

Psoríase eritrodérmica com regressão após profilaxia com isoniazida e terapia antidepressiva - Relato de caso*

Erythrodermic psoriasis with regression after prophylaxis with isoniazid and antidepressant therapy - Case report

Isabella Portela Redighieri¹

Millena Accetta Nadal²

Maria de Fátima Maklouf Amorim Ruiz³

Tatiana de Carvalho Maia¹

Tatiana Romeu Lorenzon Caliman²

Valeria Petri⁴

Resumo: Mulher idosa apresentou psoríase em placas do tipo grave, com tendência eritrodérmica, e foi submetida a tratamento de acordo com o algoritmo consensual (fototerapia, acitretina, ciclosporina). Resultados clínicos insuficientes, recorrência e agravamento do quadro laboratorial orientaram no sentido da introdução de terapia biológica. A avaliação preliminar revelou PPD de 30mm. A resolução completa das lesões se verificou quando realizada profilaxia antituberculose e administrado antidepressivo.

Palavras-chave: Acitretina; Antidepressivos; Ciclosporina; Isoniazida; Psoríase; Tuberculose

Abstract: An 83 year old woman, exhibiting severe psoriasis, was treated conventionally (phototherapy, acitretin, and cyclosporine). After poor clinical results and significant changes in laboratory procedures, those treatments were suspended. She was then being prepared to be submitted to biological treatment, when preliminary results disclosed a 30mm PPD. Complete improvement occurred [only] after introducing prophylactic therapy for tuberculosis and anti-depressive medication.

Keywords: Acitretin; Antidepressive agents; Cyclosporine; Isoniazid; Psoriasis; Tuberculosis

INTRODUÇÃO

A psoríase é doença imunológica crônica, de base genética e caráter inflamatório, que compromete a pele, os anexos cutâneos e as articulações. Atinge aproximadamente 2% da população mundial e acarreta danos psicossociais significativos.^{1,2} As infecções bacterianas, os medicamentos e o estresse emocional estão entre os fatores desencadeantes. Os indivíduos resistentes ao tratamento clássico de consenso podem ser orientados para o tratamento imunobiológico, capaz de promover o controle do processo.³⁻⁸ A tuberculose é infecção que contraindica o emprego de imunobiológicos e a quimioprofilaxia pode atuar eliminando o provável agente desencadeante.

RELATO DO CASO

Mulher de 83 anos, branca, natural de Ururai (SP), residente em São Paulo, capital, há 18 meses, apresentou lesões eritemato-descamativas disseminadas (PASI = 7,2). O exame histopatológico foi compatível com psoríase. Submetida à fototerapia (PUVA e, a seguir, UVB *narrow band*, duas sessões semanais por 18 meses), sem melhora significativa, foi tratada com acitretina (10mg/dia), com resolução importante do quadro, mas com alterações significativas das enzimas hepáticas. Descontinuada a medicação, prosseguiu-se com tratamento tópico emoliente e fototerapia (UVB - *narrow band*). Houve a piora do quadro clínico, com aumento do PASI para 14.6 (Figuras 1 e 2). Além disso, apresentou PPD de 16 mm, que impôs avaliação pneumológica, em que não foi identificada a tuberculose

Recebido em 20.10.2010.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 08.12.2011.

* Trabalho realizado no: Instituto da Pele - Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / Conflict of interest: None

Suporte financeiro: Nenhum / Financial funding: None

¹ Médico estagiário do Serviço de Dermatologia do Hospital Ipiranga (HI) - Ipiranga (SP), Brasil.

² Médico dermatologista da Unidade de Psoríase da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - São Paulo (SP), Brasil.

³ Médico dermatologista preceptor da Unidade de Psoríase da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Professor Titular do Departamento de Dermatologia da Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - São Paulo (SP), Brasil.



