

Luciana Botinelly Mendonça Fujimoto ^a,
 Silvana de Albuquerque Damasceno Ferreira ^b,
 Fabiane Braga dos Santos ^c e Carolina Talhari ^{b,d,*}

^a Departamento de Patologia e Medicina Legal,
 Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil

^b Departamento de Dermatopatologia, Fundação Alfredo da
 Matta de Dermatologia e Venereologia, Manaus, AM, Brasil

^c Clínica Privada, Manaus, AM, Brasil

^d Departamento de Dermatologia, Universidade do Estado
 do Amazonas, Manaus, AM, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: carolinatalhari@gmail.com (C. Talhari).

Recebido em 28 de maio de 2020; aceito em 13 de agosto de 2020

Disponível na internet em 1 de dezembro de 2020

2666-2752/ © 2020 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Lentiginose eruptiva confinada a áreas de placas psoriásicas em regressão após tratamento com adalimumabe: relato de caso

Prezado Editor,

A lentiginose eruptiva confinada a áreas de placas psoriásicas em regressão é um fenômeno raro. Foi descrita inicialmente após fototerapia porém vários outros esquemas de tratamento utilizados na psoríase, incluindo agentes biológicos tópicos e sistêmicos, têm sido relatados como indutores de lentigos.¹ Relatamos um novo caso de lentiginose eruptiva após o tratamento com adalimumabe.

Uma mulher de 45 anos de idade, sem história médica relevante, apresentou-se em nosso Departamento com múltiplas lesões acastanhadas em áreas previamente ocupadas por placas psoriásicas, sete meses após o início do trata-



Figura 1 Múltiplas máculas acastanhadas em áreas anteriormente ocupadas por placas psoriásicas.

mento com adalimumabe. Negava aplicação de qualquer tratamento tópico ou exposição ao sol. O exame físico revelou máculas marrons agrupadas sobre áreas previamente afetadas (fig. 1). A paciente sofria de psoríase crônica em placas desde a adolescência, que havia se mostrado refratária às terapias tópicas, metotrexato e ciclosporina. Fototerapia não foi realizada na paciente. Ela não estava fazendo uso de nenhum outro medicamento. Uma biópsia de pele por *punch* mostrou hiperpigmentação da camada basal da epiderme consistente com lentigo. Nenhum tratamento foi iniciado devido à recusa da paciente. As lesões permaneceram estáveis ao longo de um ano de seguimento.

Lentigos confinados a placas psoriásicas resolvidas raramente têm sido mencionados na literatura. Associação com tratamentos tópicos e terapias biológicas usadas na psoríase foram publicados. Dentre as terapias biológicas, a lentiginose eruptiva foi relatada em relação ao infliximabe, adalimumabe, etanercepte, ustekinumabe e secuquinumabe. Que seja de nosso conhecimento, até o momento, há apenas um caso relatado associado a terapias sistêmicas clássicas.²

A fisiopatologia da lentiginose eruptiva não está bem documentada. Sabe-se que algumas citocinas produzidas na pele psoriásica estimulam a melanogênese e podem ser responsáveis pelos lentigos.³ Além disso, Wang et al. relataram que a IL-17 e o TNF podem afetar tanto o crescimento como a produção de pigmento pelos melanócitos, o que pode contribuir para as alterações de pigmentação associadas à psoríase.⁴ Por outro lado, foi sugerido que a lentiginose eruptiva representa uma recuperação exagerada da produção de pigmento, associada a maior gravidade da doença ou maior inibição de citocinas com o tratamento.¹

Até o momento, nenhuma terapia eficaz foi relatada. Lentigos aparecem nos primeiros meses de tratamento e podem persistir com nenhuma ou pouca melhora.¹ Embora isso não exija a interrupção do tratamento, recomenda-se acompanhamento.

Apresentamos um novo caso de lentiginose eruptiva confinada a áreas de placas psoriásicas em regressão após tratamento com adalimumabe. Considerando o aparecimento de novos tratamentos biológicos e novos alvos terapêuticos, é provável que surjam novos casos de lentiginose eruptiva. Os médicos precisam estar cientes dos potenciais efeitos colaterais das terapias biológicas devido ao seu uso crescente.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.05.011>

☆ Como citar este artigo: Garcia-Souto F. Eruptive lentiginosis confined to areas of regressing psoriatic plaques after adalimumab treatment: a case report. *An Bras Dermatol.* 2021;96:113–4.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Valme University Hospital, Sevilha, Espanha.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição do autor

Fernando Garcia-Souto: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Micieli R, Alavi A. Eruptive lentiginosis in resolving psoriatic plaques. *JAAD Case Reports*. 2018;4:322–6.
2. Singh S, Beniwal R. Methotrexate-induced eruptive lentiginosis in resolving psoriasis: a phenomenon possibly dependent on cytokine modulation. *Clin Exp Dermatol*. 2019;44:e212–3.

