2. Blauvelt A, Reich K, Tsai TF et al. Secukinumab is superior to ustekinumab in clearing skin of subjects with moderate-to-severe plaque psoriasis up to 1 year: Results from the CLEAR study. J Am Acad Dermatol. 2017 Jan;76(1):60-69.e9. 3. Bagel J, Duffin KC, Moore A et al. The effect of secukinumab on moderate-to-severe scalp psoriasis: Results of a 24-week, randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3b study. J Am Acad Dermatol. 2017 Oct;77(4):667-674. 4. Gottlieb A, Sullivan J, van Doorn M et al. Secukinumab shows significant efficacy in palmoplantar psoriasis: Results from GESTURE, a randomized controlled trial. J Am Acad Dermatol. 2017 Jan;76(1):70-80. 5. Reich K, Sullivan J, Arenberger P et al. Secukinumab shows significant efficacy in nail psoriasis: week 32 results from the Transfigure study. Ann Rheum Dis. 2016 Jun;75-S2-603-604. 6. Michelson BS, Mease PJ, Ritchlin CT et al. Secukinumab sustains improvement in signs and symptoms of psoriatic arthritis: 2 year results from the phase 3 FUTURE 2 study. Rheumatology (Oxford). 2017 Nov 1;56(11):1993-2003. 7. van de Kerkhof P, Reich K, Leonardi C et al. Secukinumab pooled and long-term safety: analysis of 19 psoriasis clinical trials [abstract P022]. Br J Dermatol. 2017 Nov;177(5):e259-60. 8. Bula Cosentyx® para profissional de saúde. Novartis Biociências SA. Aprovada pela Anvisa em 25/03/2019.

CONTRAINDICAÇÕES: COSENTYX® É CONTRAINDICADO EM PACIENTES COM REAÇÕES GRAVES DE HIPERSENSIBILIDADE AO PRINCÍPIO ATIVO OU A QUALQUER UM DOS EXCIPIENTES. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** VACINAS DE VÍRUS VIVOS NÃO DEVEM SER ADMINISTRADAS CONCOMITANTEMENTE COM COSENTYX®. EM UM ESTUDO EM PACIENTES COM PSORÍASE EM PLACAS, NÃO FOI OBSERVADA INTERAÇÃO ENTRE SECUKINUMABE E MIDAZOLAM (SUBSTRATO CYP3A4).

COSENTYX® secuquinumabe, VIA SUBCUTÂNEA. Observação importante: Consulte a bula completa antes de prescrever o medicamento. Forma farmacêutica e apresentações: Cosentyx® 150 mg/mL solução injetável – embalagens contendo 1 ou 2 canetas preenchidas. Indicações: Psoríase em placas: Cosentyx® é indicado para o tratamento de psoríase em placas moderada a grave em pacientes adultos que são candidatos a terapia sistêmica ou fototerapia. Artrite psoriásica: Cosentyx® é indicado para o tratamento de artrite psoriásica ativa em pacientes adultos, quando a resposta à terapia prévia com medicamentos antirreumáticos modificadores do curso da doença (DMARDs) for inadequada. Cosentyx® pode ser utilizado isoladamente ou em combinação com metotrexato. Espondilite anquilosante: Cosentyx® é indicado para o tratamento de pacientes adultos com espondilite anquilosante ativa, que não tenham respondido adequadamente à terapia convencional. Psoríase em placas: A dose recomendada é de 300 mg por injeção subcutânea, com administração inicial nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4, seguida por administração de manutenção mensal. Cada dose de 300 mg é administrada na forma de duas injeções subcutâneas de 150 mg. Artrite psoriásica: Para pacientes com psoríase em placas moderada a grave concomitante, ou que são respondedores inadequados a anti-TNFα, a dose recomendada é de 300 mg, com dose inicial nas Semanas 0, 1, 2, 3 e 4, seguida de dose mensal de manutenção. Cada dose de 300 mg é administrada em duas injeções subcutâneas de 150 mg. Para outros pacientes, a dose recomendada é de 150 mg por injeção subcutânea, com dose inicial nas Semanas 0, 1, 2, 3 e 4, seguida de dose mensal de manutenção. Com base na resposta clínica, a dose pode ser aumentada para 300 mg. Espondilite anquilosante: A dose recomendada é de 150 mg, administrada por injeção subcutânea, com administração inicial nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4, seguida por administração de manutenção mensal. Contraindicações: Cosentyx® é contraindicado em pacientes com reações graves de hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer um dos excipientes. Precauções e advertências: Infecções: Cautela em pacientes com infecção crônica ou histórico de infecção recorrente. Se um paciente desenvolver uma infecção grave, ele deve ser monitorado atentamente e Cosentyx® não deve ser administrado até que a infecção seja resolvida. Deve-se considerar terapia antituberculose antes do início de Cosentyx® em pacientes com tuberculose latente. Cosentyx® não deve ser administrado em pacientes com tuberculose ativa. Doença de Crohn: Os pacientes tratados com Cosentyx® e que apresentam doença de Crohn ativa devem ser acompanhados atentamente. Reações de hipersensibilidade: Casos raros de reações anafiláticas foram reportados em estudos clínicos. Deve-se descontinuar a administração de Cosentyx® imediatamente e iniciar terapia adequada caso ocorra uma reação anafilática ou outras reações alérgicas graves. Indivíduos sensíveis ao látex: A tampa removível da caneta preenchida do Cosentyx® contém um derivado do látex de borracha natural. Vacinação: Vacinas de vírus vivos não devem ser administradas concomitantemente ao Cosentyx®. Gravidez: Cosentyx® apenas deve ser usado durante a gravidez se os benefícios evidentemente superarem os riscos potenciais. Lactação: Deve-se ter cautela ao administrar Cosentyx® em mulheres que estejam amamentando. Reações adversas: Muito comuns (≥ 10%): Infecções do trato respiratório superior (nasofaringite, infecção do trato respiratório superior, rinite, faringite, sinusite, amigdalite). Comuns (1-10%): Herpes oral, diarreia, urticária, rinorreia, incontinência (0,1-1%). Candidíase oral, neutropenia, Tinea pedis, conjuntivite. Frequência desconhecida: candidíase de mucosa e pele. Interações medicamentosas: Vacinas de vírus vivos não devem ser administradas concomitantemente com Cosentyx®. Em um estudo em pacientes com psoríase em placas, não foi observada interação entre secuquinumabe e midazolam (substrato CYP3A4), USO ADULTO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. MS – 1.0068.1122. Informações completas para prescrição disponíveis à classe médica mediante solicitação. BSS 17.03.17



**Quais caminhos
seguir na hora
de buscar uma
especialização?**

Todos sabemos o quanto é importante se aperfeiçoar e se manter atualizado. Mas por qual direção seguir na hora de buscar uma especialização? Permanecer no Brasil ou buscar opções internacionais? Tudo vai depender dos seus objetivos de vida.

Felizmente, hoje, nosso país nos oferece excelentes ofertas de especializações e, nos serviços internacionais, nossos profissionais são vistos com muito respeito.

Para te ajudar nessa missão, reunimos um time de especialistas para contar um pouco sobre suas trajetórias em busca do aperfeiçoamento profissional, fazer um comparativo das oportunidades no Brasil e no exterior, apresentar as áreas mais procuradas da dermatologia e deixar dicas de caminhos pelos quais você pode seguir.



Renata Joffe

Dermatopatologista
no Texas (EUA)



Minha experiência em busca do aperfeiçoamento profissional:

"No 4º ou 5º ano de medicina, descobri que o renomado professor de dermatopatologia Bernard Ackerman possuía um serviço em Nova York que oferecia programas de visita para estudantes e médicos internacionais. Entrei em contato e perguntei se poderia passar um mês lá aprendendo, o que aconteceu em 2000. Nesse momento eu percebi que, se conseguisse passar na residência de dermatologia, iria querer fazer dermatopatologia.

De volta ao Brasil, durante a pós em dermatologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), fui a um congresso da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) em Vitória, no qual o Dr. Ackerman estava presente. Me reapresentei e ele me convidou oficialmente para estudar em seu serviço. A partir daquele momento, ainda no Brasil, já comecei a estudar para as provas de revalidação de diploma (United States Medical Licensing Examination - USMLE) e, em 2004, fui para Nova York. Essa experiência foi muito enriquecedora, fiz muitas conexões na área, publiquei alguns trabalhos e até escrevi um livro com o professor Ackerman.

Fiz a residência em anatomia patológica na Columbia University e, hoje, me sinto uma dermatopatologista mais completa por ter as duas especialidades (dermatologia e patologia).

