

## Referências

1. Gutiérrez-González E, Pereiro M Jr, Toribio J. Elastolytic actinic giant cell granuloma. *Dermatol Clin*. 2015;33:331–41.
2. Lim DS, Triscott J. O'Brien's actinic granuloma in association with prolonged doxycycline phototoxicity. *Australas J Dermatol*. 2003;44:67–70.
3. Nanbu A, Sugiura K, Kono M, Muro Y, Akiyama M. Annular elastolytic giant cell granuloma successfully treated with minocycline hydrochloride. *Acta Derm Venereol*. 2015;95:756–7.
4. Jeha GM, Luckett KO, Kole L. Actinic granuloma responding to doxycycline. *JAAD Case Rep*. 2020;14(6):1132–4.
5. Kabuto M, Fujimoto N, Tanaka T. Generalized annular elastolytic giant cell granuloma successfully treated with the long-term use of minocycline hydrochloride. *Eur J Dermatol*. 2017;27:178–9.

Dídac Marín-Piñero <sup>a,\*</sup>, M. Ángeles Sola-Casas <sup>a</sup>  
e Noelia Perez-Muñoz <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Dermatologia, Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Quirónsalud, Barcelona, Espanha  
<sup>b</sup> Departamento de Patologia, Hospital Universitari General de Catalunya, Grupo Quirónsalud, Universitat Internacional de Catalunya, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, Espanha

\* Autor para correspondência.

E-mail: [marindidac@gmail.com](mailto:marindidac@gmail.com) (D. Marín-Piñero).

Recebido em 9 de março de 2022; aceito em 1 de maio de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.09.011>

2666-2752/ © 2023 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/>).

## Psoríase pustulosa desencadeada após terapêutica com atezolizumabe e bevacizumabe

Prezado Editor,

Atezolizumabe (ATZ) e bevacizumabe (BVZ) são utilizados na imunoterapia de alguns tumores avançados.<sup>1,2</sup> ATZ é um inibidor de *checkpoint* imune, antagonista de PDL1, expressa nas células tumorais que possibilita tanto a evasão das células tumorais do sistema imune quanto a redução na proliferação de células-T.<sup>1</sup> Essa classe pode causar diversos efeitos adversos cutâneos, principalmente imunomediados, como dermatoses neutrofílicas, bolhosas e vitiligo.<sup>1</sup> BVZ é um anti-VEGF; portanto, com ação antiangiogênica,<sup>2</sup> e também estão descritos efeitos colaterais cutâneos, como exantema e dificuldade na cicatrização tecidual.<sup>3</sup>

Apresentamos evento adverso cutâneo raro, a psoríase pustulosa, após início da associação terapêutica acima.

Paciente do sexo masculino, 55 anos, com história de psoríase leve com controle apenas com tópicos, iniciou com placas eritematoescamosas com pústulas em dorso de mãos, cotovelos, pernas e pés após iniciar terapia com ATZ + BVZ para hepatocarcinoma. A administração dessas medicações ocorria a cada 21 dias, infundidas no mesmo dia. Durante o acompanhamento, houve supressão da infusão em virtude de internação por quadro gripal. Na ocasião, houve melhora rápida das lesões, em quatro semanas (fig. 1A). Após esse período, as infusões foram retomadas e houve recidiva da psoríase (fig. 1B), reforçando a associação do quadro cutâneo com os fármacos. A apresentação do paciente, na

forma de placas eritematoescamosas com pústulas (fig. 2) e generalização das pústulas para tronco (fig. 3A), associada ao anatomopatológico (fig. 3B) com pústulas intraepidérmicas e infiltrado psoriasiforme, possibilitou o diagnóstico de agudização psoriásica, sob forma de psoríase pustulosa, desencadeada pela imunoterapia antineoplásica. O caso constituiu desafio terapêutico, visto que o paciente é portador de hepatocarcinoma desenvolvido em vigência de cirrose por hepatite C crônica. Portanto, apresenta contra-indicação ao uso de fármacos como acitretina e metotrexato, pelo risco de toxicidade hepática grave (incluindo estado de insuficiência), e ao uso de anti-TNF diante do diagnóstico de hepatite C. Além disso, o paciente desenvolveu artrite em interfalangeanas, reforçando a escolha por terapêutica sistêmica. Considerando-se essas limitações, optou-se por inibidor de interleucina (IL), o ustekinumabe (anti-IL 12/23).