FIGURA 1:
Placas
eritemato-
descamativas
disseminadas



FIGURA 3:
Aos 90 dias de
tratamento
com isoniazida
e sertralina



FIGURA 2:
Extensa
erupção
psoriásica



FIGURA 4:
Aos 90 dias de
tratamento
com isoniazida
e sertralina

ativa. Normalizado o perfil laboratorial após oito meses, iniciou-se o tratamento com ciclosporina (200mg/dia), e, após cinco meses, observou-se melhora do PASI (4.8). A recidiva se deu progressivamente com a redução gradual da ciclosporina (50mg/semana), cuja dose inicial foi reintroduzida. A dermatose foi controlada durante dez meses, quando houve a alteração da função renal. Foi indicado tratamento biológico, e, ao realizar-se o screening preconizado, o teste PPD foi de 30mm. Excluída a tuberculose ativa, teve início a profilaxia com isoniazida 300mg/dia, por seis meses.¹ Simultaneamente, o estado de depressão

emocional da doente foi tratado com sertralina (50mg/dia). Após 90 dias de tratamento houve regressão total do quadro (Figuras 3 e 4), sem recidivas nos meses subsequentes.

DISCUSSÃO

A psoríase é doença frequente, com prevalência mundial em torno de 2 a 3% e estão implicados no desenvolvimento da doença a determinação genética, os agravos ambientais (traumatismos, hábitos de vida, medicamentos), as infecções e o estresse psíquico.^{9, 10, 11} A terapêutica é individualizada e deve ser orientada de

acordo com a forma clínica e a gravidade de cada caso. A eliminação dos prováveis fatores desencadeantes é passo essencial e preliminar na abordagem terapêutica. Diante da resistência e intolerância à terapêutica convencional da psoríase, as drogas imunobiológicas constituem recurso capaz de promover o controle da doença, a reinserção social e a melhora da qualidade de vida.¹² O fator de necrose tumoral (TNF-alfa) desempenha papel central, na fisiopatologia da psoríase cutânea e artropática, e, ao mesmo tempo, é capaz de prevenir a infecção primária da tuberculose, evitar a reativação e manter o agente causal em estado de latência.¹³⁻¹⁷ Há evidências suficientes de que os inibidores do TNF-alfa estão relacionados ao aumento do número de casos de tuberculose ativa.^{18,19} Deve ser

considerada, portanto, a possibilidade de reativação de tuberculose latente e o rigoroso rastreamento nas regiões endêmicas.¹⁹⁻²⁴ Além disso, a viragem tuberculínica é observada durante o tratamento com ciclosporina, droga capaz de suprimir a imunidade e facilitar a reativação de focos latentes ou favorecer a própria infecção primária.²² No caso apresentado, o tratamento anterior com ciclosporina pode ter sido responsável por imunodepressão relativa capaz de reativar foco latente ou favorecer desenvolvimento de infecção tuberculosa primária. O controle do processo infeccioso latente pela quimioprofilaxia resultou, portanto, em melhora do quadro grave de psoríase e o controle medicamentoso do estado depressivo pode ter desempenhado papel adicional. □

