

Coexistência de psoríase vulgar e lúpus eritematoso sistêmico: relato de caso

Coexistence of vulgar psoriasis and systemic lupus erythematosus - case report

Kaique Picoli Dadalto¹, Lívia Grassi Guimarães², Kayo Cezar Pessini Marchióri³

Dadalto KP, Guimarães LG, Marchióri KCP. Coexistência de psoríase vulgar e lúpus eritematoso sistêmico: relato de caso/ Coexistence of vulgar psoriasis and systemic lupus erythematosus - case report. Rev Med (São Paulo). 2019 jan.-fev.;98(1):77-80.

RESUMO: Psoríase e Lúpus eritematoso sistêmico (LES) são doenças autoimunes de etiologia multifatorial, com envolvimento de fatores genéticos e não genéticos. O objetivo deste relato de caso é expor de maneira clara e sucinta uma associação rara de patologias autoimunes, que, de acordo com algumas características clínicas semelhantes (artralgia e lesões cutâneas), podem dificultar ou postergar o diagnóstico de sua coexistência. Além disso, é de suma importância à comunidade médica o conhecimento a respeito do tratamento desta condição, já que existe a possibilidade de exacerbação ou piora de uma, ou de ambas as doenças. Relata-se o caso de uma mulher de meia idade, portadora de psoríase e que desenvolveu, posteriormente, LES. O tratamento do LES agudo foi feito com Prednisona em baixas doses associado à Ciclosporina. Já a terapia de manutenção está sendo feita com Adalimumab, resultando em melhor controle da artralgia e das lesões psoriásicas. Conclui-se que devido ao limitado número de pacientes psoriásicos complicados com LES, o diagnóstico e também o tratamento desta condição podem ser um desafio para o médico.

Descritores: Psoríase; Lúpus eritematoso sistêmico; Doenças autoimunes.

ABSTRACT: Psoriasis and Systemic lupus erythematosus (SLE) are autoimmune diseases caused by multifactorial etiology, with involvement of genetic and non-genetic factors. The purpose of this case report is to clearly and succinctly present a rare association of autoimmune pathologies, which, according to some similar clinical features (arthralgia and cutaneous lesions), may interfere or delay the diagnosis of its coexistence. In addition, it is of paramount importance to the medical community to know about the treatment of this condition, since there is a possibility of exacerbation or worsening of one or both diseases. The combination of these diseases is very rare, so, the diagnosis is difficult and the treatment even more delicate, due to the possibility of exacerbation of one of them. We report the case of a middle-aged woman, carrier of Psoriasis who developed, subsequently, SLE. Treatment of acute SLE was performed with low dose Prednisone associated with Ciclosporin. The maintenance treatment is being performed with Adalimumab, with substantial improvement of arthralgia and psoriatic lesions. It was concluded then, that due to the limited number of psoriatic patients complicated with SLE, diagnosis and treatment of this condition can be challenging for the physician.

Keywords: Psoriasis; Systemic lupus erythematosus; Autoimmune diseases.

Apresentado no XXXIV Congresso Brasileiro de Reumatologia, Florianópolis-SC, 13-16 set 2017.

1. Acadêmico de Medicina do Centro Universitário do Espírito Santo - UNESC, Colatina, ES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2226-9396>. E-mail: kaiquedadalto@gmail.com.
2. Médica titular da Sociedade Brasileira de Dermatologia, Coordenadora de Pesquisa da Liga Acadêmica de Dermatologia UNESC, ES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2735-7790>. E-mail: grassi.guimaraes@hotmail.com.
3. Acadêmico de Medicina do Centro Universitário do Espírito Santo - UNESC, Colatina, ES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2655-5904>. E-mail: kayocezar0606@gmail.com.

Endereço para correspondência: Kaique Picoli Dadalto. Avenida Getúlio Vargas 305 – Edifício Wanderley. Centro. Colatina, ES. CEP: 29700-011.

INTRODUÇÃO

Psoríase é uma doença inflamatória crônica que afeta 1 a 3% da população mundial^{1,2,3}. Na maioria das vezes as lesões são assintomáticas, mas em alguns casos a doença pode ser mais agressiva desenvolvendo eritrodermia, pustulose generalizada e até mesmo artropatias graves, como poliartrite soronegativa destrutiva e deformante⁴. Portanto, a psoríase pode provocar alterações que impactam significativamente na qualidade de vida e na autoestima do paciente.

Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune cuja prevalência geral varia de 14,6 a 122 casos em 100.000 habitantes^{5,6}. O quadro clínico varia desde manifestações cutâneas apenas, até o envolvimento sistêmico, rapidamente progressivo e comprometendo vários órgãos, principalmente pele, articulações, rins e cérebro^{3,7}.

Psoríase tem sido descrita em associação com outras doenças autoimunes, tais como tireoidite de Hashimoto, anemia hemolítica, síndrome de Sjogren et al.². Porém, a coexistência com Lúpus Eritematoso Sistêmico é muito rara, sendo um desafio diagnóstico - devido aos sintomas comuns: lesões cutâneas e artralgia - e terapêutico, principalmente na escolha de um tratamento adequado, que não gere exacerbação de alguma dessas doenças^{1,2,3,4,5,8,9}.

Zalla e Muller⁴ identificaram 42 casos de LES entre 9420 pacientes com psoríase em um estudo retrospectivo de 10 anos. Eles calcularam, então, a taxa de prevalência de psoríase que coexiste com LES, chegando a uma estimativa de 1,1%, sendo ligeiramente maior nos indivíduos do sexo feminino, devido à maior prevalência de LES nesse grupo populacional.

O mecanismo de interação entre essas doenças é desconhecido, contudo, um desregulamento imunológico e estimulação de linfócitos T por superantígenos parece ser o fator comum de mediação dessas doenças^{2,10}. Mutações no gene do antígeno leucocitário humano (HLA) estão associadas com o surgimento de diversas doenças, entre elas LES e Psoríase, podendo ser a causa desta concomitância¹¹. Porém, ambas podem surgir de maneira independente no mesmo paciente, sem que haja obrigatoriamente uma relação causal entre elas¹.

RELATO DO CASO

Mulher, 35 anos, portadora de psoríase vulgar e artrite psoriásica desde os cinco anos de idade, sendo o diagnóstico confirmado por meio de exame histopatológico - realizado na infância e repetido no atual momento (Figura 1). Tentou-se tratamento com acitretina e metotrexato ao longo dos anos, porém suspensos devido múltiplos efeitos colaterais. A partir de 2015, observou piora da artralgia, sobretudo após períodos de exposição solar.

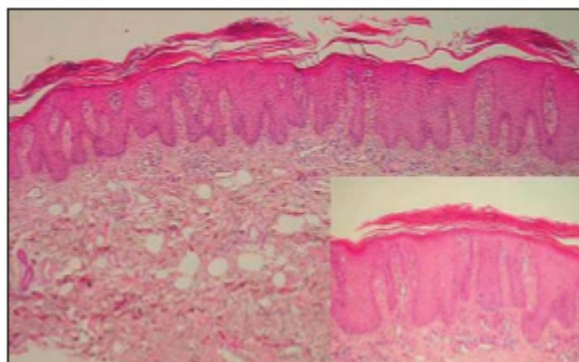


Figura 1. Hiperplasia epidérmica, presença de paraceratose e microabscessos de Munro

Foi internada em abril de 2017, devido febre alta, eritema malar, intensa artralgia e dor pleurítica (Rx de tórax com acometimento pleural), com posterior realização de exames laboratoriais (Tabela 1).

Tabela 1. Exames solicitados durante internação (abril/2017)

EXAMES	RESULTADO
Bioquímica Sérica	Sem alterações
Hemoglobina:	10,7
Fator Reumatoide	0
FAN	Reagente para núcleo e nucléolo. Misto tipo nuclear fino (1/1280). Nuclear (1/640).
Anti-SM	78,4 U/mL
Anti-Ro	Não Reagente
Anti-La	Não Reagente

Diante disso, com base nos critérios do *American College of Rheumatology* (ACR) e do *Systemic Lupus International Collaborating Clinics* (SLICC) foi estabelecido o diagnóstico de LES e o tratamento da fase aguda feito com prednisona 0,5 mg/kg/dia, associado à Ciclosporina 200mg.