Voltei para a The Ackerman Academy para fazer o fellowship oficial e, ao finalizá-lo, recebi várias ofertas de emprego, vindas de todo os Estados Unidos, e pude escolher onde queria morar e atuar."

Oportunidades de aperfeiçoamento no Brasil X exterior:

"De modo geral, a dermatologia no Brasil é considerada muito forte. Sua percepção aqui nos EUA é de um treinamento excelente, ou seja, os dermatologistas brasileiros, além de serem muito bem preparados, são também muito respeitados.

Eles são mais experientes em algumas áreas da dermatologia - por exemplo, as doenças infecciosas - e o médico norte-americano sabe disso. O Brasil oferece mais cursos de pós-graduação ou subespecialização na área de hanseníase, de doenças infecciosas, que os EUA.

Os norte-americanos também sabem que o profissional brasileiro tem cursos eficientes na área de cosmética, e essa é uma área que o Brasil domina muito bem. Em termos de medicina cosmética, os dois países estão na frente. Se eu tivesse que comparar, diria que o Brasil é tão bom quanto os EUA. Talvez na cirurgia micrográfica de Mohs os EUA estejam um pouco mais à frente, mas somente porque aqui é considerada uma subespecialidade oficial, na qual a pessoa pode fazer um treinamento e depois prestar a prova para o título de especialista.

Além disso, as oportunidades em dermatopatologia nos Estados Unidos são muito maiores. Se, no Brasil, o profissional deseja estudar dermatopatologia, há poucos locais, enquanto nos EUA existem mais de 60 serviços credenciados que oferecem vagas anuais para a subespecialização nessa área, preparando o profissional para o título de especialista em dermatopatologia."

Áreas mais procuradas:

"Na minha opinião, todas as áreas que existem aqui nos EUA, dentro da dermatologia, são bastante procuradas. As áreas oficiais são dermatopatologia, dermatologia pediátrica, cirurgia micrográfica de Mohs, oncologia dermatológica e cirurgia dermatológica cosmética. Todas essas áreas são muito procuradas, principalmente devido à demanda no mercado.

Uma área que nos últimos anos tem tido uma procura um pouco maior é a dermatopatologia, e acho que isso tem acontecido pela qualidade de vida que ela proporciona, uma vez que o profissional, aqui nos EUA, pode fazer seu próprio horário e também pela boa remuneração."

Que caminhos indica?

"A dermatologia no Brasil é excelente. Os serviços disponíveis para formação são muito fortes, completos e, de modo geral, preparam o médico para ser um excelente dermatologista. Em reuniões internacionais, o especialista brasileiro é muito conceituado e respeitado.

Caso o médico brasileiro deseje se aperfeiçoar no exterior, vai depender muito do que está buscando. Por exemplo, se é um estudante de medicina ou um residente que pensa em atuar e viver nos EUA, serão necessários alguns passos - como a prova de revalidação do USMLE (United States Medical Licensing Examination), em 4 etapas, além de fazer a residência.

Se for somente um curso temporário, meu conselho é entrar em contato diretamente com os diferentes departamentos das universidades norte-americanas."



Regina Casz Schechtman

PhD em dermatologia pela Universidade de Londres (UMDS)

Minha experiência em busca do aperfeiçoamento profissional:

"Há 30 anos eu pretendia buscar mais conhecimento na área e estudar em um país com mais recursos investidos em medicina e tecnologia, melhorar meu currículo, ampliar meus horizontes e ter uma experiência de vida morando por um tempo em um país estrangeiro mais desenvolvido.

Quando ainda fazia o 2º ano de especialização em dermatologia no Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ), entrei em contato com vários professores de fora do Brasil que vieram dar palestras em um congresso. Assistia às palestras e, após finalizarem, me apresentava e solicitava cartões de contato. Fiz vários contatos com professores de países diferentes (naquela época eram cartas, não existia e-mail!) e fui aceita para ficar em alguns locais no Canadá, Estados Unidos e Inglaterra. Escolhi a Universidade de Londres (St Johns Institute of Dermatology, St Thomas and Guy's Hospitals), onde fiz um ano de aperfeiçoamento e, depois, ganhei uma bolsa de doutorado. Fiquei lá de 1990 a 1995 e foi uma experiência incrível, que me marcou positivamente para toda a vida, me trouxe muitos amigos e me abriu muitas portas."

Oportunidades de aperfeiçoamento no Brasil X exterior:

"O Brasil avançou muito na oferta de bons centros e universidades de renome internacional que possuem oportunidades de aperfeiçoamento, como PUC Rio Grande do Sul, Hospital Albert Einstein, Hospital Sírio Libanês, para citar alguns. Atualmente, quem quiser fazer quaisquer subespecialidades não precisa sair do Brasil. Temos uma grande rede de profissionais e universidades muito capacitados, com conhecimento e tecnologia de ponta para oferecer estas oportunidades ao dermatologista. Porém, uma experiência no exterior sempre agrega muito, tanto para conhecimentos adicionais e especializações como também para fazer network. Sem mencionar a grande experiência de vida que é morar temporariamente em um país de cultura diversa à nossa. Na minha opinião, amplia muitos horizontes, faz a gente "sair da caixinha".

Áreas mais procuradas:

"As áreas mais procuradas da dermatologia atualmente são aquelas que trazem maior retorno financeiro a curto prazo, como cosmética, laser e tricologia. Com a invasão da especialidade nesses setores, vemos uma procura crescente nos últimos 10 anos por oncologia cutânea, cirurgia dermatológica e dermatoscopia."

Que caminhos indica?

"A oferta de cursos e serviços é muito grande hoje em dia. Por conta disso, o residente pode ficar confuso e ter dificuldade para escolher. Em primeiro lugar, acho que cada um deve pro-

curar fazer o que gosta. Na minha opinião, é a melhor maneira de alcançar o sucesso e satisfação profissional.

Procure um nicho dentro da sua especialidade, sem esquecer que possuir uma base sólida de dermatologia geral é fundamental para quaisquer subespecialidades que escolher. Converse com professores, colegas e pesquise na internet, nos sites das universidades ou serviços, e se programe com antecedência para aplicar, seja dentro do território nacional ou fora do Brasil."



Violeta Tortelly

Preceptora em dermatologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

Minha experiência em busca do aperfeiçoamento profissional:

"Eu queria ter uma vivência fora do país e, na época, o Alexandre Gripp, que era meu professor, sugeriu que eu atuasse com um médico que trabalhava muito com psoríase em Barcelona. A cidade em si, a língua e o hospital me atraíram também.

Foi muito legal, foquei em circular em ambulatorios diferentes para ver um pouco de tudo da parte clínica e até ajudei em um caso de hanseníase, porque eles não sabiam lidar por não ter mais a doença lá. Dei valor também à nossa medicina, pois fazemos tudo muito parecido, mas com muito mais sufoco e desafios."

Oportunidades de aperfeiçoamento no Brasil X exterior:

"Hoje existem muitos cursos que, na minha época de formação, não havia. Você tinha a oportunidade de rodar em outros serviços, mas era preciso correr atrás das buro-

cracias e escolher se sua residência oferecia oportunidade de espaço fora.

Eu atuava em um bom serviço no Brasil, e quis saber como era a realidade fora. Por isso, fui para Barcelona. Até pela oportunidade dessa vivência no exterior.

Temos ótimos serviços aqui no Brasil, acho que com o que temos de recursos financeiros e investimentos, fazemos milagres! O diferencial lá fora são medicações e exames que não temos aqui."

Áreas mais procuradas:

"Área estética porque tem, financeiramente, um ganho maior."

Que caminhos indica?

"Eu acho muito válido tentar ir para um lugar de referência, em alguma área que você queira atuar. Ou então focar em algo importante, mas que, devido à sua residência, não tenha tanta experiência."



Thiago Jeunon

Presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia Regional Rio de Janeiro

Minha experiência em busca do aperfeiçoamento profissional:

"Tive a grande oportunidade de fazer um fellowship em Nova York com os professores Bernard Ackerman e Geoffrey Gottlieb, dois grandes dermatopatologistas. Para mim, foi uma experiência de um enriquecimento pessoal incrível.

Quando estava lá, consegui perceber a mudança, o grande salto na curva de aprendizagem que eu estava tendo, não só durante os dez meses que eu fiquei lá, mas eu tive a nítida percepção que eu continuaria crescendo num ritmo muito acelerado pelo menos durante uns 5 anos, em função do aprendizado que eu estava tendo durante o meu treinamento lá.