Interessante ressaltar que há relatos de melhora de psoríase com o uso de BVZ.<sup>4,5</sup> Sabe-se que a proliferação vascular na derme papilar tem importante papel na fisiopatologia da psoríase.<sup>2</sup> Ademais, constatou-se que os níveis de VEGF são maiores nas lesões psoriásicas, quando se compara com pele sadia. Também se observou que os níveis plasmáticos do fator são maiores nos pacientes com psoríase do que nos hígidos.<sup>2</sup>

Por outro lado, o ATZ parece induzir estado pró-inflamatório, ocorrendo mudança no perfil de citocinas, com aumento de TNF- $\alpha$  e IL-17, o que justificaria surgimento ou piora de quadros de psoríase.<sup>1</sup> As alterações cutâneas com o ATZ geralmente ocorrem dentro de cinco a nove semanas após seu início.<sup>1</sup> Neste caso, ocorreu piora da psoríase nove semanas após iniciar a terapêutica, em concordância com a literatura. Foram descritas exacerbações de psoríase sob as apresentações gutata, invertida e palmoplantar com o uso de ATZ.<sup>1</sup> Portanto, o caso destaca-se pela combinação relacionada com erupção e também pela apresentação inco-mum, na forma pustulosa.

## Suporte financeiro

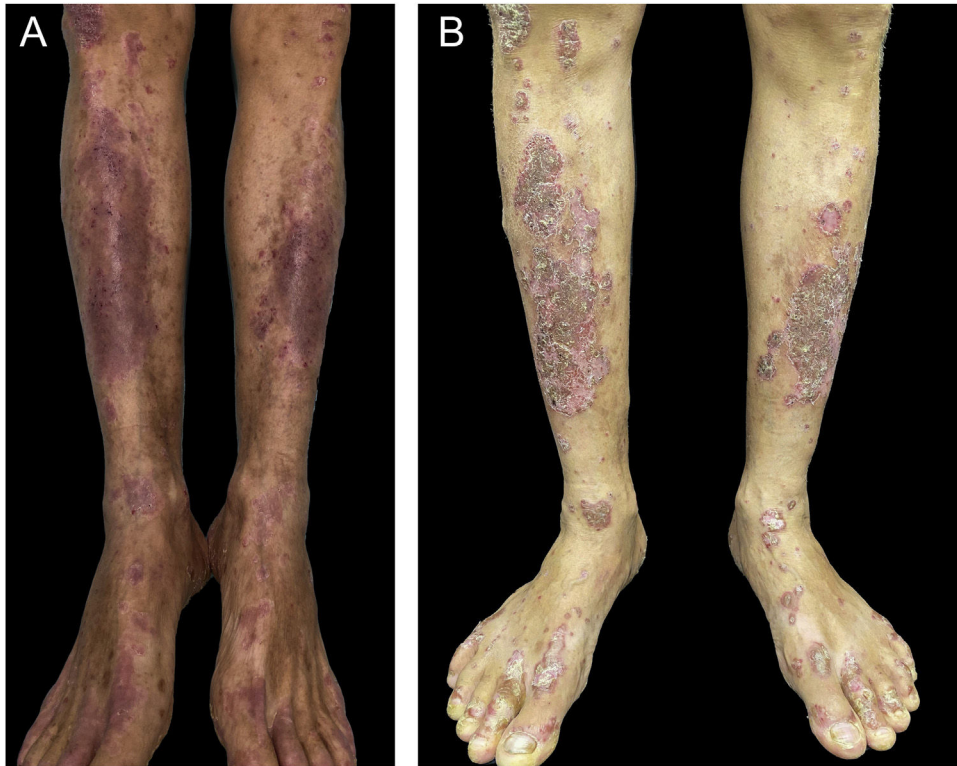
Nenhum.