Dias após a alta hospitalar, compareceu em nosso serviço de atendimento, buscando acompanhamento das lesões da psoríase e queixando-se de artralgia. Ao exame dermatológico, observamos placas eritemato-descamativas com fissuras nos membros inferiores (pré-tibial e tornozelo principalmente), dorso das mãos e cotovelos.

Foi prescrito hidratante (ureia 20%, lactato amônio 5%, ácido láctico 10%, óleo de macadâmia 5%, óleo de rosa mosqueta 5%, loção cremosa qsp 80 ml) e iniciamos tratamento para a artrite psoriásica, com Adalimumab 40mg a cada duas semanas.

Na consulta de retorno, após 60 dias, observamos melhora das lesões psoriásicas, com ausência de fissuras. Paciente relatou ainda melhora da artralgia.

DISCUSSÃO

A paciente possui história familiar positiva para psoríase, com pai e irmã afetados. Podemos observar um caráter genético desse acometimento. Alguns estudos sugerem que o início em idade mais precoce está relacionado com curso mais severo, refratário ao tratamento, com maior acometimento articular e mais recidivas, tendo geralmente uma relação com a mutação no gene do HLA^{1,12}.

em 2015 a paciente começou a desenvolver fotossensibilidade, tendo agravamento da artralgia após exposição solar. Nessa época, não se suspeitou de um possível diagnóstico de LES, devido ao fato do único sintoma novo ser a fotossensibilidade, já que a piora da artralgia poderia ser facilmente atribuída à psoríase.

O diagnóstico da segunda doença autoimune, só foi estabelecido, tardiamente, com a manifestação mais severa do LES – piora da artralgia, surgimento do eritema malar, fotossensibilidade, dor pleurítica, FAN e anti-SM positivos.

Além da dificuldade no diagnóstico, essa associação gera obstáculos também em relação ao tratamento. Com o desenvolvimento da fotossensibilidade, relacionada ao LES, extinguiu-se uma das opções terapêuticas consagradas para o controle da psoríase, a fototerapia. Outro empecilho reside no fato da psoríase ser agravada pelo uso de antimaláricos e de corticoides sistêmicos. Estes medicamentos são uma ótima opção para tratamento do LES, devendo ser, portanto, evitados diante dessa associação.

Optamos por realizar o tratamento agudo do LES com Prednisona, para retirar a paciente da crise, em baixas doses (0,5 mg/kg/dia) para não agravar a psoríase. Associamos Ciclosporina 200 mg, um imunossupressor que age através da modulação dos linfócitos T - citocina implicada na patogênese de ambas as doenças – obtendo benefício adjuvante no controle do LES e minimizando as exacerbações que o corticoide causaria nas lesões

psoriásicas. Outro motivo da escolha da Ciclosporina é o fato de não ser um medicamento fotossensibilizante, como ocorre com o Metotrexato em alguns casos^{1,7}.

A terapia de manutenção foi feita com Adalimumab 40mg, a cada duas semanas, um medicamento que age neutralizando a função biológica do fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa), presente em elevados níveis nas respostas inflamatórias e imunes, gerando benefício no tratamento das lesões psoriásicas¹³. O TNF-alfa é encontrado em alta concentração, também, no líquido sinovial, o que reflete o efeito benéfico do Adalimumab em bloquear essa citocina, combatendo, assim, a artralgia^{11,13}.

As indicações de terapia biológica para esta paciente se baseiam no fato dela ter obtido fracasso com a terapia sistêmica clássica (realizou tratamento prévio com acitretina e metotrexato, porém com baixa resposta terapêutica e múltiplos efeitos colaterais) e ser um quadro grave, com deterioração da qualidade de vida, devido à intensa artralgia¹⁴.

Além disso, a escolha por um tratamento biológico reside no fato de se obter uma maior especificidade ao tratamento, reduzir a imunotoxicidade e prolongar a remissão¹⁵.

A paciente obteve boa resposta ao tratamento com Adalimumab, relatando após 60 dias melhor controle das lesões psoriásicas e redução significativa da artralgia. Mencionou, ainda, melhora da qualidade de vida, devido aos sintomas algícos estarem presente desde o início da psoríase, aos 5 anos de idade, agravados, posteriormente, com o LES e no atual momento, com intensidade mínima.