No caso da dermatopatologia, quando eu fui não tinham muitas opções. Não existem muitas opções no Brasil pra ro-

tatório ou fellowship em dermatopatologia. Um dos motivos é porque a dermatopatologia não é reconhecida como área de atuação, então a gente acaba não tendo um grande estímulo pra ter programas de treinamento e também não se consegue, por exemplo, criar um programa de residência médica, que tenha bolsa, pela Comissão Nacional de Residência Médica, porque não existe o registro da área de atuação, e isso é uma pena. Então, é natural que os brasileiros interessados na área, tanto dermatologistas quanto patologistas, procurem treinamento no exterior. Aqui no Brasil existe o treinamento no serviço da Universidade de São Paulo (USP), já há alguns anos, capitaneado pelas professoras Neuza Valente e Miriam Souto, e agora estamos também desenvolvendo um programa de rotatório eletivo e de fellowship no nosso serviço no Rio de Janeiro. Mas ainda

são poucos programas, então é muito frequente que os interessados em se aprimorar na dermatopatologia busquem uma complementação no exterior.”

Oportunidades de aperfeiçoamento no Brasil X exterior:

“No Rio e no Brasil temos excelentes serviços credenciados que, por si só, já oferecem uma formação bastante completa para os dermatologistas. Posso usar o exemplo do nosso serviço, do Hospital Geral de Bonsucesso, que tem vários status com várias áreas de concentração em determinadas partes da dermatologia. Nosso residente pode ser exposto a ambulatório geral, cirurgia dermatológica, cosmia-tria, dermatopatologia, a ambulatório de imunossuppressores e doenças crônicas, ambulatório de hanseníase, enfim, entre outras várias vertentes da dermatologia. Quando fazem um rotatório opcional, nossos residentes gostam muito da experiência da formação diferente do serviço, de ter contato com outros professores.

Portanto, sempre é muito enriquecedor sairmos do local onde estamos habituados para termos uma experiência em outros serviços, tanto nacional quanto internacionalmente. Isso pode ser feito durante a residência, através dos rotatórios opcionais ou até mesmo depois da residência, em algum tipo de curso mais aprofundado, com uma extensão temporal maior - como os fellowships que geralmente têm a duração de aproximadamente 1 ano.

Quando se faz isso, se tem contato com outras pessoas, outras experiências, pessoas que têm uma bagagem distinta, não necessariamente melhor ou pior, mas quanto mais exposição se tiver com a multiplicidade se consegue, no todo, extrair coisas positivas dessas experiências.”

Áreas mais procuradas:

“Nos últimos anos houve uma procura muito grande pela cosmia-tria. Mais recentemente, acho que a cirurgia dermatológica tem sido muito atrativa: vejo muitas pessoas buscando especialização em cirurgia dermatológica.

Felizmente, também vejo um interesse crescente dos dermatologistas pela dermatopatologia, talvez um pouco em função de os cirurgiões estarem querendo aprender dermatopatologia pra se aprimorarem na técnica da cirurgia micrográfica. Outra área que está sendo muito procurada e que realmente teve uma expansão enorme de conhecimento na última década, digamos assim, é a área do estudo das alopecias, da tricoscopia e o estudo das patologias envolvendo o couro cabeludo e o folículo piloso. A dermatologia é multifacetada, então temos muitas pessoas com interesses distintos e esse aprimoramento depois da formação básica em dermatologia é importantíssimo.”

Que caminhos indica?

“O primeiro passo é saber em que área você tem desejo em se especializar. Tendo essa certeza, procure quais serviços se destacam. Uma vez decidido, quais são os locais para os quais você deseja se candidatar? Entre em contato com o serviço ou o chefe do serviço. Isso pode ser feito através de e-mail (geralmente esses mentores respondem num prazo curto).

Outro passo é entrar em contato com os responsáveis por programas de treinamento nos congressos. Ao assistir a uma aula desse palestrante, no final, se apresente, fale do seu interesse. Esse networking que a gente consegue ter nos congressos muitas vezes abre muitas portas e as oportunidades surgem. Acho que essas são duas formas bem interessantes de conseguir estágio no exterior.”

Quer mais dicas? Temos!

Cursos de observership nos EUA, sugeridos pela dermatopatologista Renata Joffe

International Graduate Program in Dermatology at

Boston University School of Medicine

Department of Dermatology at the New York University(NYU) School of

Medicine offers an International Observership Program in Dermatology

MD2B Connect

Wake Forest Baptist Medical Center - Medical Center Boulevard - Winston-

Salem, NC 27157

Blog da Dra. Renata, com todas as informações para quem deseja atuar nos Estados Unidos, segundo sua experiência.

Clique nos títulos para ser direcionado ao site



Dermatomiosite associada a nódulo pulmonar

Autores:

Haizza Monteiro
Talita Caldas Oliveira
Maria de Fátima Scotelaro
Luna Azulay-Abulafia
Alexandre Carlos Gripp
Arles Martins Brotas

Instituição:

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Introdução:

A dermatomiosite é uma doença inflamatória crônica do tecido conjuntivo que relaciona miopatia a manifestações

cutâneas.^{1,2} Entre 6 a 60% dos casos associa-se com neoplasia,^{2,-5} apresentando alterações dermatológicas mais precoces, intensas e com necrose. As alterações musculares podem ter início tardio, com evolução rapidamente progressiva e resistência à corticoterapia sistêmica.¹ A dermatomiosite associada à neoplasia (DMN) é mais prevalente acima de 60 anos, sendo mais frequentes, o câncer de ovário, trato gastrointestinal, pulmão, mama e linfoma não-Hodgkin.³⁻⁶ O dano cutâneo-muscular pode ser anterior (34%), subsequente (40%) ou simultâneo (26%).⁷ O diagnóstico precoce e o tratamento são fundamentais na redução da morbimortalidade, não apenas pela redução do dano muscular, mas também pela possibilidade da investigação de neoplasia associada.

Relato de caso:

Paciente feminina, 69 anos, ex-tabagista apresentou há quatro meses pápulas em couro cabeludo e justa-articulares nas mãos que progrediram para ulceração. Concomitantemente, placas em punhos, cotovelos e joelhos. Evoluiu com edema facial, pior em região periorbitária e em membros superiores. Há dois meses desenvolveu fraqueza muscular proximal intensa e progressiva. Na admissão, restrita à cadeira de rodas, em grave estado geral, sonolenta, disártrica, disfônica, disfágica e sialorreica. Edema e hipotonia de membros com força proximal grau 1 e distal grau 2. Ao exame dermatológico, observou-se heliotropo, poiquilodermia no tronco, lesões ulcero-crostosas justa-articulares e nas extremidades digitais, sinal de Gottron e mãos de mecânico (Figura 1A-E). Na dermatoscopia ungueal apresentava ceratose cuticular e telangiectasias periungueais (Figura 1F). Adicionalmente, candidíase oral e infecção bacteriana de couro cabeludo. As hipóteses diagnósticas foram dermatomiosite primária idiopática e DMN. Os exames laboratoriais revelaram aumento dos parâmetros infecciosos, inflamatórios e das enzimas musculares (CPK de 3383 U/L). FAN 1:640 nuclear pontilhado fino, anti-DNA reagente. Anti-Jo1, anti-Mi2, anti-SCL70 não reagentes (Tabela 1). A histopatologia da face (heliotropo) mostrou dermatite de interface vacuolar e espaços claros por depósito de mucina (Figura 2A). Em tronco (poiquilodermia), áreas de extenso apagamento da camada basal com degeneração fibrinoide e derme com ectasia vascular (Figura 2B). Tomografia de tórax

identificou nódulo pulmonar sugestivo de malignidade (Figura 3A). Ressonância muscular indicando inflamação e mioedema em todos os grupamentos musculares incluindo a musculatura esofágica e diafragmática (Figura 3B,C). O tratamento inicial foi realizado com vancomicina, ciprofloxacino, fluconazol, nistatina e metilprednisolona (dose equivalente a 1mg/kg/dia de prednisona). Após controle infeccioso, foram administradas dose dobrada de corticosteroide e imunoglobulina 2g/kg divididas em 5 dias. Paciente evoluiu com melhora clínica (fraqueza muscular, edema e lesões cutâneas) (Figura 4) e laboratorial (CPK 491 U/L) (Tabela 1), sendo encaminhada à cirurgia torácica para abordagem do nódulo pulmonar.

