



## RELATO DE CASO

### Psoríase pustulosa desencadeada pelo uso de corticoide sistêmico

Monica Santos<sup>1</sup>, Danielle Cristine Westphal<sup>2</sup>, Carolina Talhari<sup>4</sup>, Andréa Cavalcante de Souza<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup>Doutora em Medicina Tropical. Professora da disciplina de dermatologia da Universidade do Estado do Amazonas e professora permanente do programa de pós graduação em medicina tropical da UEA. Dermatologista da Fundação Alfredo da Matta.

<sup>2</sup>Especialista em dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia.

<sup>3</sup>Mestre em Medicina Tropical. Professora da disciplina de dermatologia da Universidade do Estado do Amazonas. Dermatologista da Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado.

<sup>4</sup>Doutora em Medicina Tropical. Professora da disciplina de dermatologia da Universidade do Estado do Amazonas e professora permanente do programa de pós graduação em medicina tropical da UEA.

#### Resumo

A psoríase é uma doença inflamatória crônica, de etiologia multifatorial, com participação de fatores genéticos, autoimunes e ambientais e com variadas apresentações clínicas. A psoríase pustulosa anular é um subtipo raro de psoríase pustulosa, com lesões eritemato-descamativas anulares ou circinadas, de crescimento centrífugo e formação de pústulas periféricas estéreis. Pode ocorrer como forma clínica isolada, sem evidências prévias de psoríase, ou ser desencadeada por fatores agravantes em pacientes previamente diagnosticados com psoríase. Nesse trabalho, relata-se caso de paciente do sexo feminino, 41 anos, com psoríase há 24 anos, que apresentou surgimento súbito de lesões eritematosas anulares e circinadas, com bordas elevadas encimadas por pústulas, comprometendo tronco e raiz dos membros, três semanas depois do uso de corticoide injetável em unidade de pronto atendimento. Foi inicialmente tratada com acitretina 0,75 mg/kg/dia, com pouca melhora do quadro clínico, sendo então iniciado tratamento com imunobiológico, evoluindo com remissão clínica após 60 dias do início do tratamento. Permanece sem lesões cutâneas de psoríase até o momento, 24 meses após introdução desse tratamento.

**Palavras-chaves:** Psoríase pustulosa, corticoide sistêmico, tratamento.



## Abstract

Psoriasis is a chronic inflammatory disease of multifactorial etiology, with participation of genetic, autoimmune and environmental factors and varied clinical presentations. The annular pustular psoriasis is a rare subtype of pustular psoriasis with erythematous scaly lesions or annular circinate, centrifugal growth and formation of peripheral sterile pustules. It can occur as an isolated clinical form without prior evidence of psoriasis, or be triggered by aggravating factors in patients previously diagnosed with psoriasis. In this paper, we report a case of a female patient, 41, with psoriasis for 24 years, who presented sudden appearance of erythematous annular and circinate lesions with raised edges topped with pustules, compromising trunk and root of the members, three weeks later the use of injectable steroid in unit responsiveness. It was initially treated with acitretin 0.75 mg / kg / day, with little clinical improvement, and then started treatment with immunobiological medication, progressing to clinical remission after 60 days of starting treatment. Remains without skin lesions of psoriasis to date, 24 months after introduction of this treatment.

**Keywords:** Pustular psoriasis, systemic corticosteroids, treatment.

## Introdução

A psoríase é uma doença inflamatória crônica, de etiologia multifatorial, resultante da interação entre fatores ambientais e genéticos, que ocasionam uma desregulação do sistema imune. Tem ocorrência universal, com distribuição uniforme entre os gêneros, acometendo de 0,3 a 3% da população mundial. A idade de início da doença tem pico bimodal, sendo o primeiro entre a segunda e terceira década de vida e o segundo por volta da quinta. A forma juvenil, antes dos 15 anos de idade, correlaciona-se com maior área corporal acometida, maior frequência de casos familiares e maior gravidade<sup>1</sup>. O diagnóstico da psoríase é eminentemente clínico, mas quadros menos clássicos podem exigir complementação diagnóstica através do exame histológico. A psoríase pode ser exacerbada ou provocada por diversos fatores com uso de determinados medicamentos, traumas cutâneos, estresse emocional, infecções, tabagismo, entre outros. A introdução e posterior redução ou retirada de corticoides sistêmicos pode desencadear formas clínicas graves, como a psoríase eritrodérmica e pustulosa. A doença pode apresentar-se de