REFERÊNCIAS

- Sociedade Brasileira de Dermatologia. Consenso Brasileiro de Psoríase 2009. 1th ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2009. p.5-115.
- Kiliç A, Güleç MY, Gül U, Güleç H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22:537-42.
- Levine D, Gottlieb A. Evaluation and management of psoriasis: an internist's guide. *Med Clin North Am*. 2009;93:1291-303.
- Edlich RF, Fisher AL, Chase ME, Brock CM, Gubler KD, Long WB 3rd. Modern concepts of the diagnosis and treatment of psoriasis. *J Environ Pathol Toxicol Oncol*. 2009;28:235-40.
- Gottlieb AB, Kardos M, Yee M. Current biologic treatments for psoriasis. *Dermatol Nurs*. 2009;21:259-66.
- Guenther L, Langley RG, Shear NH, Bissonnette R, Ho V, Lynde C, et al. Integrating biologic agents into management of moderate-to-severe psoriasis: a consensus of the Canadian Psoriasis Expert Panel. *J Cutan Med Surg*. 2004;8:321-37.
- van de Kerkhof PC. The relevance of biologics for the treatment of patients with psoriasis. *Br J Dermatol*. 2009;161:1213-4.
- Alwawi EA, Krulig E, Gordon KB. Long-term efficacy of biologics in the treatment of psoriasis: what do we really know? *Dermatol Ther*. 2009;22:431-40.
- Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. *Clin Dermatol*. 2007;25:535-46.
- Puig-Sanz L. Psoriasis, a systemic disease? *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:396-402.
- Krueger G, Ellis CN. Psoriasis--recent advances in understanding its pathogenesis and treatment. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53(Suppl 1):S94-100.
- Saini R, Tutrone WD, Weinberg JM. Advances in therapy for psoriasis: an overview of infliximab, etanercept, efalizumab, alefacept, adalimumab, tazarotene, and pimecrolimus. *Curr Pharm Des*. 2005;11:273-80.
- Perlmutter A, Mittal A, Menter A. Tuberculosis and tumour necrosis factor- α inhibitor therapy: a report of three cases in patients with psoriasis. Comprehensive screening and therapeutic guidelines for clinicians. *Br J Dermatol*. 2009;160:8-15.
- Sfikakis PP. The first decade of biologic TNF antagonists in clinical practice: lessons learned, unresolved issues and future directions. *Curr Dir Autoimmun*. 2010;11:180-210.
- Tobin AM, Kirby B. TNF alpha inhibitors in the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis. *BioDrugs*. 2005;19:47-57.
- Kircik LH, Del Rosso JQ. Anti-TNF agents for the treatment of psoriasis. *J Drugs Dermatol*. 2009;8:546-59.
- de Felice C, Ardigo M, Berardesca E. Biologic therapies for psoriasis. *J Rheumatol Suppl*. 2009;83:62-4.
- Hernandez C, Cetner AS, Jordan JE, Puangsuvan SN, Robinson JK. Tuberculosis in the age of biologic therapy. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59:363-80.
- Doherty SD, Van Voorhees A, Lebwohl MG, Korman NJ, Young MS, Hsu S, et al. National Psoriasis Foundation consensus statement on screening for latent tuberculosis infection in patients with psoriasis treated with systemic and biologic agents. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59:209-17.
- Laffitte E, Janssens JP, Roux-Lombard P, Thielen AM, Barde C, Marazza G, et al. Tuberculosis screening in patients with psoriasis before antitumour necrosis factor therapy: comparison of an interferon-gamma release assay vs. tuberculin skin test. *Br J Dermatol*. 2009;161:797-800.
- Hanta I, Ozbek S, Kuleci S, Sert M, Kocabas A. Isoniazid intervention for latent tuberculosis among 86 patients with rheumatologic disease administered with anti-TNF α . *Clin Rheumatol*. 2007;26:1867-70.
- Ho VC. The use of ciclosporin in psoriasis: a clinical review. *Br J Dermatol*. 2004;150(Suppl 67):1-10.
- Bressan AL, Souto RS, Fontenelle E, Gripp AC. Imunossupressores na Dermatologia. *An Bras Dermatol*. 2010;85:9-22.
- Arruda LHF, Rodriguez SYSD, Gladys AM. Tratamento sistêmico da psoríase - Parte II: imunomoduladores biológicos. *An Bras Dermatol*. 2004;79:393-408.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Isabella Portela Redighieri
Instituto da Pele (Escola Paulista de Medicina -
Universidade Federal de São Paulo)
Rua Borges Lagoa, 783 - 9º Andar Vila Clementino,
04038 901 São Paulo SP.
E-mail: isabellapr@hotmail.com

Como citar este artigo/How to cite this article: Redighieri IP, Maia TC, Nadal MA, Caliman TRL, Ruiz MFMA, Petri V. Psoríase eritrodérmica com regressão após profilaxia com isoniazida e terapia antidepressiva - Relato de caso. *An Bras Dermatol*. 2011;86(4 Supl 1):S141-3.