Discussão:

A DMN é uma doença rara com alta morbimortalidade,^{1,4} demandando do dermatologista alto grau de suspeição diagnóstica, atentando-se a um curso atípico: idade avançada, história prévia de câncer, resistência ao tratamento, ausência de anticorpos específicos ou relacionados à miosite e ausência de doença pulmonar intersticial.⁷ No exame dermatológico, presença de vasculite, úlceras, vesículas, bolhas, necrose e prurido intratável.^{7,8} Em 80% dos casos são encontrados anti-TIF1 e NXP-2,^{3,8,9} não sendo necessário, no presente estudo, devido ao diagnóstico precoce do nódulo pulmonar. A presença das manifestações cutâneas e musculares graves, além da ausência de anti-Jo1 e anti-Mi2, suscitaram uma investigação ampla de neoplasia associada. É aconselhável rastreio neoplásico tanto

no diagnóstico de dermatomiosite quanto no seguimento anual, já que o tratamento da neoplasia pode curar a doença (Tabela 2).^{1-4,6,9} No caso descrito, evidenciou-se nódulo pulmonar sugestivo de malignidade pela tomografia. Ressalta-se neste relato a

gravidade da DMN e o papel do dermatologista no diagnóstico, sobressaltando os principais sinais e sintomas relacionados à malignidade, além da importância do rastreio no diagnóstico, seguimento e para o tratamento da doença. ■

Imagens do caso

Acesse [aqui](#) as outras figuras e as referências bibliográficas.



Figura 1: Manifestações clínicas relacionadas à dermatomiosite. A) Heliotropo e lesão eritematoviolácea acometendo sulco nasolabial. B) Poiquilodermia em tronco associada a lesões ulcerocrostosas. C) Sinal de Gottron em joelhos. D) Lesões ulcerocrostosas nas mãos (justa-articulares e em extremidades digitais). E) Descamação, ceratose e fissuras sugestivas de mão de mecânico. F) Dermatoscopia de leito ungueal que evidencia ceratose cuticular e telangiectasias periungueais.

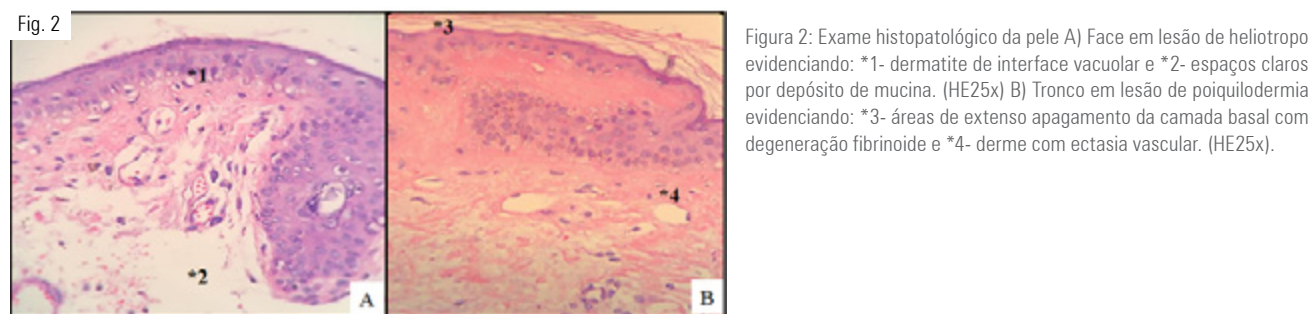


Figura 2: Exame histopatológico da pele A) Face em lesão de heliotropo evidenciando: *1- dermatite de interface vacuolar e *2- espaços claros por depósito de mucina. (HE25x) B) Tronco em lesão de poiquilodermia evidenciando: *3- áreas de extenso apagamento da camada basal com degeneração fibrinoide e *4- derme com ectasia vascular. (HE25x).

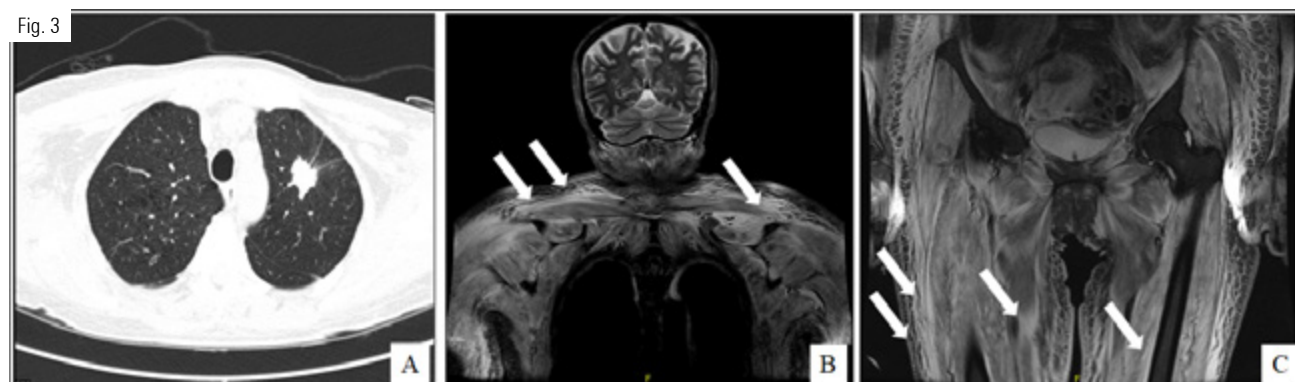


Figura 3: Exames de imagem complementares A) Tomografia computadorizada de tórax evidenciando nódulo pulmonar esquerdo, sugestivo de malignidade. Tamanho de 2,1 centímetros, irregular, espiculado e hipercaptante de contraste. B-C) Ressonância magnética de cintura escapular e pélvica evidenciando hipersinal em STIR ("short time inversion recovery" - técnica utilizada para supressão de gordura e melhor avaliação muscular), áreas mais claras indicadas pelas setas que revelam mioedema em todos os grupos musculares. Não há atrofia pela rápida evolução do quadro.

Carcinoma espinocelular subungueal em múltiplos dígitos

Autores:

María Salomé Cajas-García
Fernando Manoel Belles de Moraes
David Rubem Azulay
Robertha Nakamura.

Instituição:

Instituto de Dermatologia Professor Rubem Azulay.

Introdução:

O carcinoma espinocelular subungueal (CEC) é uma neoplasia maligna das células epiteliais originárias do leito ungueal. Sua variação morfológica frequentemente mimetiza outras onicopatias que atrasam o diagnóstico. Tem crescimento lento e risco de metástase baixo. Descrevemos um caso incomum de carcinomas espinocelulares subungueais invasivos em três dígitos da mão direita, as possíveis associações e fatores de risco.

Relato de caso:

Paciente masculino, 51 anos, tabagista. Possui antecedente familiar de mãe com câncer de mama e antecedente pessoal de verrugas nas mãos durante a infância. O paciente referia onicofagia há mais de 8 anos, que levou ao longo do tempo uma onicodistrofia do segundo quirodáctilo direito, acompanhado de aumento da sensibilidade, dor e sangramento (Figura 1). Foi realizada uma biópsia que confirmou o diagnóstico de CEC moderadamente diferenciado; a lesão alcançava os limites excisionais. A imunohistoquímica para marcador tumoral p16 foi positiva. A radiografia evidenciou acometimento ósseo. Encaminhamos o paciente ao Instituto Nacional do Câncer (INCA), onde foi realizado rastreamento e amputação da falange distal acometida.

Quatro anos após, o paciente retornou com uma lesão no terceiro quirodáctilo direito, referindo dor leve, alteração da sensibilidade e odor fétido (Figura 2). Foi realizada biópsia excisional, confirmando o diagnóstico de CEC com margens comprometidas, também positivo para p16 na imunohistoquímica. Radiografias e tomografias não revelaram envolvimento ósseo. Foi realizada ampliação das margens e excisão da unidade ungueal. O material enviado para análise histopatológica demonstrou margens profundas comprometidas. Encaminhamos o paciente ao INCA para amputação da falange distal, sendo que o paciente se recusou. Feito acompanhamento durante 2 anos sem recidiva do quadro. Na última revisão, o paciente referiu nova lesão com 6 meses de evolução no quinto quirodáctilo direito levemente dolorosa (Figura 3). O resultado da histopatologia confirmou o diagnóstico de CEC. Exames complementares em andamento.

Discussão:

O CEC é uma neoplasia maligna das células epiteliais que tem origem no leito ungueal, mas pode invadir por extensão todo o aparelho ungueal. É mais frequente no sexo masculino, entre a quinta e sexta década da vida^{1,2}. Assemelha-se a outras onicopatias: onicomiose, verruga, granuloma piogênico, melanoma, entre outras que poderiam confundir e retardar o diagnóstico^{1,3,4}. A maioria dos casos relatados envolvem um único dedo. Acometimento de vários dígitos, invasão óssea e metástases à distância não são comuns^{5,6}.

