

Psoríase fotossensível como um alerta para o diagnóstico lúpus eritematoso sistêmico

Photosensitive psoriasis as an alert for systemic lupus erythematosus

Roberto Souto da Silva,* Lívia Barbosa do Nascimento,* Aline Lopes Bressan,*
Daniel Obadia,* Alexandre Carlos Gripp*

Palavras-chave:

Lúpus eritematoso sistêmico, psoríase, fotossensibilidade.

Key words:

Systemic lupus erythematosus, psoriasis, photosensitivity disorders.

RESUMO

A concomitância de psoríase e lúpus eritematoso sistêmico é rara, cujo diagnóstico é difícil e resulta da soma das lesões cutâneas à sorologia e ao exame histopatológico. Relatamos o caso de um homem de meia idade portador de psoríase com lesões cutâneas predominantes na área fotoexposta e lúpus eritematoso sistêmico. O tratamento foi realizado com ciclosporina e houve melhora das lesões após trinta dias.

ABSTRACT

The combination of psoriasis and lupus erythematosus (LES) is a rare event. The diagnosis of this disease is very difficult most of the time, and is the result of the sum of some specific clinical signs, histopathological and serological exams which are compatible with these diseases. We are reporting a case of a middle-aged man who has a lesion on a photo-exposed area of his face compatible with psoriasis, in addition to a serologic diagnosis of LES. He was treated with cyclosporine and showed improvement after 30 days of treatment.

Os pacientes portadores de psoríase e lúpus apresentam risco elevado de fotossensibilidade. Mais de 40% dos pacientes com lúpus eritematoso sistêmico são fotossensíveis. Já os pacientes com psoríase fotossensível, compreendem um grupo de aproximadamente 5,5%. Nesses pacientes existe uma prevalência maior de pessoas com foto tipo I. Em mais de 50% dos casos, houve surgimento de erupção polimorfa à luz nos casos de psoríase.

Lesões anulares e psoriasiformes também são típicas de pacientes com lúpus eritematoso subagudo. Nesses casos a diferenciação é feita através da histopatologia, imunofluorescência direta e sorologia. Alguns desses pacientes, especialmente os com anti-Ro/SSA podem ser exclusivamente fotossensíveis. A explicação para o surgimento de ambas está relacionada à etiologia multifatorial dessas doenças. Ambas as dermatoses podem surgir independentemente no mesmo paciente, sem relação causal entre elas.

RELATO DO CASO

Paciente masculino de 33 anos que procurou nosso serviço com queixa de escamação e vermelhidão no corpo. Relatava início de lesões maculosas, eritematosas na região malar em outubro de 2008. Desde então houve aumento do número de lesões com surgimento, em fevereiro de 2009, de lesões eritematoescamosas no couro cabeludo, cotovelo, ombros, braço e parte superior do dorso. Na face havia lesões em placa pouco escamativa predominando na região mandibular e colo (*Figura 1*). Nesse período, não apresentou queixa articular, astenia, mialgia. Foram realizadas duas biópsias com histopatologia compatível com psoríase (*Figura 2*). Os exames laboratoriais de bioquímica estavam normais com hemograma apresentando discreta anemia, leucopenia e trombocitopenia. Radiografia de tórax sem alterações. A sorologia apresentava os seguintes resultados: negativa para Hepatite B, C, HIV e sífilis. Entretanto, os exames para avaliar a presença

* Dermatólogo. Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de Janeiro, Brasil.

Conflito de interesses: Nenhum.

Recibido: 23/Abril/2012.
Aceptado: 10/Julio/2014.



**Figura 1.**

Lesões eritemato-escamosas em face, colo e braços.

**Figura 3.**

Lesões eritemato-escamosas prevalecendo em área fotoexposta com melhora após um mês com 200 mg de ciclosporina.

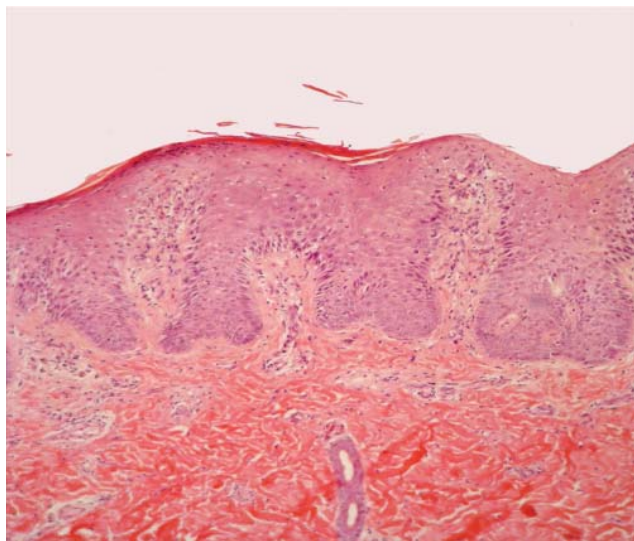


Figura 2. Histopatologia da lesão do dorso. Observa-se neutrófilos na camada córnea, áreas de hipogranulose, focos de paraceratose e hiperplasia epidérmica psoriasiforme.