3. Sfecci A, Khemis A, Lacour JP, Montaudié H, Passeron T. Appearance of lentigenes in psoriasis patients treated with apremilast. *J Am Acad Dermatol*. 2016;75:1251–2.
4. Wang CQF, Akalu YT, Suarez-Farinas M, Gonzalez J, Mitsui H, Lowes MA, et al. IL-17 and TNF synergistically modulate cytokine expression while suppressing melanogenesis: potential relevance to psoriasis. *J Invest Dermatol*. 2013;133:2741–52.

Fernando Garcia-Souto *

Departamento de Dermatologia, Valme University Hospital, Sevilha, Espanha

* Autor para correspondência.

E-mail: fernandogarciasouto@gmail.com

Recebido em 11 de fevereiro de 2020; aceito em 2 de maio de 2020

Disponível na internet em 31 de dezembro de 2020

2666-2752/ © 2020 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Eritema anular centrífugo associado à ingestão crônica de amitriptilina^{☆☆}



Prezado Editor,

Uma mulher de 41 anos procurou cuidados médicos devido a um exantema levemente pruriginoso que havia aparecido dois meses antes. A paciente vinha apresentando episódios semelhantes nos últimos cinco anos, tendo sido tratada com corticosteroides tópicos e ciclos curtos de metilprednisolona. Cada novo episódio durou mais e foi mais extenso do que o anterior. A paciente negou febre ou quaisquer sintomas sistêmicos; relatava história de enxaqueca tratada com amitriptilina por cinco anos e uso ocasional de anti-inflamatórios. O uso de amitriptilina foi iniciado duas semanas antes do primeiro aparecimento das lesões cutâneas, mas a paciente não associou os dois eventos. O exame físico revelou placas anulares e policíclicas, com descamação e clareamento na parte central, predominantemente nos membros inferiores (fig. 1). Foi realizada biópsia de pele da borda da lesão, evidenciando discreto edema da derme papilar, espongirose, exocitose linfocitária e infiltrado linfo-histiocitário perivascular “em manguito” (fig. 2). A coloração pelo método do ácido periódico de Schiff (PAS) não mostrou formas fúngicas. A cultura para fungos foi negativa. Testes laboratoriais, incluindo hemograma completo, testes de função renal e hepática, testes sorológicos para VHB, VHC, HIV, *Borrelia* e sífilis, ANA, titulação de ASLO, fator

reumatoide, complemento, níveis de IgE, proteinograma, β -2 microglobulina e teste de função tireoidiana foram normais. A radiografia de tórax, o teste cutâneo de Mantoux e a ultrassonografia abdominopélvica foram normais. Esses achados eram consistentes com eritema anular centrífugo (EAC) do tipo superficial.

Suspendeu-se a administração de amitriptilina e prescreveu-se creme de furoato de mometasona a 0,1%, com melhora moderada na visita de acompanhamento de um mês. Fluconazol 100 mg/dia foi prescrito por quatro semanas. Devido à ineficácia, o tratamento foi alterado para eritromicina 250 mg, quatro vezes ao dia, por quatro semanas. Após esse tratamento, a paciente apresentou resposta quase completa. No período de acompanhamento de um ano, algumas recorrências menores foram observadas, que exigiram apenas cursos curtos de corticosteroides tópicos. O teste de reexposição à amitriptilina oral foi recusado pela paciente.

O EAC é classificado como um eritema reacional, juntamente com o eritema crônico migratório, o eritema marginado e o *erythema gyratum repens*. A distinção entre esses três eritemas é feita através da correlação clinicopatológica. O EAC é dividido em formas superficiais e profundas.¹ A forma superficial geralmente tem bordas descamativas, tendendo a se formar em torno da lesão anular. A forma profunda tem bordas endurecidas não descamativas, sem alterações epidérmicas acentuadas. O tipo superficial está associado a recorrências e a uma duração mais curta das lesões cutâneas em comparação com o tipo profundo.¹ O diagnóstico diferencial comum inclui outros eritemas anulares, como o eritema crônico migratório, micose fungoide, urticária, psoríase, tinha do corpo e sarcoidose anular. A histopatologia mostra um infiltrado linfo-histiocitário perivascular em ambos os tipos, superficial e profundo, de EAC. No tipo superficial, há inflamação perivascular e edema na derme superior. Podem ser observadas alterações epidérmicas como acantose, espongirose e até vesiculação. No tipo profundo, o infiltrado perivascular é encontrado na derme

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.05.013>

☆ Como citar este artigo: Fernandez-Nieto D, Ortega-Quijano D, Jimenez-Cauhe J, Bea-Ardebol S. Erythema annulare centrifugum associated to chronic amitriptyline intake. *An Bras Dermatol*. 2021;96:114–6.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Espanha.