diversas formas clínicas, destacando-se a psoríase vulgar ou em placas, caracterizada pela presença de placas eritemato-descamativas, a forma em gotas ou gutata, onde as lesões são menores e de aparecimento súbito, além das formas artropática, eritrodérmica ou pustulosa<sup>2</sup>. A psoríase pustulosa é uma variante pouco frequente da psoríase, caracterizada pela presença de pústulas estéreis, não foliculares, que costumam surgir sobre área de pele previamente saudável. É classificada nas seguintes variantes: generalizada de Von Zumbusch, exantemática, anular e localizada<sup>3</sup>. A psoríase pustulosa anular é um subtipo mais raro de psoríase pustulosa, que apresenta lesões eritemato-descamativas anulares ou circinadas com crescimento centrífugo e formação pústulas periféricas. Pode ocorrer como forma clínica isolada, sem evidências prévias de psoríase, ou como evolução clínica desfavorável em paciente com diagnóstico anterior de psoríase, submetido a fatores agravantes.<sup>4</sup> Neste trabalho, relata-se caso de paciente com surgimento de psoríase pustulosa anular após vários anos do diagnóstico inicial de psoríase vulgar, desencadeada pelo uso intempestivo de corticoide sistêmico.

### **Relato de Caso**

Paciente do sexo feminino, 41 anos, com diagnóstico clínico e histopatológico de psoríase há 24 anos, evoluindo com períodos de melhora e piora. Em 2010, começou apresentar também sintomas articulares, principalmente no esqueleto axial. Ao longo desses anos, foi submetida a diversas modalidades terapêuticas com bons resultados transitórios. Em 2011, na vigência de tratamento com metotrexate 15 mg/semana, surgiram lesões eritematosas anulares e circinadas, com bordas elevadas encimadas por pústulas, comprometendo tronco e raiz dos membros, caracterizando quadro clínico de psoríase pustulosa anular (Figuras 1 e 2). Paciente relata que três semanas antes dessa erupção, foi medicada com corticoide de alta potência por via intramuscular, em decorrência de dor na região lombar, num serviço de pronto atendimento. Nesse momento, a conduta foi substituição do metotrexate por acitretina na dose de 0,75mg/kg/dia. Paciente evoluiu com melhora parcial do quadro cutâneo, mas ainda queixando dos sintomas



articulares. Diante da persistência das queixas articulares e das lesões cutâneas, foi iniciado tratamento com adalimumabe na dose de 80mg na semana zero e 40mg a cada 14 dias. Após 60 dias do início do tratamento, houve clareamento significativo das lesões cutâneas, com hipocromia residual e descamação leve e boa evolução das queixas articulares. Paciente permanece com regressão total do quadro cutâneo, sem sintomas articulares e com importante melhora na qualidade de vida, 24 meses após introdução do imunobiológico (Figura 3).

**Figura 1:** Lesões eritematosas anulares e circinadas, com bordas elevadas encimadas por pústulas, comprometendo tronco e raiz dos membros



