

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Svetlana Popadic: Concepção e planejamento do estudo; obtenção de dados ou análise e interpretação dos dados; análise estatística; elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Igor Kapetanovic: Elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; obtenção, análise e interpretação dos dados; aprovação da versão final do manuscrito.

Aleksandra Sokic-Milutinovic: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Agradecimento

Este estudo foi parcialmente financiado pelo Fund of The Serbian Ministry of Education and Science (Subsídio nº 451-03-47/2023-01/200110).

Referências

1. Horiuchi Y, Shimakura S. Mesalazine and photosensitivity. *Am J Gastroenterol.* 1999;94:3386-7.

2. Cozzani E, Pappalardo F, Gallo R, Parodi A. Photosensitivity induced by mesalazine: report of a case. *Am J Gastroenterol.* 2014;109:923-4.
3. Al-Niaimi F, Lyon C. Mesalazine-induced photosensitivity. *Eur J Dermatol.* 2011;21:105-6.
4. Klotz U. The pharmacological profile and clinical use of mesalazine (5-aminosalicylic acid). *Arzneimittelforschung.* 2012;62:53-8.
5. Moum B. Which are the 5-ASA compound side effects and how is it possible to avoid them? *Inflamm Bowel Dis.* 2008;14:S212-3.
6. Glatz M, Hofbauer GF. Phototoxic and photoallergic cutaneous drug reactions. *Chem Immunol Allergy.* 2012;97:167-79.
7. Monteiro AF, Rato M, Martins C. Drug-induced photosensitivity: photoallergic and phototoxic reactions. *Clin Dermatol.* 2016;34:571-81.
8. Shukla A, Mahapatra A, Gogtay N, Khopkar U. Esomeprazole-induced photoallergic dermatitis. *J Postgrad Med.* 2010;56:229-31.
9. Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, Sandor P, Ruiz I, Roberts EA, et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther.* 1981;30:239-45.

Svetlana Popadic  a,b,* , Igor Kapetanovic  b
e Aleksandra Sokic-Milutinovic  c,d

^a Departamento de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, University of Belgrade, Belgrado, Sérvia

^b Clínica de Dermatovenereologia, University Clinical Center of Serbia, Belgrado, Sérvia

^c Departamento de Gastroenterologia e Hepatologia, Faculdade de Medicina, University of Belgrade, Belgrado, Sérvia

^d Clínica para Gastroenterologia e Hepatologia, Clinical Center of Serbia, Belgrado, Sérvia

* Autor para correspondência.

E-mail: scpopadic@gmail.com (S. Popadic).

Recebido em 24 de abril de 2023; aceito em 10 de julho de 2023

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.11.019>

2666-2752/ © 2023 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Isotretinoína oral para tratamento de pitiríase versicolor crônica: relato de caso e revisão de literatura^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

A pitiríase versicolor (PV) é micose superficial causada por espécies de leveduras do gênero *Malassezia*. A doença aco-

mete indivíduos no mundo todo, e é mais comum nos países de clima tropical e subtropical, onde a incidência pode chegar a 50% da população.¹ Métodos propedêuticos e complementares, como o sinal de Zirelí, dermatoscopia e luz de Wood são úteis tanto no diagnóstico da infecção quanto na avaliação de resposta terapêutica, ao auxiliarem na distinção entre doença ativa e hipocromia pós-inflamatória.¹⁻⁴ O tratamento é especialmente desafiador nos quadros de evolução recidivante ou crônica, não por resistência intrínseca do patógeno aos antifúngicos utilizados tópicos e sistemicamente, mas por fatores individuais do hospedeiro que favorecem ambiente adequado para a persistência do fungo lipofílico que compõe o microbioma humano.^{3,5} Os estudos científicos sobre o uso da isotretinoína oral como alternativa para tratamento da infecção são

DOI do artigo original: <https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.11.019>

[☆] Como citar este artigo: Veasey JV, Carvalho GSM, Valinoto GCJ. Oral isotretinoin for the treatment of chronic tinea versicolor: case report and literature review. *An Bras Dermatol.* 2024;99:648-51.