Está associado à inflamação crônica, traumatismos, doenças genéticas, radiação, exposição a substâncias tóxicas, imunossupressão e infecção prévia pelo Papilomavírus Humano (HPV)^{1,3,4}. Dentre os principais subtipos de HPV relacionados à doença, o tipo 16 é identificado em até 74% dos casos.

A imunohistoquímica demonstrou elevado índice proliferativo (Ki-67) e expressão de p16, corroborando com sua potencial agressividade local e pior prognóstico. Dessa forma, embora a imunopositividade para p16, tenha alta sensibilidade, não é específica para a detecção do próprio HPV, a qual é conclusiva apenas com reconhecimento do DNA viral pelo PCR^{7,8}.

O tratamento depende da extensão tumoral e envolvimento ósseo, varia desde excisão limitada até amputação digital⁹.

Neste caso, levantamos a hipótese de que o processo começaria pelo trauma provocado pela compulsão, onicofagia, que provocou uma ruptura da barreira cutânea, facilitando uma provável inoculação do HPV nas células epiteliais do leito ungueal. As oncoproteínas virais E6 e E7 levariam a degradação das proteínas p53 e pRB gerando um acúmulo de mutações ge-

néticas e à hiperproliferação celular¹⁰. Fatores externos, como o consumo de tabaco, somados à diminuição da microvascularização periférica e resposta imune local poderiam colaborar na progressão do câncer. Consideramos fatores próprios do pa-

ciente como uma possível predisposição genética que está em pesquisa. Somados, todos estes fatores levariam a progressão de múltiplos CEC. Na literatura estão descritos apenas cinco casos de vários dígitos na mesma mão. ■

Imagens do caso

Acesse [aqui](#) as outras figuras e as referências bibliográficas.

Fig. 1

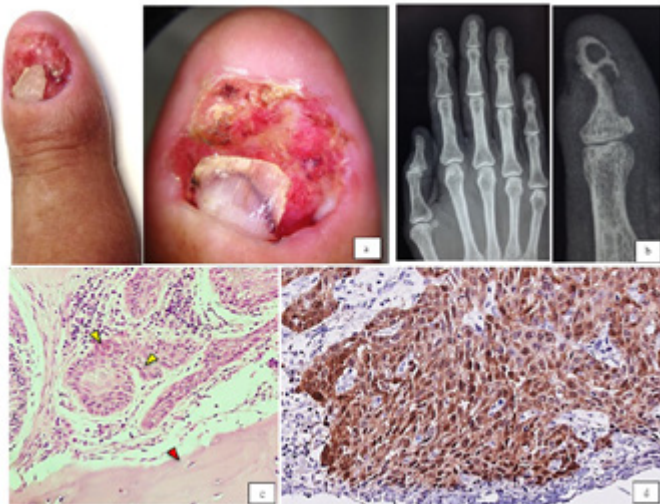


Fig. 2

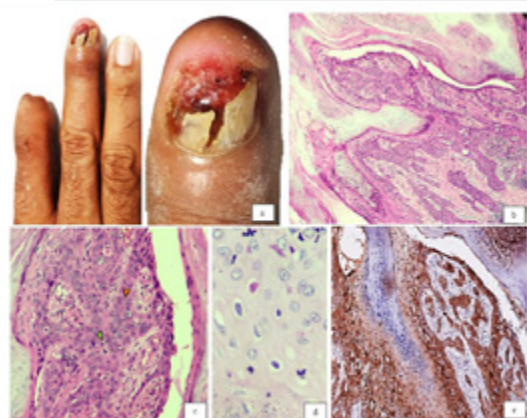


Fig. 3



Lesões ulceradas no 1º mês de vida

Autores:

Mariana Florian da Costa
Bibiana Florian da Costa
Lina Paula dos Santos Domingues
Thiago Jeunon Souza Vargas
Clarissa Maria Da Cás Vita Campos
Egon Luiz Rodrigues Daxbacher

Instituição:

Hospital Federal de Bonsucesso – HFB

Introdução:

Herpes simples é uma doença infecto-contagiosa crônica prevalente na população mundial. Em neonatos,

a maioria das infecções são atribuídas a transmissão intraparto², e a maior morbidade em prematuros pode estar relacionada a um sistema imunológico imaturo³. O herpes neonatal ocorre nos primeiros 28 dias e possui 3 formas clínicas^{4,5}. Já o herpes simples crônico é definido por infecções que persistem por mais de 4 semanas, ocorre em pacientes imunossuprimidos e possui maior tendência a recorrência⁶. As manifestações clínicas podem ser erosões, úlceras e vegetações, localizadas em região facial, oral, genital ou auricular⁷. Relatamos um caso atípico de lesão cutânea ocasionada pelo vírus herpes simples em um recém nascido com 20 dias de vida, que possui características clínicas semelhantes ao herpes simples crônico.

Relato de caso:

Prematuro, sexo masculino, nascido por parto cesárea após 14 dias de bolsa rota. História materna de sorologias para HIV, sífilis, toxoplasmose e hepatite B negativas durante o pré-natal. Ao nascer, apresentou insuficiência respiratória grave, sendo internado no CTI onde realizou tratamento para sepse pulmonar e fez uso de: antibióticos (ampicilina, oxacilina e gentamicina) e corticóide (dexametasona).

No 20º dia de vida, surgiram lesões pustulosas em tórax e orelha que evoluíram para erosões e ulceração, sendo iniciado amoxicilina e clavulanato, e solicitada avaliação para a dermatologia. Ao exame, apresentava lesões erosivas arredondadas recobertas por crosta hemática aderente em tórax e face (FIG. 1A), lesão de aspecto ulceronecrotico em região auricular esquerda (FIG. 1B) e lesão exulcerativa em região perineal. (FIG. 1C).

Os exames laboratoriais e de imagem não demonstraram alterações relevantes. A biópsia revelou erosão na periferia com queratinócitos balonizados de núcleos pálidos com marginalização periférica da cromatina e algumas células multinucleadas (FIG. 2A), na profundidade dos cortes as glândulas écrinas apresentavam alterações citopáticas semelhantes, e estavam envolvidas por infiltração inflamatória mista (FIG. 2B) corroborando para o diagnóstico de infecção pelo vírus do herpes simples.

Após 14 dias de tratamento com aciclovir intravenoso (20mg/kg/dia) o paciente obteve cicatrização completa das lesões. Atualmente vem apresentando recorrência de lesões cutâneas herpéticas e se encontra em investigação na imunologia pediátrica para quadro de imunodeficiência primária.

Discussão:

Herpes simples é uma doença infecto-contagiosa crônica muito prevalente na população mundial, sendo o herpes vírus simples tipo 1 e 2, seus agentes etiológicos¹. A maioria das infecções em neonatos é atribuída a transmissão intraparto, e 70% dos recém-nascidos acometidos não possuem história de infecção materna. Entre os fatores de risco estão a ruptura prolongada de membranas e a infecção materna no último trimestre². Em relação aos prematuros, a maior morbidade pode estar relacionada a um sistema imunológico imaturo, e, pela maioria dos pacientes possuírem comorbidades associadas, o diagnóstico pode ser tardio e desafiador³. O herpes neonatal, ocorre até 28 dias de vida, e possui 3 classificações: doença localizada em pele, olhos, e/ou boca, doença no sistema nervoso central (SNC), e forma disseminada^{4,5}. O paciente deste caso apresentou apenas lesões cutâneas, não se enquadrando em nenhuma das formas clínicas descritas acima. Já o herpes simples crônico é definido por infecções

que persistem por mais de 4 semanas, ocorre em pacientes imunossuprimidos e possui maior tendência a e recorrência⁶. As manifestações clínicas podem ser erosões, úlceras e vegetações com localização em região facial, oral, genital ou

auricular⁷. O tratamento preconizado em imunossuprimidos é aciclovir IV (10 mg/kg/dose de 8/8h) por 7 a 14 dias, sendo a dose para herpes neonatal superior (20 mg/kg/dose 8/8 h) por 14 dias a 21 dias, dependendo da forma clínica⁸. ■

Imagens do caso

Acesse [aqui](#) as outras figuras e as referências bibliográficas.



Fig 1A: Lesões erosadas arredondadas recobertas por crosta hemática aderente



Fig 1B: Lesão de aspecto ulceronecrotico



Fig 1C: Lesão exulcerativa em região perineal.