DOI referente ao artigo:

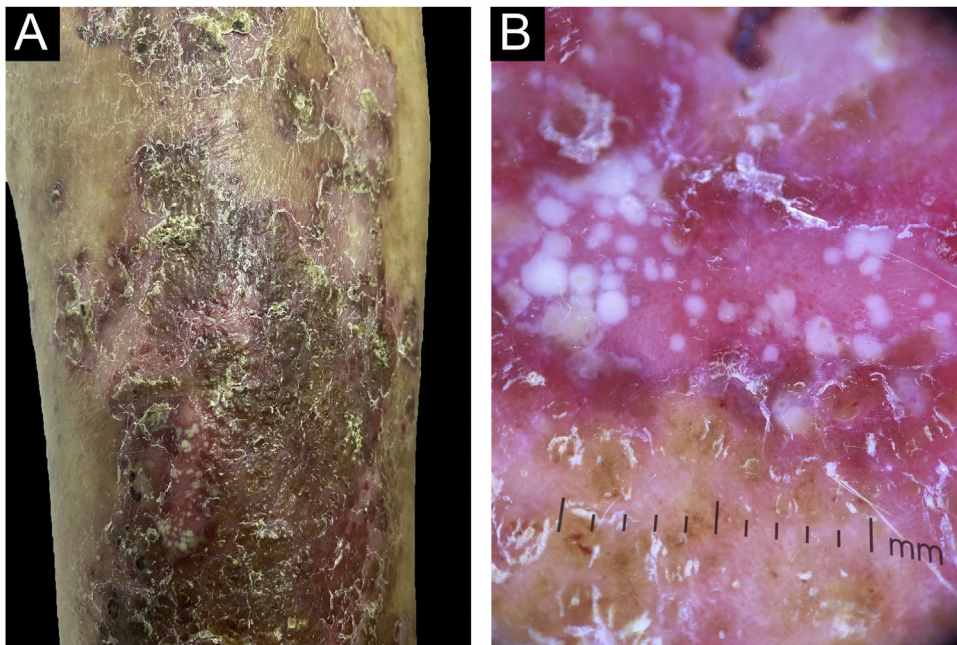
<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.02.003>

☆ Como citar este artigo: Andrade MML, Tejada GL, Peruzzo J, Bonamigo RR. Pustular psoriasis triggered by therapy with atezolizumab and bevacizumab. *An Bras Dermatol*. 2024;99:153–5.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