^{☆☆} Trabalho realizado na Clínica de Dermatologia, Hospital da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

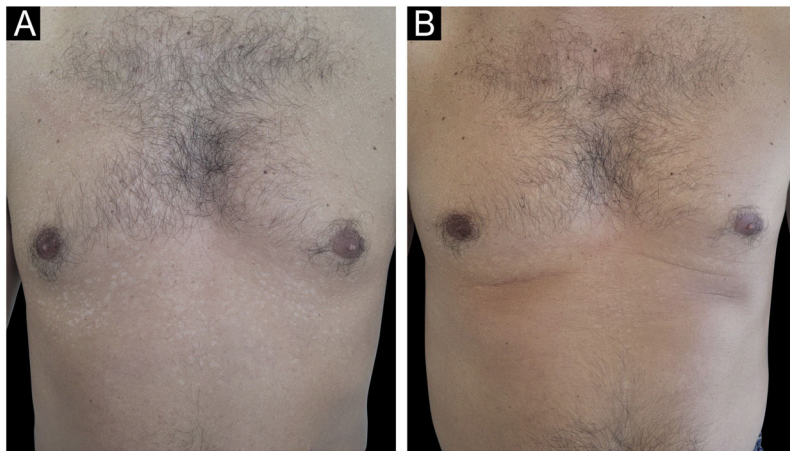


Figura 1 Paciente com pitíriase versicolor crônica. (A) Antes do tratamento. (B) Após oito semanas de tratamento com isotretinoína oral com dose baixa/semanal.

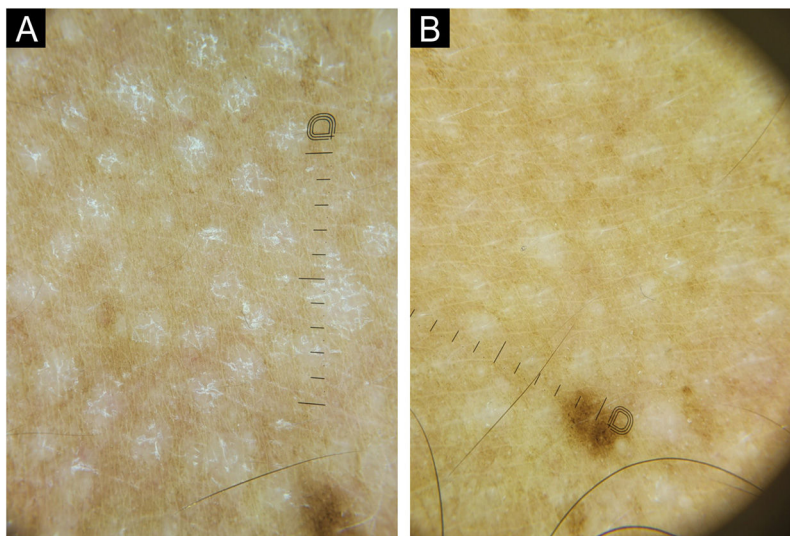


Figura 2 Dermatoscopia com luz polarizada em paciente com pitíriase versicolor crônica. (A) Máculas circulares centradas nos folículos pilosos, com presença de descamação após manobra de Zirelí compatível com doença em atividade. (B) Após oito semanas de tratamento com isotretinoína oral, nota-se redução de número e tamanho das lesões, ausência da descamação após manobra de Zirelí, compatível com hipocromia pós-inflamatória em resolução (Dermatoscópio DL5 Dermlite®, 10 ×).