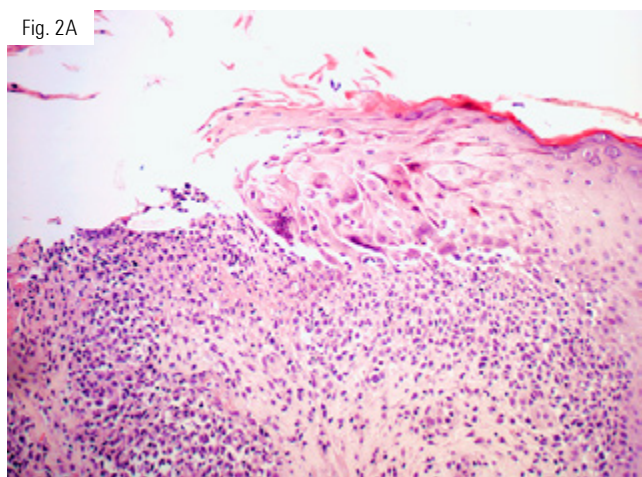


Fig 2A: Erosão na periferia com queratinócitos balonizados de núcleos pálidos com marginalização periférica da cromatina e algumas células multinucleadas.

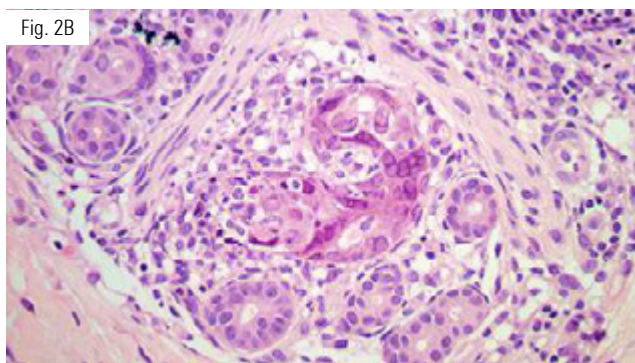


Fig 2B: Na profundidade dos cortes, as glândulas écrinas apresentam alterações citopáticas, envolvidas por infiltração inflamatória mista.

Sarcoidose de couro cabeludo: uma alopecia cicatricial incomum.

Autores:

Gabriel Moreira Amorim
Corina Isabel Salas Callo
Rodrigo Pirmez
Leonardo Peirera Quintella
Danielle Carvalho Quintella

Instituição:

Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay

Introdução:

A Sarcoidose é uma doença inflamatória sistêmica de origem desconhecida, que pode envolver todos os órgãos, sendo o envolvimento cutâneo presente em até 20-35% dos casos.¹⁻³ Seu diagnóstico é feito através de exame histopatológico, evidenciando processo inflamatório granulomatoso nos órgãos afetados, tornando o envolvimento cutâneo de mais fácil diagnóstico devido fácil acesso.² Dentre as diversas formas cutâneas, o acometimento do couro cabeludo enquadra-se como raro. Descrevemos caso a seguir seguido de revisão da literatura existente.

Relato de caso:

Paciente, sexo feminino, 56 anos, queixava-se de queda capilar acometendo região occipital e parietal com 1 ano de evolução. Referia dor e Prurido intenso associado, sem melhora a tratamentos prévios com shampoo de LCD e formulações não especificadas.

Ao exame dermatológico apresentava placa de alopecia eritemato-descamativa grande e única, com áreas de atrofia, localizada em região occipital e parietal esquerda (figuras 1,2 e 3). À tricoscopia áreas de atriaquia e áreas hipercrômicas com eritema de base, descamação peri-folicular, algumas telangiectasias e poucos pili torti (figura 4). Apresentava também placa hipercrômica com atrofia central e descamação com 2 semanas de evolução em região pré-auricular, com presença de hipercrômia e eritema, área branca amorfa central e presença de telangiectasias à dermatoscopia (figura 5 e 6).

Optamos por realizar biopsia de placa de alopecia e lesão pré-auricular e a análise histopatológica observou infiltrado dérmico difuso, superficial e profundo, com presença de granulomas sarcoídicos (figuras 7 e 8). Logo concluímos tratar-se de sarcoidose com acometimento de couro cabeludo formando quadro de alopecia cicatricial.

Após foi iniciada hidroxicloroquina 400mg por dia e clobetasol solução capilar 10 gotas 1 vez ao dia com remissão dos sintomas após 2 meses de uso, diminuição da lesão pré-auricular e pouca melhora da atrofia vista na placa de alopecia embora sem repilação (figuras 9, 10, 11 e 12).

Discussão:

O acometimento do couro cabeludo pela sarcoidose cutânea é raro e de diagnóstico difícil caso a paciente não apresente outras lesões.¹⁻³ Tem um maior acometimento em mulheres, com revisões apontando uma possível predileção por afrodescendentes e miscigenados.^{2,3} As placas de alopecia podem apresentar formas variadas, inclusive forma lúpus-like como apresentada em nossa paciente.^{2,3}

Normalmente ocorre a formação de alopecia cicatricial, assemelhando-se a líquen plano pilar ou lúpus eritematoso discoide, decorrente da destruição dos folículos pilosos pela presença dos granulomas sarcoídicos, com poucos casos relatados em literatura que apresentaram-se de forma não-cicatricial.^{2,4}

Embora nossa paciente apresente somente doença cutânea até o presente momento, estudos mostram uma grande relação entre acometimento de couro cabeludo e doença em outros órgãos, sendo o principal pulmonar e lin-

fonodal, mostrando-se então necessário o acompanhamento da paciente assim como o regular rastreio de doença acometendo demais tecidos.^{1,2,4-7}

O diagnóstico é feito principalmente com exame histopatológico das lesões, que apresentam infiltrados moderados a densos de linfócitos e granulomas não-caseosos sarcoídicos.^{1,8}

São as opções terapêuticas mais relatadas para aco-

metimento de couro cabeludo: corticoides tópicos, intralesionais e sistêmicos, antimaláricos e imunossuppressores, sendo a mais descrita a azatioprina; embora não exista um consenso de tratamento, e todos os tratamentos não tenham uma resposta satisfatória normalmente, diferente da nossa paciente que teve melhora dos sintomas ao associar opções terapêuticas e leve melhora no aspecto da lesão.¹⁻⁴

Imagens do caso

Acesse [aqui](#) as outras figuras e as referências bibliográficas.

Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Figura 1, 2 e 3: placa de alopecia eritemato-descamativa com áreas de atrofia, acometendo principalmente região occipital e parietal.

Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

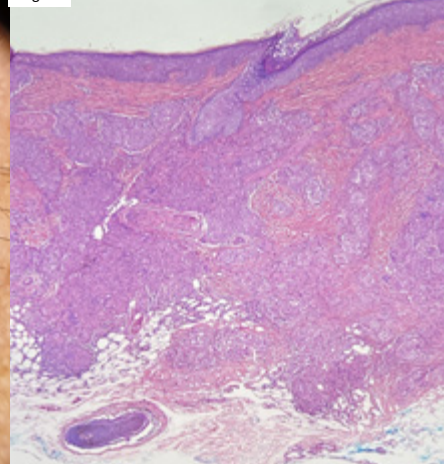


Figura 5: Placa hipercrômica com atrofia central e descamação com 2 semanas de evolução em região pré auricular. Figura 6: Dermatoscopia à direita com presença de hiperchromia com eritema, area branca amorfa central e presença de telangiectasias. Figura 7: Histopatologia da lesão occipital com presença de infiltrado dérmico difuso, superficial e profundo, com presença de granulomas sarcoídicos.

Pesquisa CFM/Datafolha conclui que médicos são os profissionais em quem os brasileiros mais confiam

Egon Daxbacher



A pandemia desencadeada pelo novo coronavírus trouxe muitas dúvidas e acirrou o medo, porém, revelou uma certeza: a confiança que a população possui na classe médica está mais em alta que nunca.

Foi o que revelou uma pesquisa realizada em maio deste ano pelo Datafolha, solicitada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que buscou saber qual o profissional em quem as pessoas mais confiam e acreditam. Os médicos obtiveram 35% de aprovação. Logo atrás, com 21% de aprovação, vêm os professores.

Para o dermatologista Egon Daxbacher, o alto nível de confiança depositado nos médicos se deve, “basicamente ou principalmente, à imagem que o médico transmite para a população, de segurança e muito conhecimento, de possuir anos de estudo com atualização contínua, se mantendo sempre informado sobre o que há de melhor e mais corrente na medicina em termos de tratamentos, medicamentos e pesquisas científicas. Para os pacientes, os médicos têm a imagem de quem estuda a vida toda, o que é uma verdade, e isso gera esse alto nível de confiança da profissão.”

Segundo a pesquisa, 49% dos brasileiros acreditam que o trabalho do médico não recebe a valorização que merece. Para o especialista, essa é uma avaliação que deve ter mais relação com o médico que atua no serviço público.