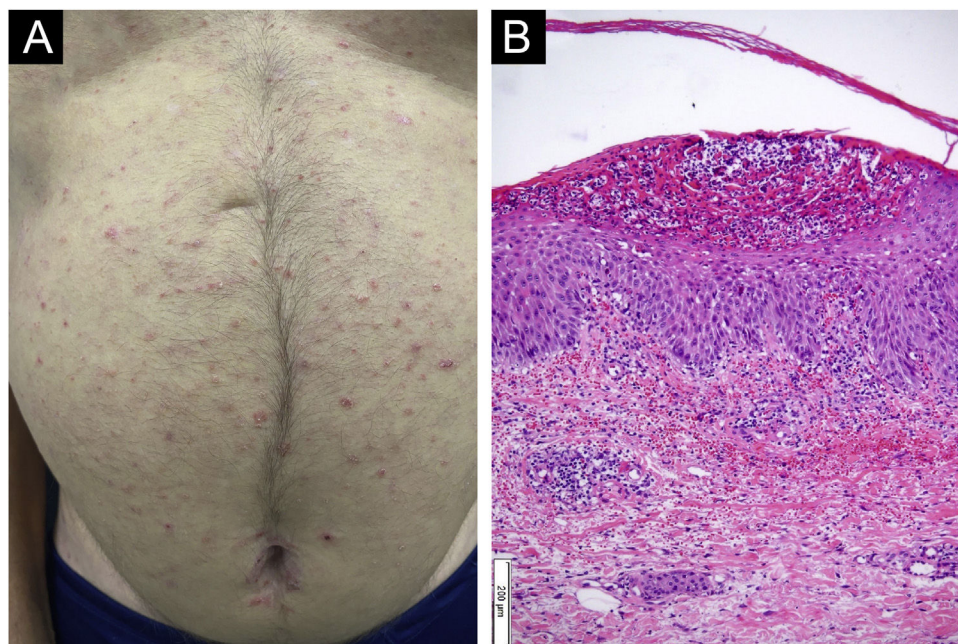


**Figura 1** (A) Paciente com melhora das lesões de psoríase após supressão da infusão de atezolizumabe e bevacizumabe. (B) Paciente apresentou recidiva das lesões psoriásicas após nova infusão, na forma de placas eritematoescamosas com pústulas.



**Figura 2** (A) Detalhe das lesões clínicas nas pernas, evidenciando placas eritematoescamosas com a presença de pústulas. (B) Dermatoscopia evidenciando as pústulas.





**Figura 3** (A) Presença de lesões pustulosas generalizadas em tronco. (B) Exame anatomopatológico demonstrou pústulas intraepidérmicas, subcórneas e infiltrado psoriasiforme (Hematoxilina & eosina, 100 × ).

### Contribuição dos autores

Mariani Magnus Andrade: Levantamento de dados; análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual importante; revisão crítica de literatura.

Guilherme Ladwig Tejada: Levantamento de dados; análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual importante; revisão crítica de literatura.

Juliano Peruzzo: Análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo intelectual importante; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica de literatura.

Renan Rangel Bonamigo: Análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo intelectual importante; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica de literatura.

### Conflito de interesses

Nenhum.

### Referências

1. Ellis SR, Vierra AT, Millsop JW, Lacouture ME, Kiuru M. Dermatologic toxicities to immune checkpoint inhibitor therapy: a review of histopathologic features. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83:1130–43.
2. Luengas-Martinez A, Hardman-Smart J, Paus R, Young HS. Vascular endothelial growth factor-A as a promising therapeutic target for the management of psoriasis. *Exp Dermatol.* 2020;29:687–98.

3. Shord SS, Bressler LR, Tierney LA, Cuellar S, George A. Understanding and managing the possible adverse effects associated with bevacizumab. *Am J Health Syst Pharm.* 2009;66:999–1013.
4. Akman A, Yilmaz E, Mutlu H, Ozdogan M. Complete remission of psoriasis following bevacizumab therapy for colon cancer. *Clin Exp Dermatol.* 2009;34:e202–4.
5. Datta-Mitra A, Riar NK, Raychaudhuri SP. Remission of psoriasis and psoriatic arthritis during bevacizumab therapy for renal cell cancer. *Indian J Dermatol.* 2014; 59 632. Erratum in: *Indian J Dermatol.* 2015;60:209.

Mariani Magnus da Luz Andrade <sup>IB</sup>\*,  
Guilherme Ladwig Tejada <sup>IB</sup>, Juliano Peruzzo <sup>IB</sup>  
e Renan Rangel Bonamigo <sup>IB</sup>

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

\* Autor para correspondência.

E-mail: [mmdandrade@hcpa.edu.br](mailto:mmdandrade@hcpa.edu.br) (M.M.L. Andrade).

Recebido em 19 de dezembro de 2022; aceito em 2 de fevereiro de 2023

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.08.006>  
2666-2752/ © 2023 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/>).