de possíveis collagenoses apresentavam Ptn C reativa 24 (referencia de 6 mg/L), FAN-reagente pontilhado grosso-título 1:1280 (referencia ≤ 80), Anti-ENA = 190,33 U/mL (referencia ≤ 10 U/mL), Anti-Sm/RNP = 264,20 U/mL (referencia ≤ 10 U/mL). Além de Anti-SSa, Anti-SSb, Anti-SCL-70, Anti-JO 1 não reagente. De acordo com o quadro clínico e laboratorial, consideramos a ciclosporina

como a droga de eleição, iniciando 200 mg/dia. O paciente, após um mês de tratamento, apresentou resolução das lesões eritematosas em face e membros superiores, com lesões hipocrômicas sem atrofia residual, o que seria mais característico de psoríase (Figura 3).

COMENTÁRIO

O paciente apresentou lesões pápulo-escamosas que predominavam nas áreas fotoexpostas, tendo recebido o diagnóstico de psoríase. Associado a estas lesões cutâneas, havia importante fotossensibilidade, FAN positivo, anti-Sm positivo. Foi usado ciclosporina 200 mg por dia com melhora das lesões cutâneas após 30 dias de terapia.

A coexistência da psoríase com lúpus eritematoso sistêmico (LES) é muito rara, e de acordo com a literatura, parece ocorrer em 0,6% dos pacientes com LES.¹ O mecanismo de interação entre essas doenças é desconhecido, entretanto, um desregulamento imunológico e estimulação de linfócitos T por superantígenos parece ser o fator comum de mediação dessas doenças.² Um estudo sugere que o anticorpo anti-Ro seria um marcador específico para a associação psoríase-LE. Entretanto outros estudos referem a ausência do anticorpo anti-Ro nessa associação. Apesar da divergência em relação a presença desse anticorpo, é consenso a presença de uma fotossensibilidade exacerbada nessa associação, ocorrendo em mais de 50% dos pacientes.^{2,3}

Devido ao fato da positividade do anticorpo antinuclear ser inespecífico e a positividade da imunofluorescência

direta (IFD) em pele fotoexposta ocorrer em determinadas dermatoses faciais (dermatite seborréica, rosácea, porfiria cutânea tardia, dermatomiosite) e até em pessoas normais, isso faz com que muitas vezes o diagnóstico apenas do lúpus seja considerado.⁴ Entretanto, tanto o quadro clínico como o histopatológico de lesões de psoríase são únicos, tornando o diagnóstico desta doença possível. Dessa forma a presença de fotossensibilidade acentuada, presença de sorologia positiva para lúpus (anti-Sm, FAN, anti-RO) com um quadro clínico e histopatológico de psoríase, falam a favor da associação psoríase-lúpus. A IFD ajuda a diferenciar as dermatoses não lúpus deste, pois os depósitos são lineares de IgM e C3 na primeira e granulares de IgG no lúpus.^{5,6} Além disso o band-test em área não lesional fotoprottegida será negativa nessas dermatoses não lúpus. É importante salientar a presença de antígeno RO (SSA) em células que apresentam velocidade de renovação acelerada como ocorre nos queratinócitos da psoríase. Isso poderia explicar a fotossensibilidade em alguns casos de psoríase.^{3,7}

A psoríase pode ocorrer em conjunto com outras dermatoses fotossensíveis: vitiligo, porfiria, fotodermatite induzida por droga, erupção polimorfa à luz, prurigo actínico, urticária solar, entre outras.⁴ Uma rotina para diferenciar, ou mesmo excluir lúpus no paciente com psoríase fotossensível, seria: história detalhada associada a exame físico minucioso, biópsia de pele com histopatológico, imunofluorescência direta e testes sorológicos (FAN, anti-DNAs, anti-ENA).^{4,5}

Algumas formas de apresentação de lúpus cutâneo têm a psoríase como diagnóstico diferencial. Isto ocorre no lúpus cutâneo crônico onde as lesões iniciais são eritematosas e fotossensíveis, acompanhada de atrofia e alopecia cicatricial. Já na psoríase as lesões são eritemato-escamativas, em placas bem delimitadas, com escamas grandes, cinzentas e facilmente destacáveis. Outro fator que ajuda a separar estas entidades é a localização das lesões, pois a psoríase facial é muito rara.³

No caso do lúpus eritematoso cutâneo subagudo (LECSA), o número de lesões, o aspecto numular e a coloração se assemelham muito à psoríase. Entretanto a distribuição é diferente. O LECSA costuma não acometer Joelho, cotovelo, couro cabeludo e região sacral e sua escama é mais fina, além de leve atrofia central.^{5,7}