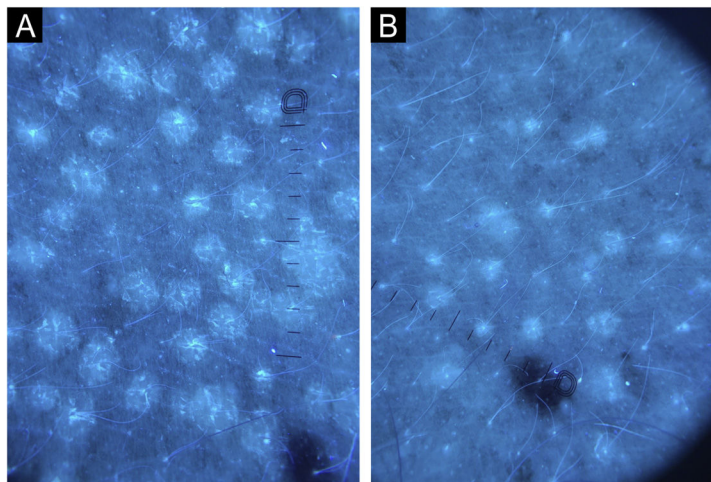


Figura 3 Dermatoscopia com luz de Wood (10 ×) em paciente com pitíriase versicolor crônica. (A) Nota-se com maior precisão a hipocromia e descamação pré-tratamento compatível com atividade de doença. (B) Pós-tratamento com redução do número e tamanho das máculas, além de ausência de descamação, compatível com hipocromia pós-inflamatória em resolução (Dermatoscópio DL5 Dermlite®, 10 ×).

escassos, em grande maioria relatos de caso.⁶⁻⁸ Apresentamos o caso de um paciente com PV crônica sem melhora a tratamentos clássicos com antifúngicos, e que evoluiu com boa resposta após poucas semanas de tratamento com isotretinoína oral.

Paciente do sexo masculino, de 40 anos, hígido, em seguimento dermatológico há oito anos por quadro de PV crônica. No período, realizou diversos tratamentos com sabonetes antisseborreicos, antifúngicos tópicos em formulação shampoo, creme e loção *spray* (ciclopirox olamina e derivados azólicos), além de tratamentos orais com cetoconazol, itraconazol e fluconazol, com pouca melhora e sempre mantendo sinal de Zirelí positivo, compatível com atividade de infecção.^{2,4} Ao exame dermatológico, apresentava pele difusamente oleosa e PV em padrão folicular. O paciente negou uso de cremes e emolientes, com hábito de dois banhos ao dia. Frente ao quadro crônico com resistência às terapias clássicas e característica oleosa da pele e exames laboratoriais gerais que se mostraram normais, foi proposto tratamento *off-label* de isotretinoína oral em monoterapia, sem associação aos tratamentos já relatados. Prescrita dose de 1 cp de 20 mg/semana, o paciente evoluiu com melhora intensa após seguimento de oito semanas, sem qualquer alteração laboratorial, com dose total de 160 mg administrada no período (figs. 1, 2 e 3). Visando conter a oleosidade da pele, e secundariamente a recidiva da infecção, foi mantido uso contínuo da isotretinoína nessa dosagem.

A classificação de quadros recidivantes e crônicos da PV é baseada no número de recorrência das lesões após tratamento com antifúngico adequado no período de dois anos: até quatro para recidivante, e acima de quatro para crônicos. De acordo com Framil et al., não há correlação entre as espécies de *Malassezia*, a forma clínica e os episódios de recidiva, havendo íntima relação com fatores individuais de predisposição.³

O uso da isotretinoína para PV foi inicialmente descrito em 2006 por Bartel et al., em um caso de adolescente de 14 anos com PV no dorso e acne grave, tratado com 40 mg de isotretinoína, 2 x /dia (1 mg/kg/dia), por cinco meses. Houve cura clínica e micológica da PV, sugerindo o papel contra *Malassezia* diretamente ou pela redução do conteúdo lipídico da pele pelo fármaco, tornando o ambiente menos favorável ao fungo lipofílico.⁶ Em 2018, Yazici et al. descreveram outro caso de paciente com PV crônica por 15 anos, que foi tratado com isotretinoína oral na dose de 20 mg/dia durante dois meses, evoluindo com melhora sustentada após um ano de suspensão do medicamento.⁷ Em amplo estudo recente de revisão sobre a isotretinoína, Bagatin et al. discutem sobre diversos usos *off-label* do fármaco, incluindo a dermatite seborreica, mas sem abordar especificamente a PV.⁸ Geissler et al. relataram que tratamento com doses muito baixas de isotretinoína (2,5 mg/3 x semanais) é eficaz no controle da seborreia, com redução de 51% no tamanho da glândula sebácea comprovada em biopsias.⁹