“Creio que essa avaliação seja mais em relação ao médico que trabalha principalmente no serviço público pois, como disse antes, a população tem essa imagem do médico estudando durante anos e, por isso, merece, assim como muitos outros profissionais, ser mais valorizado e reconhecido”, comenta Egon.

Neste cenário, segundo o dermatologista, realizar um atendimento ético, manter a boa relação médico-paciente e respeitar o compliance são condições fundamentais para manter e melhorar a visão que as pessoas têm sobre o médico, já que isto também aumenta o grau de confiança e de boa reputação, fazendo com que o paciente tenha convicção de procurar sempre o profissional que lhe dá mais segurança, em cuja opinião pode confiar para seguir com o uso apropriado de medicamentos, continuar com seu tratamento, dentre outras coisas.

Para Egon, o mundo vem passando por muitas transformações no âmbito político, social, econômico, cultural e tecnológico, e essa relação passa por provações devido a essas mudanças e a uma grande polarização global.

“O médico deve se adaptar e avaliar quando não se modificar mediante ao que confia no momento.

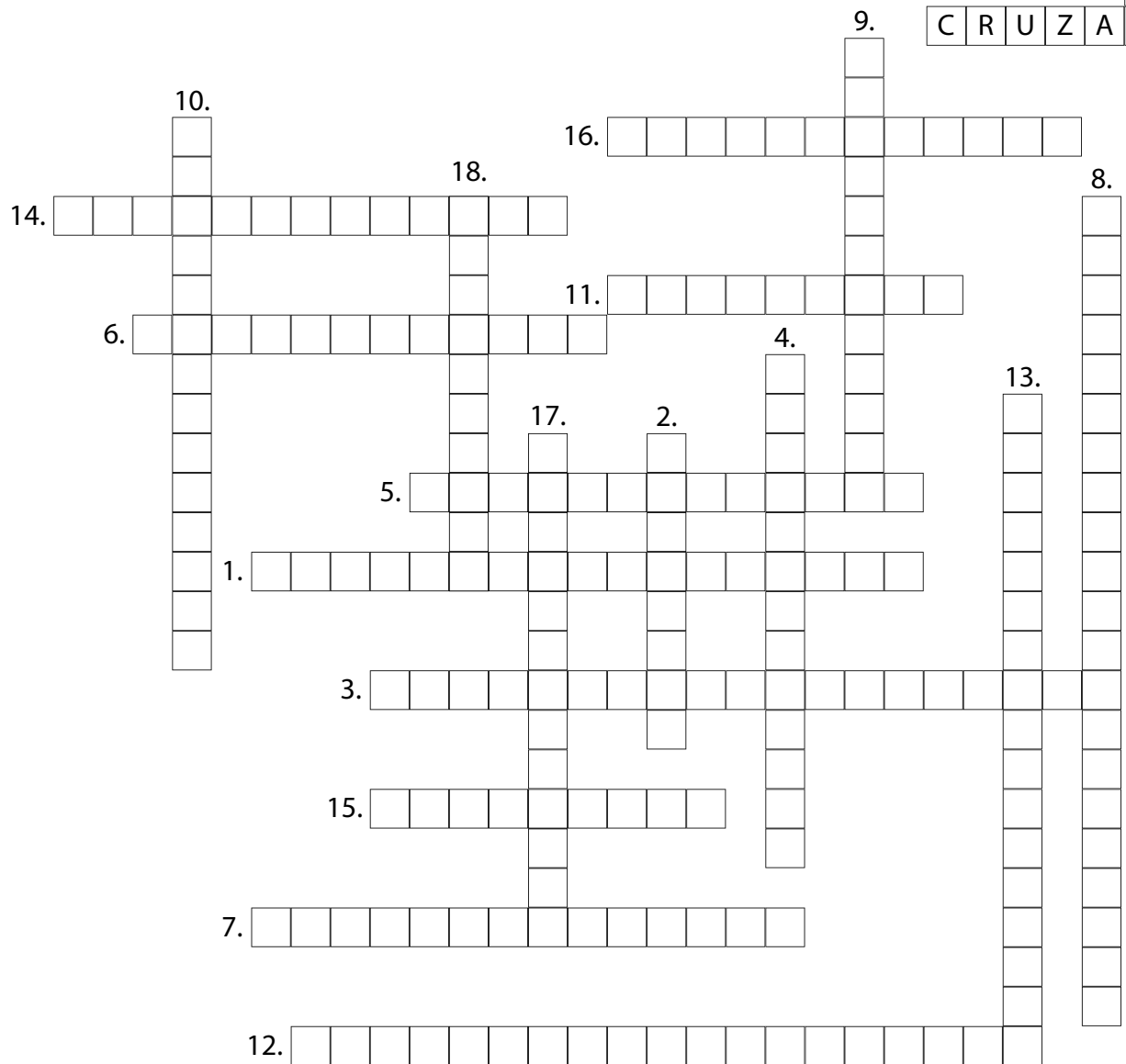
Não cabe ao médico, por exemplo, discutir política ou abordar questões culturais ou religiosas em uma consulta, não relacionadas ao problema do paciente. Esses debates e discussões devem ser feitos ou levados para locais mais apropriados e não influenciar na relação entre o médico e seu paciente. Não é função da relação médico-paciente a política de condutas e sim a discussão de normas do ponto de vista médico, o que se deve fazer ou praticar do ponto de vista científico com relação a uma medicação ou a um tratamento, por exemplo, de acordo com preceitos médicos e científicos, com base em estudos, pesquisas, certezas. O médico pode prescrever com base no que conhece, no que passou anos estudando e no que acredita cientificamente.”

E o que diferencia o médico de outras profissões?

“A diferença está na responsabilidade com as habilidades e atribuições de cada área, visto que as atribuições que o médico desempenha são muito difíceis de reproduzibilidade por outros profissionais com a mesma segurança e resultado, com tudo que cerca o trabalho exclusivo do médico.”

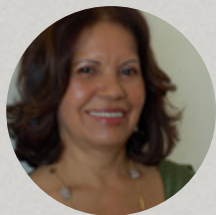
Quer saber mais sobre a pesquisa? [Clique aqui](#)





Acesse as respostas

1. Doença relacionada a resistência insulínica na qual surgem placas com textura aveludada hiperpigmentadas nas regiões de dobras
2. Via de sinalização que controla o crescimento celular e que pode estar mutada em casos de carcinoma basocelular
3. Doença Granulomatosa que acomete a Região pré-tibial e está associada a casos de diabetes tipo II
4. Classe de antibiótico que se for associada ao uso da isotretinoína pode estar relacionada ao risco de síndrome de pseudo-tumor cerebral
5. A formação de urticar após fricção das lesões nas mastocitoses é conhecida como
6. Nova modalidade de tratamento de melanomas metastáticos que estimula a resposta imune dos doentes
7. A reativação do vírus herpes-vírus humano tipo 6 e 7 está associada ao surgimento dessas lesões eritemato-descamativas no tronco
8. Pápulas confluentes amareladas no pescoço conferindo aspecto de casca de laranja e estrias angiíodes oculares permitem suspeitas qual diagnóstico?
9. Tipo de curativo em placa que pode ser usado para o tratamento de feridas com leve a moderada exsudação, rachaduras de pele, prevenção de úlceras de pressão e calosidades
10. Tumor da ungueal que apresenta projeções digitiformes impressas na placa ungueal, resultando em espessamento, estrias longitudinais, coloração amarelada e hemorragias em estilha
11. Nevo fuscocerúleo oftalmomaxilar
12. Genodermatose causada por alteração nos genes que controlam o reparo do DNA
13. Doença infecciosa exantemática causada pelo Parvovirus B19
14. Pápulas eritematosas que acometem a face na esclerose tuberosa
15. Agente etiológico da doença mão pé boca
16. Síndrome hereditária causada pela síntese anormal de colágeno, gerando hiperelasticidade e fragilidade cutânea
17. Ataxia locomotora presente na Sífilis congênita tardia
18. Célula mais sensível ao congelamento com criocirurgia



Leninha Valério do Nascimento
Chefe do Serviço de Dermatologia do
Hospital Central do Exército - RJ

Os cuidados com a pele do idoso



A pele é um órgão de revestimento e o maior do corpo humano. Ela representa 15% do seu peso, atuando como uma barreira protetora, impedindo a penetração de irritantes e alérgenos do meio ambiente, evitando a perda de água do organismo e mantendo a homeostase interna. Ela também protege os órgãos internos, limita a passagem de substâncias e contribui para a manutenção da temperatura corporal e da pressão sanguínea.

O envelhecimento da pele está intimamente ligado à dificuldade de definir a idade biológica, e conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos, determinando por levá-lo à morte.

