



Erupção medicamentosa liquenoide induzida por pravastatina. É possível prescrever outras estatinas? ☆☆☆

Prezado Editor,

As erupções medicamentosas liquenoides são incomuns e podem ser difíceis de diferenciar do líquen plano idiopático. As características clínicas e histopatológicas são extremamente semelhantes em ambas. A erupção medicamentosa liquenoide causada por inibidores da HMG-CoA redutase é excepcional.

Um homem caucasiano de 59 anos foi atendido no ambulatório dermatológico (Hospital Universitario San Cecilio, Granada, Espanha) com história de dois meses de erupção pruriginosa localizada em seu tórax e região lombar. Ele não relatou história prévia de qualquer afecção dermatológica. Seu clínico geral havia prescrito pravastatina/fenofibrato (Pravafenix® 40/160 mg) para o tratamento de hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia três meses antes. O paciente foi encaminhado ao serviço de dermatologia com suspeita clínica de psoríase em placas. Ao exame físico, apresentava múltiplas placas eritemato-escamosas brilhantes e violáceas no tronco e na região lombar (fig. 1). Estrias de Wickham não puderam ser identificadas por meio da dermatoscopia. O exame das mucosas não mostrou anomalias. O estudo histopatológico revelou infiltrado inflamatório liquenoide com intenso envolvimento da interface dermoepidérmica, associado a queratinócitos apoptóticos e melanófagos na derme papilar (fig. 2). Erupção liquenoide decorrente da pravastatina foi então diagnosticada. A pravastatina foi descontinuada e substituída por fluvastatina. O fenofibrato não foi descontinuado. Tratamento com corticosteroides tópicos (creme de furoato de mometasona 0,1%, 1×/dia) foi aplicado durante os primeiros sete dias. Foi observada hiperpigmentação acastanhada residual aos três meses de seguimento.

As estatinas são medicamentos comumente prescritos para o tratamento da hipercolesterolemia. Um número limitado de relatos de casos de erupção medicamentosa liquenoide associada a estatinas foi relatado até o momento.¹ A reação dermatológica adversa notificada com mais frequência é erupção cutânea eczematososa ou de hipersensibilidade. Atorvastatina, lovastatina e sinvastatina são as estatinas associadas à maioria dos efeitos adversos, incluindo fotossensibilidade, urticária, síndrome semelhante ao lúpus e prurido, entre outros.² O mecanismo

das erupções cutâneas induzidas por estatinas não é bem compreendido. Os efeitos anti-inflamatórios das estatinas podem estar relacionados tanto aos efeitos benéficos quanto ao desenvolvimento desses efeitos colaterais. Acredita-se que reações autoimunes mediadas por células contra os queratinócitos da camada basal estejam envolvidas.³ A pravastatina não sofre metabolismo pelas enzimas CYP, ao contrário da sinvastatina, lovastatina, atorvastatina e rosuvastatina. Esses medicamentos sofrem seu metabolismo no fígado pelo citocromo P450 CYP3A3 e CYP2C9 AV.⁴ Isso poderia explicar por que o paciente descrito aqui não continuou com a erupção liquenoide após o início da fluvastatina. Esses metabólitos podem estar relacionados ao desenvolvimento de erupções cutâneas. Alguns casos de erupção liquenoide induzida pela pravastatina já foram relatados.⁵ Além disso, lesões eczematosas semelhantes à psoríase foram relatadas com o uso de pravastatina.⁶ Ambas reações cutâneas tendem a ser resistentes a tratamentos tópicos com corticosteroides e até mesmo a tratamentos sistêmicos. A interrupção da pravastatina levará à resolução do quadro clínico. Embora a fluvastatina tenha sido bem tolerada pelo paciente aqui descrito, a ezetimiba é considerada tratamento de primeira linha em caso de intolerância comprovada às estatinas.⁷ Um caso de recorrência de erupção liquenoide foi descrito em paciente que interrompeu o uso de rosuvastatina, cuja terapia foi trocada para sinvastatina. A escolha de nova linha terapêutica deve objetivar evitar o metabolismo hepático de primeira passagem. Por fim, o paciente aqui descrito desenvolveu escore de 6 no algoritmo de Naranjo, de modo que a relação causal foi considerada provável.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Francisco J. Navarro-Triviño: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; 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 do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; análise estatística; concepção e planejamento do estudo.

Ricardo Ruiz-Villaverde: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; 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 do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; análise estatística; concepção e planejamento do estudo.

Conflito de interesses

Nenhum.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.02.013>

☆ Como citar este artigo: Navarro-Triviño FJ, Ruiz-Villaverde R. Lichenoid drug eruption induced by pravastatin; it is possible to prescribe other statins? *An Bras Dermatol.* 2023;98:116–7.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, Espanha.