Doses reduzidas para controle de acne moderada têm sido descritas com sucesso desde a década de 1990,¹⁰ opinião sustentada atualmente por revisões que comprovam tendência à prescrição de doses diárias mais baixas (0,1-0,5 mg/kg, até 5 mg), com duração mais prolongada (até 18 meses), menos eventos adversos, melhor tolerabilidade e índices de recidiva similares aos observados com dose convencional.⁸

Embora a eficácia da isotretinoína seja bem conhecida na acne, a literatura sobre seu uso na PV é escassa. O provável mecanismo subjacente à eficácia e remissão a longo prazo da isotretinoína na PV parece estar relacionado com a diminuição da produção de sebo e atrofia da glândula sebácea. Mais estudos são necessários para estabelecer a dosagem ideal e a duração da terapia. Acreditamos que a isotretinoína em dose baixa possa ser uma boa opção terapêutica para PV recorrente e crônica. Está claro que a pesquisa do uso da isotretinoína para controle da PV é um campo extremamente carente de estudos robustos e consistentes.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

John Verrinder Veasey: Concepção e o desenho do estudo; levantamento dos dados, ou análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual importante; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Gustavo de Sá Menezes Carvalho: Concepção e o desenho do estudo; levantamento dos dados, ou análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual importante; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Guilherme Camargo Julio Valinoto: Concepção e o desenho do estudo; levantamento dos dados, ou análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual importante; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.




Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

- Gupta AK, Bluhm R, Summerbell R. Pityriasis versicolor. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002;16:19-33.
- Veasey JV, de Macedo PM, Amorim JR, Orofino-Costa R. The correct nomenclature of Zirelí sign in the propaedeutics of pityriasis versicolor (in memoriam). *An Bras Dermatol*. 2021;96:591-4.
- Framil VMS, Melhem MS, Szesz MW, Zaitz C. New aspects in the clinical course of pityriasis versicolor. *An Bras Dermatol*. 2011;86:1135-40.
- Veasey JV, Avila RB, Miguel BAF, Muramatu LH. White piedra, black piedra, tinea versicolor, and tinea nigra: contribution to the diagnosis of superficial mycosis. *An Bras Dermatol*. 2017;92:413-6.

- Kamamoto CSL, Nishikaku AS, Gompertz OF, Melo AS, Hasun KM, Bagatin E. Cutaneous fungal microbiome: *Malassezia* yeasts in seborrheic dermatitis scalp in a randomized, comparative and therapeutic trial. *Dermatoendocrinol.* 2017;9:e1361573.
- Bartell H, Ransdell BL, Ali A. Tinea versicolor clearance with oral isotretinoin therapy. *J Drugs Dermatol.* 2006;5:74-5.
- Yazici S, Baskan EB, Saricaoglu H. Long-term remission of recurrent pityriasis versicolor with short-term systemic isotretinoin therapy. *J Dermat Cosmetol.* 2018;2:94-5.
- Bagatin E, Costa CS, Rocha MADD, Picosse FR, Kamamoto CSL, Pirmez R, et al. Consensus on the use of oral isotretinoin in dermatology – Brazilian Society of Dermatology. *An Bras Dermatol.* 2020;95 Suppl 1:19-38.
- Geissler SE, Michelsen S, Plewig G. Very low dose isotretinoin is effective in controlling seborrhea. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2003;1:952-8.
- Layton AM, Knaggs H, Taylor J, Cunliffe WJ. Isotretinoin for acne vulgaris – 10 years later: a safe and successful treatment. *Br J Dermatol.* 1993;129:292-6.

John Verrinder Veasey ^{a,b,*},
Gustavo de Sá Menezes Carvalho ^a
e Guilherme Camargo Julio Valinoto ^{a,b}

^a *Clínica de Dermatologia, Hospital da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

^b *Disciplina de Dermatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

* Autor para correspondência.

E-mail: johnveasey@uol.com.br (J.V. Veasey).