Alguns clínicos consideram a psoríase facial rara, possivelmente, devido à proteção pelos raios UV ou atividade antipsoriásica do sebo, e utilizam a presença de lesões faciais como forma de orientar o diagnóstico diferencial entre lúpus e psoríase.⁵ No entanto, é

importante salientar que a psoríase facial parece ser subdiagnosticada. Em hospitais terciários a prevalência chega até 57%.⁹

Alguns estudos sugerem que o início em idade mais precoce está relacionado com curso severo, refratário ao tratamento e maior número de recidivas. Pacientes com psoríase facial costumam apresentar história familiar positiva, tratamentos com terapia sistêmica e maior número de internações. Outro dado que corrobora com esses dados é o fato dos pacientes com psoríase facial apresentarem PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) mais elevados.¹⁰ Existe uma prevalência aumentada de acometimento facial em pacientes com psoríase fotossensível, falando a favor de um possível fenômeno de Koebner nesses pacientes. Outros trabalhos utilizam a distribuição facial das lesões de psoríase como marcador prognóstico da doença. No caso do envolvimento da periferia facial ocorre acometimento difuso do couro cabeludo, enquanto as lesões que acometem a região centrofacial falam a favor de uma evolução para lesões disseminadas no corpo.⁹⁻¹¹

A coexistência de psoríase e lúpus é um verdadeiro desafio terapêutico, principalmente na escolha de um tratamento adequado, que não gere exacerbação de alguma dessas doenças.¹² No caso da psoríase, um tratamento consagrado como a fototerapia pode piorar as lesões cutâneas e até desencadear um quadro de lúpus eritematoso sistêmico. Em relação ao lúpus cutâneo, o uso de antimaláricos, extremamente eficiente para seu controle, pode gerar piora do quadro de psoríase.¹⁰

No caso do nosso paciente optamos por iniciar ciclosporina que apresenta ação consagrada em artrite reumatóide e psoríase. Apesar de ser apresentar pouca ação sobre a fadiga, artralgia, mialgia e lesões cutâneas em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, possui efeitos benéficos nos pacientes que apresentam trombocitopenia, anemia e nefrite, como é o caso de nosso paciente que apresentava discreta anemia, leucopenia e trombocitopenia.¹² Outro motivo de sua escolha reside no fato de não ser uma droga fotossensibilizante como ocorre com o metotrexato em alguns casos. Além desses dados, seu mecanismo de ação principal é a regulação dos linfócitos T, extremamente essencial na patogênese de ambas as doenças.

Correspondência:

Dr. Roberto Souto da Silva

E-mail: rs_souto@yahoo.com.br

REFERÊNCIAS

1. Millns JR, Muler SA. The coexistence of psoriasis and lupus erythematosus; an analysis of 27 cases. *Arch Dermatol.* 1980; 116: 638-663.
2. Kulick KB, Mogavero HJR, Provost TT, Reichlin M. Serologic studies in patient with lupus erythematosus and psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 1983; 8: 631-634.
3. Hu CH, O'Connel BM, Farber EM. Coexistent psoriasis and lupus erythematosus, what's happening? *Cutis.* 1985; 36: 439-450.
4. Zalla MJ, Muller SA. The coexistence of psoriasis with lupus erythematosus and other photosensitive disorders. *Acta Derm Venereol.* 1996; 135 (Suppl): 1-15.
5. Kontochristopoulos GJ, Giannadaki M, Doulaveri G, Christofidou E, Zakopoulou N. Psoriasis coexisting with subacute cutaneous lupus erythematosus. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004; 18: 385-386.
6. Machado APB, Dykyj MT, Vandresen N, Skare TL. Envolvimento mucocutâneo no lúpus eritematoso sistêmico e sua associação com auto-anticorpos. *An Bras Dermatol.* 2008; 83: 323-328.
7. Sontheimer RD. Subacute cutaneous lupus erythematosus: 25 year evolution of a prototypic subset (subphenotype) of systemic lupus defined by characteristic cutaneous, pathological, immunological, and genetic findings. *Autoimmun Rev.* 2005; 4: 253-263.
8. Farber EM. Facial psoriasis. *Cutis.* 1992; 50: 25-28.
9. Bernhard JD. Significance of facial involvement in photosensitive psoriasis. *Photodermatol.* 1987; 4: 221-224.
10. Fullerton SH, Orenberg EK. Facial involvement as a marker of severe psoriasis. *Cutis.* 1987; 40: 309-310.
11. Woo SM, Choi JW, Yoon HS, Jo SJ, Youn JI. Classification of facial psoriasis based on the distributions of facial lesions. *J Am Acad Dermatol.* 2008; 58: 959-963.
12. Griffiths B, Emery P. The treatment of lupus with cyclosporine A. *Lupus.* 2000; 10: 165-170.