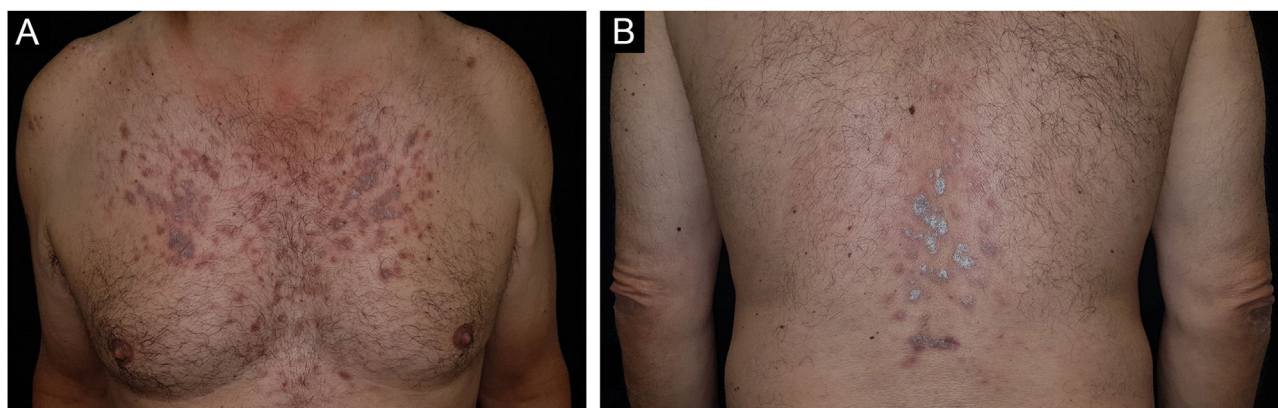


Figura 1 Múltiplas placas eritemato-escamosas brilhantes e violáceas no tronco (A) e na região lombar (B).

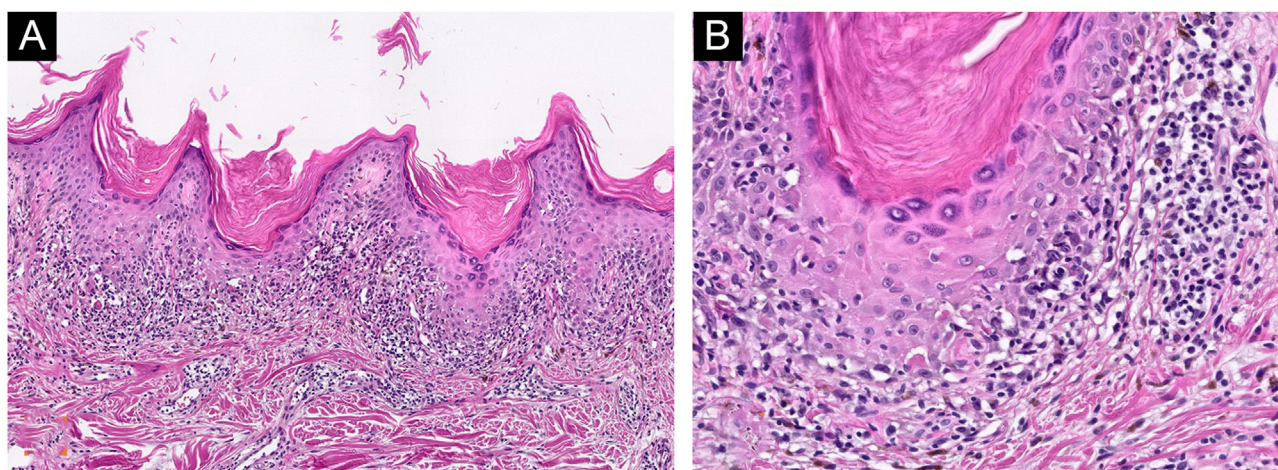


Figura 2 (A) Infiltrado inflamatório liquenoide com obscurecimento da interface dermoepidérmica (Hematoxilina & eosina, 100×). (B) Presença de queratinócitos apoptóticos e paraceratose focal; notam-se eosinófilos e melanófagos na derme papilar (Hematoxilina & eosina, 200×).

Referências

1. Vesza Z, Pires C, da Silva PM. Statin-related Lichenoid Dermatitis: An Uncommon Adverse Reaction to a Common Treatment. *Eur J Case Rep Intern Med.* 2018;5:000844.
2. Noël B, Panizzon RG. Lupus-like syndrome associated with statin therapy. *Dermatology.* 2004;208:276–7.
3. Roger D, Rolle F, Labrousse F, Brosset A, Bonnetblanc JM. Simvastatin-induced lichenoid drug eruption. *Clin Exp Dermatol.* 1994;19:88–9.
4. Jowkar F, Namazi MR. Statins in dermatology. *Int J Dermatol.* 2010;49:1235–43.
5. Pua VS, Scolyer RA, Barnetson RS. Pravastatin-induced lichenoid drug eruption. *Australas J Dermatol.* 2006;47:57–9.
6. Keough GC, Richardson TT, Grabski WJ. Pravastatin-induced lichenoid drug eruption. *Cutis.* 1998;61:98–100.
7. Mohammed F, Wally LL, Karaban JE, Reddy VB, Lertratanakul Y. Fenofibrate-Induced Lichenoid Drug Eruption: A Rare Culprit. *Case Rep Dermatol.* 2017;9:236–42.

^a Departamento de Eczema de Contato e Doenças Imunoalérgicas, Dermatologia, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, Espanha



^b Departamento de Dermatologia, Hospital Universitario San Cecilio, Instituto Biosanitario de Granada (Ibs), Granada, Espanha

* Autor para correspondência.

E-mail: fntmed@gmail.com (F.J. Navarro-Triviño).

Recebido em 3 de fevereiro de 2021; aceito em 20 de fevereiro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.11.003>
2666-2752/ © 2022 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/>).

Francisco J. Navarro-Triviño  ^{a,*}
e Ricardo Ruiz-Villaverde  ^b