**Fonte:** Mônica Santos et al.



**Figura 2:** Destaque das lesões mostrando as pústulas na periferia das placas anulares.



**Fonte:** Mônica Santos et al.

**Figura 3:** Resolução completa das lesões após com uso do imunobiológico.



**Fonte:** Mônica Santos et al.



## **Discussão**

A psoríase pustulosa anular caracteriza-se por lesões cutâneas que se iniciam com discreto eritema e posterior formação de placas eritemato-descamativas, anulares ou policíclicas, que evoluem com crescimento centrífugo e formação de pústulas estéreis na periferia. Com a evolução, essas pústulas tendem a dessecar, evoluindo com bordas descamativas<sup>5</sup>. Sintomas locais são variáveis, já tendo sido relatados prurido, ardor e irritabilidade. Pode ocorrer também comprometimento sistêmico, com febre e leucocitose moderada<sup>6</sup>. A maioria dos pacientes, como no caso relatado, apresenta fator precipitante para surgimento das lesões pustulosas. Dentre esses fatores destacam-se as infecções, a hipercalcemia e o uso de determinados medicamentos, em especial dos corticoides sistêmicos. A administração e interrupção de corticoide sistêmico pode resultar no agravamento da psoríase com desenvolvimento de quadros clínicos graves, como a psoríase pustulosa e eritrodérmica, que podem levar a complicações locais e sistêmicas, como infecções e distúrbios hidroeletrólíticos, devido ao comprometimento da função de barreira da pele<sup>7</sup>.

O tratamento da psoríase pustulosa anular depende da severidade da doença, sendo relatados bons resultados terapêuticos com ciclosporina, metotrexate, dapsona, acitretina e, mais recentemente, com imunobiológicos<sup>8,9,10</sup>. No caso relatado, optou-se pela introdução do imunobiológico, já que a paciente não teve melhora efetiva do quadro, na vigência de dose máxima de acitretina, droga de escolha no tratamento da psoríase pustulosa, além da persistência de sintomas articulares. Com a utilização do adalimumabe, observou-se excelente resultado terapêutico, com manutenção da remissão do quadro clínico cutâneo e articular 24 meses após a sua introdução.

## **Conclusões**

Destacar a importância do manejo criterioso do paciente com psoríase, evitando-se o uso de corticoides sistêmicos, injetáveis ou orais, pelo risco de



desencadeamento de formas graves de psoríase, após a redução da dose ou retirada do corticoide (efeito rebote), o que compromete ainda mais a qualidade de vida do paciente.

### Referências

1. Santos M, Fonseca HM, Jalkh AP, Gomes GP, Cavalcante A de S. Obesity and dyslipidemia in patients with psoriasis treated at a dermatologic clinic in Manaus. *An Bras Dermatol.* 2013; 88(6): 913-6.
2. Romiti R, Maragno L, Arnone M et al. Psoríase na infância e na adolescência. *An Bras Dermatol.* 2009; 84 (1): 9-2.
3. Regaña MS, Cuchillero RO, Millet PU. Elevated serum parathyroid hormone levels in a patient with annular pustular psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005; 19: 767-7.
4. Guill CL, Hoang MP, Carder KR. Primary annular plaque-type psoriasis. *Pediatr Dermatol.* 2005; 22(1): 15-8.
5. Du-Thanh A, Girard C, Pageaux GP et al. Sorafenibe-Induced annularpustularpsoriasis (Milian-Katchoura type). *Eur J Dermatol.* 2013; 23(6): 900.
6. Liao PL, Rubinson R, Howard R et al. Annular Pustular Psoriasis - Most common form of pustular psoriasis in children: report of three cases and review of the literature. *Ped Dermatol.* 2002; 19(1): 19-25.
7. Schiavo A, Brancaccio G, Puca RV. Etanercept in the Treatment of Generalized Annular Pustular Psoriasis. *Ann Dermatol.* 2012; 24(2): 233-4.
8. Vieira Serrão V, Martins A, Lopes MJ. Infliximab in recalcitrant generalized pustular arthropatic psoriasis. *Eur J Dermatol.* 2008; 18:71-73.
9. Daudén E, Santiago-et-Sánchez-Mateos D, Sotomayor-López E et al. Ustekinumab: effective in a patient with severe recalcitrant generalized pustular psoriasis. *Br J Dermatol.* 2010; 163:1346-1347.
10. Ricotti C, Kerdel FA. Subacute Annular Generalized Pustular Psoriasis Treated with Eternecept and Cyclosporine Combination. *J Drug Dermatol.* 2007; 6(7): 738-40.