Diante disso, o presente trabalho visou informar à comunidade médica sobre as características singulares dessa coexistência, de modo a fortalecer a capacidade diagnóstica e evitar complicações decorrentes da terapêutica oposta das doenças. Não obstante, devido ao limitado número de pacientes psoriásicos complicados com LES, estabelecer um tratamento padrão para essa associação é extremamente complexo, já que são mínimos os casos semelhantes documentados, o que dificulta o conhecimento de outras opções terapêuticas.

REFERÊNCIAS

1. Silva RS, Nascimento LB, Bressan AL, Obadia D, Gripp AC. Psoríase fotossensível como um alerta para o diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico. *Med Cutan Ibero Lat Am*. 2014;10(3):46-9. Disponível em: http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2014/mc141_3h.pdf.
2. Avriel A, Zeller L, Flusser D, Abu Shakra M, Halevy S, Sukenik S. Coexistence of psoriatic arthritis and systemic lupus erythematosus. *Isr Med Assoc J*. 2007;9(2):48-9. doi: 10.15761/ROM.1000105.
3. Kim EJ, Park HS, Yoon HS, Cho S. A case of psoriasis accompanied by systemic lupus erythematosus. *J Turkish Acad Dermatol*. 2015;27(3):347-8. doi: 10.5021/ad.2015.27.3.347.
4. Zalla MJ, Muller SA. The coexistence of psoriasis with lupus erythematosus and other photosensitive disorders. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1996;195(2):1-15.
5. Millns JR, Muler SA. The coexistence of psoriasis and lupus erythematosus; an analysis of 27 cases. *Arch Dermatol*. 1980;116(6):638-63. doi: 10.1001/archderm.1980.01640300046015.
6. Conde SRSS, Silva MA, Fernandes GS, Vasconcelos HCB, Castelo VH. Estudo clínico-epidemiológico de pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. *Rev Virtual Saúde*. 2009;6(2):1-5. doi: <https://doi.org/10.14295/idonline.v1i1i38.954>.

7. Sato EI, Bonfá ED, Costallat LTL, Silva NA, Brenol JCT, Santiago MB, et al. Lúpus eritematoso sistêmico: acometimento cutâneo/articular, *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(6):375-88. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302006000600012>.
8. Hays SB, Camisa C, Luzar MJ. The coexistence of systemic lupus erythematosus and psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 1984; 10(4): 619–22. doi: [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(84\)80267-4](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(84)80267-4).
9. Baselga E, Puig L, Llobet J, Musulén E, Moragas JM. Linear psoriasis associated with systemic lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol*. 1994;30(2):130-33. doi: [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(08\)81901-9](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(08)81901-9).
10. Wielosz E, Majdan M, Zychowska I, Jeleniewicz R. Coexistence of five autoimmune diseases: diagnostic and therapeutic difficulties. *Rheumatol Int*. 2008;28(3):919-23. doi: [10.1007/s00296-008-0544-5](https://doi.org/10.1007/s00296-008-0544-5).
11. Kulick KB, Mogavero HJ, Provost TT, Reichlin M. Serologic studies in patients with lupus erythematosus and psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 1983;8(5):631-4. doi: [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(83\)70069-1](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(83)70069-1).
12. Haroon M, Fitzgerald O. Pathogenetic overview of psoriatic disease. *J Rheumatol Suppl*. 2012;89(4):7-10. doi: <https://doi.org/10.3899/jrheum.120232>.
13. Gossec L, Smolen J, Viala CG. European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. *Ann Rheum Dis*. 2012;71(5):4-12. doi: [10.1136 / annrheumdis-2015-208337](https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2015-208337).
14. Cláudia PAM, Porro AM, Chaul A, Gripp A, Arruda ACB, Hirayam ALS, et al. Consenso Brasileiro de Psoríase: guia de avaliação e tratamento. *Rev Bras Dermatol*. 2012;172(2):134-65. Disponível em: <https://docplayer.com.br/39214000-Psoríase-2012-consenso-brasileiro-de-sociedade-brasileira-de-dermatologia-guias-de-avaliacao-e-tratamento.html>.
15. Grisar J. Biologicals and how they revolutionized rheumatology. *Wien Med Wochenschr*. 2015;165(2):1-2. doi: <https://doi.org/10.1007/s10354-015-0343-z>.

Recebido: 10.09.18

Aceito: 11.02.19