O envelhecimento cutâneo é o resultado da ação de fatores individuais (genéticos), da ação deletéria do meio ambiente (exposição solar crônica, poluição), e outros como: tabagismo, etilismo, estresse emocional, alimentação inadequada, repercussão de doenças cutâneas e sistêmicas, (genéticas, endócrinas) e hormonais.

A dermatologia é uma das especialidades da clínica médica que tem alcançado, nos últimos anos, um grande desenvolvimento não somente com as novas tecnologias no tratamento das doenças da pele, mas também com os cuidados em mantê-la saudável e com sua beleza natural.

A importância do tema é que a população idosa aumentou substancialmente nas últimas décadas e a expectativa de vida continua aumentando a cada dia. O importante de viver muito é ter boa saúde, qualidade de vida e autonomia para realizar as atividades diárias. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a idade consi-

densidade, firmeza e elasticidade, mais visíveis na face, pescoço, colo e mãos.

Quanto à anamnese, devem ser incluídos todos os dados de identificação, história da doença atual, história patológica pregressa, familiar e o exame físico (dermatológico) criterioso de toda a pele e anexos, através da

Os cuidados diários são:

- Higienização – banhos mais frios (mornos) e rápidos. Evitar esfoliantes químicos e físicos (bucha). Usar limpadores com pH neutro a fisiológico (Syndets);

- Hidratação - utilizar umectantes: uréia, lactato de amônio, glicerina, PCA-Na, propilenoglicol, pantenol. Emolientes: óleos vegetais de amêndoas doces, semente de uva, lanolina, ceras vegetais, ceramidas, vaselina, etc. Os óleos de banho devem ser usados em todo o corpo;

- Fotoproteção: fotoprotetores com FPS mais alto, hipoalergênicos, baixo peso molecular em cremes ou loções. Usar viseiras, bonés, óculos, sombrinhas;

- Cuidado com os pés: tratamento das micoses das unhas, entre os dedos e da pele, das calosidades, avaliar o uso de palmilhas de silicone no calçado, separador interdigital de silicone;

- A alimentação deve ser balanceada rica em vitaminas, minerais e antioxidantes, legumes e verduras. Beber bastante água, dois litros por dia aproximadamente;

- No idoso acamado, a orientação é evitar as úlceras de pressão (escaras), eczemas, fissuras, com mudanças de posição - deitado e sentado a cada duas horas - estimular a circulação, massagear diariamente os pés, costas e braços;

- Idosos diabéticos: examinar os pés diariamente, fazer movimentos circulares a cada 15 minutos, manter os pés aquecidos longe de aquecedores elétricos, radiadores e lareiras. Secar entre os dedos dos pés, cortar as unhas retas, usar meias de algodão ou lã sem costura, evitar meias apertadas à noite, fumo, esparadrapos diretamente na pele, sentar de pernas cruzadas, usar sapatos confortáveis, de preferência de couro. Evitar caminhar descalço em piscina ou em casa.

derada IDOSA é estabelecida conforme o nível socioeconômico de cada nação. Em países em desenvolvimento, é considerado idoso o que tem 60 anos ou mais de idade; nos desenvolvidos, 65 anos ou mais.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2014), a população brasileira era composta de 27,8 milhões (13,7) de pessoas com 60 anos ou mais. A estimativa é que esse número chegue a 64 milhões em 2050 (IBGE, 2016), atingindo quase 30% da população. Mundialmente, seremos 2 bilhões.

Após os 60 anos, a pele precisa de cuidados especiais devido ao declínio funcional de todas as estruturas. A pele do idoso é mais seca, flácida, rugosa, perde a

inspeção, palpação (digitopressão ou vitropressão e compressão), descrevendo todas as alterações encontradas (lesões elementares). O exame dermatológico deve ser realizado em ambiente confortável, claro, com iluminação apropriada, evitando constrangimento ou exposições, respeitando crenças e pudores. Um acompanhante pode estar presente, desde que autorizado pelo idoso.

As dermatoses mais frequentes no idoso são: xerose, pruridermias, farmacodermias, tumores benignos e malignos, dermatite seborreica, eczema de estase, melanose solar, micoses, pênfigo vulgar, penfigóide bolhoso, púrpura senil, úlcera da perna e de decúbito, calosidades, ceratose actínica. ■

Que tipo de médico você é?

Existem dois tipos de médicos. Os heavy users de redes sociais, que gravam vídeos, postam com frequência e possuem maior facilidade para lidar com as mídias digitais; e os médicos que entendem a importância da presença digital, mas não têm vocação, habilidade, ou mesmo tempo para se dedicar.

Para estar na internet não é necessário ser uma celebridade do Instagram, blogueiro ou Youtuber. Se o seu perfil é mais reservado, você pode – e deve – buscar alternativas que não façam com que você perca sua autenticidade ou mesmo viva um personagem.

O fato é que, nos dias atuais, estar presente na internet é essencial. Mas isso você já sabe, certo? Foi para você, médico, que busca presença digital com ética e qualidade, mas não tem a pretensão de se tornar uma celebridade, que a Medical Site, start-up do Grupo Visana Comunicação, foi criada.

Além de montarmos o seu website profissional, postamos semanalmente nas suas redes sociais. Conteúdo útil, consensual na dermatologia, com foco no público leigo e sempre validado pela própria SBDRJ. Você também tem condições especiais na contratação dos nossos planos.

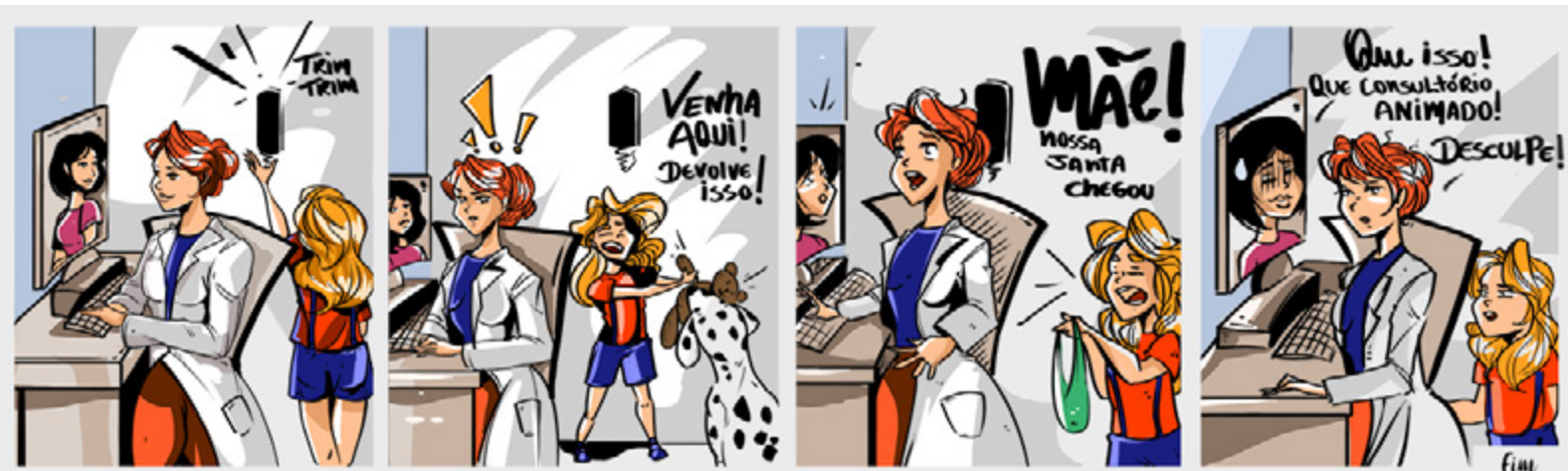
Seja você mesmo também no mundo virtual!

Rosalia Santos

Coordenadora de Atendimento da Medical Site



DERMAVENTURAS DA CLARINHA



24 E 25 DE
OUTUBRO

100% ONLINE

13º Simpósio de
**Cosmiatria
& Laser**

Sociedade Brasileira de Dermatologia
Regional Rio de Janeiro

**ACESSE TODO O CONTEÚDO
DO EVENTO DURANTE 60 DIAS**

**CURSO DE
DERMATOSCOPIA**
& atualização em dermatologia oncológica

SBDRJ

**05, 12 E 19 DE
NOVEMBRO**

**UMA PROGRAMAÇÃO
MULTIDISCIPLINAR**

EM DERMATOLOGIA ONCOLÓGICA

**5 MÓDULOS E 30 TEMAS MINISTRADOS POR
UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR!**

ACESSE TODO O CONTEÚDO DO EVENTO DURANTE 60 DIAS