Recebido em 22 de julho de 2023; aceito em 25 de agosto de 2023

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.04.018>
2666-2752/ © 2024 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Pitiríase rubra pilar após vacinação contra COVID-19: tratamento bem-sucedido com ustequinumabe^{☆☆}



Prezado Editor,

A pitiríase rubra pilar (PRP) é dermatose inflamatória eritemato-papuloescamosa rara.¹

Desde a aprovação das vacinas de mRNA para a COVID-19, a comunidade dermatológica tem se esforçado para caracterizar os efeitos cutâneos adversos associados à sua administração.

Relatamos um caso de PRP após administração da vacina mRNA Pfizer-BioNTech COVID-19 com refratariedade à terapia sistêmica de primeira linha, mas que foi tratada com sucesso com ustequinumabe.

Paciente do sexo feminino, caucasiana, de 69 anos, sem histórico médico relevante, foi encaminhada para atendimento virtude de erupção cutânea generalizada com seis meses de evolução que não melhorou com corticosteroides tópicos e sistêmicos altamente potentes (1 mg/kg/dia) ou ciclosporina oral (4 mg /kg/dia). A paciente relatou erupção cutânea escamosa eritematosa facial dois dias após receber a primeira dose da vacina Pfizer-BioNTech contra COVID-19. Poucos dias após a segunda dose da vacina, a paciente notou piora da erupção, com progressão para tronco e membros; relatava prurido intenso e negou antecedentes pessoais ou familiares de doenças de pele ou infecções recentes. Ao exame físico, ela apresentava placas desca-

mativas confluentes de coloração alaranjada/avermelhada bem demarcadas que se estendiam do couro cabeludo até os braços e regiões proximais das coxas com áreas preservadas. Havia placas eritematosas dispersas na parte inferior das pernas e ceratoderma palmoplantar de aspecto céreo e coloração alaranjada/avermelhada (fig. 1). Os exames de sangue mostraram leucopenia (3.150 mm³) com contagem normal de eosinófilos. Os testes sorológicos para vírus e o estudo imunológico estendido foram negativos. A tomografia computadorizada não apresentou nada digno de nota. O exame histopatológico revelou acantose moderada, alguns cones epidérmicos alargados, hiperkeratose e parakeratose com pequeno grau de espongirose (fig. 2). Na derme superficial havia pequeno infiltrado celular inflamatório crônico perivascular. O teste genético foi negativo para mutações CARD14.

A paciente foi inicialmente tratada com metotrexato (MTX), 12,5 mg, uma vez por semana, durante quatro semanas. No entanto, foi necessário aumentar a dose para 15 mg durante 12 semanas, sem melhora. Terapia com psoraleno e ultravioleta A (PUVA) tópico de mãos e pés foi realizada concomitantemente ao MTX, sem benefício adicional. Posteriormente, foi prescrita acitretina 25 mg em dias alternados, mas a paciente interrompeu 15 semanas depois em decorrência de resposta insatisfatória e de aumento das transaminases (dez vezes acima do limite da normalidade), que normalizou após a retirada do medicamento. Como a paciente apresentou refratariedade às terapias sistêmicas de primeira linha, decidiu-se iniciar a terapia com ustequinumabe (45 mg na semana 0, semana 4 e depois a cada 12 semanas). Na semana 4 de ustequinumabe foi alcançada resposta quase completa, observando-se apenas eritema residual da face (fig. 3). A resposta foi mantida durante seis meses de seguimento e nenhuma outra vacina contra COVID-19 foi administrada.

A etiologia e a patogênese da PRP permanecem obscuras, e a maioria dos casos é esporádica, embora infecções, medicamentos, neoplasias malignas e vacinas sejam todos possíveis desencadeadores.¹ Desde a aprovação das vacinas contra SARS-CoV-2, foi relatado número crescente de

DOI do artigo original: <https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.07.009>

☆ Como citar este artigo: Vieira-Granja B, Amoedo P, Gomes NP, Costa C, Azevedo F, Magina S. Pityriasis rubra pilaris after COVID-19 vaccination: successful treatment with Ustekinumab. *An Bras Dermatol.* 2024;99:652-4.

☆☆ Trabalho realizado no Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal.