

# Hipercromia pós-inflamatória associada à psoríase.

## Relato de caso

### *Post-inflammatory hyperchromia associated with psoriasis. Case report*

Edsneider Rocha Pires de Souza<sup>1</sup>, Maria Cristina Almeida de Souza<sup>2</sup>, João Carlos de Souza Côrtes Júnior<sup>3</sup>, Paula Pitta de Resende Côrtes<sup>3</sup>, Sandra Maria Barroso Werneck Vilagra<sup>4</sup>, Carolina de Paula Orioli Silva<sup>5</sup>

#### RESUMO

A Hipercromia pós-inflamatória (HPI), desordem de pigmentação da pele decorrente da produção exagerada de melanina, apresenta-se sob a forma de manchas hiperocrômicas e representa uma seqüela importante da psoríase, uma dermatose inflamatória. Objetiva-se, neste artigo, um relato de caso, descrever a HPI surgida após um quadro de psoríase, em paciente do gênero masculino, 54 anos de idade, cor parda, marceneiro de profissão, sem histórico de tabagismo, obesidade ou doença de base, atendido em uma Unidade Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Vassouras, região Centro Sul do Estado do Rio de Janeiro. A psoríase é uma doença imunológica crônica, resultante da estimulação persistente de células T por imunógenos de origem epidérmica, envolvendo a imunidade inata e a adquirida. A conduta terapêutica da HPI incluiu a prescrição de corticosteróides, despigmentantes e fotoprotetores. O acompanhamento do paciente por psicoterapia do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), da ESF e pelo dermatologista da média complexidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS) representou um diferencial e revelou-se imprescindível para a integralidade do cuidado em saúde.

**Palavras-chave:** Acitretina; Hiperpigmentação; Psoríase; Transtornos da Pigmentação.

#### ABSTRACT

Post-inflammatory hyperchromia (IPH), a pigmentation disorder of the skin resulting from the exaggerated production of melanin, is manifested by hyperchromic patches and is an important consequence of psoriasis, an inflammatory dermatosis. The objective of this article is to describe a case of IPH that appeared after psoriasis in a patient attended at a Family Health Strategy Unit (FHU), in the city of Vassouras, in the central region of the State of Rio de Janeiro. Psoriasis is a chronic immune disease that results from the persistent stimulation of T cells by immunogens of epidermal origin, involving innate and acquired immunity. The therapeutic management of IPH consists in prescribing of corticosteroids, despigmentants and photoprotectors. The follow-up of the patient through Psychology of the Family Health Support Center, the FHU and the dermatologist of the medium complexity of the Health Care Network represented a differential and proved to be essential for the integrality of health care.

**Key words:** Acitretin; Hyperpigmentation. Psoriasis; Pigmentation Disorders.

1. Docente do Curso de Medicina e Discente do Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade Severino Sombra (USS).
2. Docente do Curso de Medicina e do Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde da USS.
3. Docente do Curso de Medicina da USS e do Curso de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).
4. Docente do Curso de Medicina da USS.
5. Discente do Curso de Medicina da USS.

CORRESPONDÊNCIA:  
Maria Cristina Almeida de Souza  
Universidade Severino Sombra (USS)  
Av. Expedicionário Oswaldo de Almeida Ramos, 280- Centro.  
Vassouras/RJ CEP 27.700-000  
mcas.souza@uol.com.br.

Recebido em 19/05/2017  
Aprovado em 27/02/2018

## Introdução

A hiperchromia pós-inflamatória (HPI), desordem de pigmentação da pele decorrente da produção exagerada de melanina, representa uma sequela importante das dermatoses inflamatórias, entre as quais a psoríase.<sup>1</sup> Clinicamente, a HPI apresenta-se sob a forma de manchas hipercrômicas, com resultado estético desagradável para o seu portador. As manchas hipercrômicas costumam suceder as lesões de psoríase em especial na pele escura, não sendo habituais em indivíduos de pele clara. Estas manchas podem surgir devido a fatores genéticos, metabólicos, nutritivos, endócrinos, físicos, químicos, inflamatórios, infecciosos e neoplásicos, além de etiologia idiopática.

A psoríase é uma doença imunológica crônica, resultante da estimulação persistente de células T por imunógenos de origem epidérmica, envolvendo a imunidade inata e a adquirida.<sup>2,3,4</sup> As infecções bacterianas, os medicamentos e o estresse emocional estão entre os fatores desencadeantes da psoríase, que compromete a pele, os anexos cutâneos e as articulações, atingindo aproximadamente 2% da população mundial e acarretando significativos danos psicossociais.<sup>5,6,7</sup>

Objetiva-se, neste artigo, relatar um caso clínico de HPI, surgida após um quadro de psoríase, cujo diagnóstico e tratamento coube aos profissionais da RAS do município de Vassouras, na região Centro Sul Fluminense.

## Relato de caso

Indivíduo do gênero masculino, usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), 54 anos de idade, cor parda, marceneiro de profissão, sem histórico de tabagismo, obesidade ou doença de base, compareceu à Unidade Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Vassouras, no sul do Estado do Rio de Janeiro, apresentando, como queixa principal, a presença de lesões acinzentadas, descamativas disseminadas (Figuras 1, 2 e 3).

Ao exame físico, o médico da ESF observou manchas descamativas, pruriginosas, de coloração acinzentada, indolores e assintomáticas, em grande extensão da superfície corporal do indivíduo, além de acometimento ungueal, com unhas apresentando aspecto de "mancha de óleo". Negou histórico de doenças dermatológicas na família.



Figura 1: Lesões descamativas no membro inferior (perna).



Figura 2: Lesões descamativas no membro inferior (pés).



Figura 3: Lesões descamativas no membro superior (mãos).

Na anamnese, relatou ao médico que há cerca de 10 anos, surgiram as primeiras manchas descamativas ao longo do seu corpo, mais precisamente na região de membros inferiores, que aumentaram gradativamente de tamanho, com o decorrer dos meses, e estenderam-se para outras partes, como antebraço direito e tronco. Informou que, após um descontrole emocional, cerca de 20 dias anteriores à consulta, constatou a piora do quadro clínico, com aumento do tamanho e da extensão das manchas, período coincidente com a difícil fase da vida pela qual passava, na qual estava consumindo, regularmente, significativa quantidade de bebidas alcoólicas e estava em constante conflito com os familiares. Na ocasião, procurou os serviços de saúde no pronto socorro hospitalar, onde lhe foi aplicado corticóide injetável, amenizador do intenso prurido originário das manchas.

Após anamnese, ectoscopia e detalhado exame clínico pelo médico da ESF, a principal hipótese diagnóstica foi de psoríase, doença inflamatória crônica, relacionada a fatores emocionais, irritantes externos e infecções, que tem componentes genéticos e apresenta clinicamente lesões cutâneas escamosas de cor eritematosa, com distribuição variada pela superfície corporal e alterações ungueais e articulares.

A fim de confirmar a suspeita diagnóstica de psoríase, a biópsia cutânea foi realizada na própria ESF. Foi prescrita a aplicação de protetor solar FPS 60 e de hidratante à base de uréia, ambos três vezes ao dia, em toda a extensão corporal, para proteção contra radiação ultravioleta e para minimizar o ressecamento da epiderme. O paciente foi orientado a retornar após 15 dias à unidade ESF.

Decorrido este prazo, o paciente retornou à unidade ESF e foi comunicado do diagnóstico, com base no laudo do exame histopatológico enviado pelo laboratório, que confirmou o diagnóstico de psoríase. Para o tratamento da psoríase foi prescrita a aplicação de hidratante corporal à base de uréia e também do protetor solar, alternadamente à aplicação tópica de dipropionato de betametasona, em creme, duas vezes ao dia, em toda a extensão corporal. Ambos os medicamentos integram a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e foram fornecidos gratuitamente ao usuário do SUS. Prescreveu-se, também, propionato de clobetasol a 8%,

em esmalte, para ser aplicado duas vezes por semana haja vista às lesões ungueais.

Decorridos 30 dias da consulta inicial, no retorno do paciente, como não foi constatada pelo médico a regressão das lesões descamativas, remissão dos sintomas ou a resolatividade do caso, suspendeu-se o uso de prednisona, 20 miligramas. Prescreveu-se uma cápsula de acitretina de 10 miligramas, a cada 24 horas, por 90 dias, um análogo aromático sintético do ácido retinóico, que utilizado em distúrbios cutâneos, é indicado para a normalização da proliferação e da diferenciação celular, do crescimento ósseo, da defesa imunológica, supressão tumoral e ceratinização da pele. A acitretina é um fármaco disponibilizado pelo SUS por intermédio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), cuja indicação está regulamentada por meio de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (Portaria nº 1554 de 30 de julho de 2013).<sup>8</sup>

Adicionalmente, visando a integralidade do cuidado, o usuário foi referenciado ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município, para acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, da qual faz parte um psicólogo.

Decorridos aproximadamente 60 dias da consulta inicial, na segunda consulta de retorno, o médico da ESF constatou a melhora das lesões, justificando assim a manutenção do esquema terapêutico (dipropionato de betametasona, em creme, acitretina, hidratante corporal e protetor solar). Contudo, devido à hepatotoxicidade da acitretina, foi solicitado exame laboratorial com prova da função hepática.

Cento e vinte dias após a primeira consulta observou-se a dermatose clinicamente controlada, resultados laboratoriais da função hepática com valores normais e o paciente emocionalmente controlado, com relato de que estava sendo assistido pelo psicólogo do NASF, cujo documento de contrarreferência foi anexado ao seu prontuário da ESF.

Seis meses dias após a última consulta, o paciente novamente procurou a ESF, desta vez com relato de que a psoríase estava controlada e não havia avançado, mas que seu corpo estava com manchas amarronzadas, assintomáticas, cujo aspecto estético o incomodava (Figuras 4 e 5).



**Figura 4:** Manchas marrons na região do tórax e abdome.



**Figura 5:** manchas marrons na região das costas.

Após exame clínico, o diagnóstico foi de HPI, identificada como sequela da psoríase. O médico, além de manter a medicação em uso para psoríase, instituiu tratamento com agente despigmentante tópico (hidroquinona 4%, 2 vezes ao dia) e, diante da possível necessidade de procedimentos coadjuvantes para o clareamento das lesões, referenciou o usuário ao dermatologista na média complexidade, atendendo ao fluxograma da Rede de Atenção à Saúde do município.

## Discussão

A psoríase é uma doença inflamatória imune mediada que acomete de 2% a 3% da população mundial. É caracterizada por inflamação, hiperpro-

liferação dos queratinócitos, alterações na sua diferenciação e na sua vascularização. As células epiteliais se maturam de forma acelerada e, antes da descamação dos corneócitos, chegam à camada superficial, onde se acumulam e geram as lesões características da doença.<sup>1</sup>

Há muitos anos, a psoríase é reconhecida pelas alterações histológicas que lhe são características. No entanto, mais recentemente, as pesquisas imunológicas têm permitido uma nova definição da doença, baseada nas funções genômicas e na análise da expressão gênica. Por esses motivos, a psoríase passou a ser considerada uma inflamação crônica, resultante da estimulação persistente de células T (linfócitos CD4+ e CD8+) por imunógenos de origem epidérmica, envolvendo a imunidade inata e a adquirida.<sup>3</sup> Sua etiologia também pode estar relacionada a infecções bacterianas, medicamentos e ao estresse emocional, o que indica ser a provável causa do caso relatado neste artigo.

A terapêutica é individualizada e deve ser orientada de acordo com a forma clínica e a gravidade de cada caso.<sup>9</sup> No caso relatado, seguiu-se o protocolo terapêutico de psoríase do Ministério da Saúde. A eliminação dos prováveis fatores desencadeantes é passo essencial e preliminar na abordagem terapêutica,<sup>5</sup> o que justifica a referência do paciente deste caso ao NASF, para que fosse cuidado e assistido pela equipe multidisciplinar, em especial pelo psicólogo, tendo em vista o desequilíbrio emocional em que se encontrava, minimizando os danos psicossociais que a doença provocou.

A psoríase pode deixar sequelas, entre as quais as discromias, desordens de pigmentação da pele, relacionadas a distúrbios do sistema melanocítico. Apresentam-se como manchas localizadas ou difusas, regionais ou restritas à determinada área. Essas desordens pigmentares são classificadas de acordo com a distribuição anômala de melanina em acromias, hipocromias e hiperacromias.

A hiperacromia pós-inflamatória, desordem de pigmentação da pele decorrente da produção exagerada de melanina, representa uma sequela importante da psoríase, sob a forma de manchas marrons.<sup>1</sup> Observada no paciente, cujo caso é relatado neste artigo, que apresentou lesões hiperacromicas, de origem epidérmica, resultantes da quantidade de melanina aumentada na epiderme, provavelmente devido ao aumento da atividade e do número de

melanócitos secretores e da elevação do número e tamanho dos melanossomas. Contudo, não se observaram, no caso relatado, manchas azuis, que são manifestações da hiperchromia que atingiu a derme e devem-se a presença de melanina em melanócitos ou em macrófagos dérmicos com coloração ardósia, azul ou cinza.<sup>2</sup> Assim, clinicamente observou-se que, muito provavelmente, as manchas limitaram-se à epiderme do paciente. Quando a HPI é confinada à epiderme, observa-se coloração acastanhada e há aumento na produção e transferência de melanina aos queratinócitos. Descreve-se também a presença de componente hemossiderótico nas lesões. Se não tratada, tende à resolução espontânea após meses ou anos.

A hiperchromia tende a ocorrer em indivíduos de pele mais escura,<sup>10</sup> o que vai ao encontro do caso aqui relatado em paciente pardo.

A patogênese da HPI não está completamente elucidada, mas sabe-se que resulta da produção acentuada de melanina ou do depósito irregular da mesma após dispersão decorrente da ação de mediadores do processo inflamatório. A intensidade da HPI é maior nas dermatoses em que o processo inflamatório é crônico, recorrente e quando ocorre dano à camada basal.

O tratamento da HPI inclui o afastamento do fator etiológico e o cuidado de questões emocionais relacionadas à psoríase, com cautela, para que seu manejo não ocasione ou exacerbe a HPI. Após o controle da psoríase, procede-se ao tratamento da HPI com agentes despigmentantes ou clareadores tópicos e procedimentos como peelings químicos e aplicações de laser. Observa-se, muitas vezes, que o resultado satisfatório não é conseguido imediatamente, pois a despigmentação é gradual. Várias são as substâncias despigmentantes, puras ou em associações, utilizadas no tratamento de hiperchromias, entre elas a hidroquinona, o ácido glicólico, o ácido retinóico e o ácido kójico, tendo em vista suas ações clareadoras.<sup>2</sup>

No caso relatado, prescreveu-se ao usuário um fármaco tópico despigmentante (hidroquinona 4%) e referenciou-o ao dermatologista da RAS para uma avaliação especializada. De acordo com documento de contrarreferência enviado pelo dermatologista, foi prescrito peeling químico com ácido retinóico, cuja aquisição o usuário aguarda providências pela Secretaria Municipal de Saúde.

A literatura científica enfatiza a imprescindibilidade da fotoproteção, independente da conduta terapêutica instituída, justificando a prescrição de protetores solares ao paciente do caso relatado.

## Conclusão

A HPI é uma das sequelas da psoríase, que necessita ser tratada e acompanhada, haja vista o impacto psicológico provocado pelo aspecto estético desagradável produzido pelas manchas, justificando a atuação de uma equipe multidisciplinar para a integralidade do cuidado prestado ao paciente, minimizando os danos psicossociais.

O diagnóstico da HPI é feito principalmente pela anamnese, ectoscopia e exame físico. A terapêutica inclui, isolados ou associados, o uso de despigmentante, peeling químico e fotoproteção. O caso relatado encontra-se em acompanhamento pelos profissionais da ESF, do NASF e pelo dermatologista da RAS.

## Referências

1. Reinehr CPH, Boza JC, Horn R. Peeling de ácido tioglicólico como terapêutica para hiperchromia pós-inflamatória. *Surg Cosmet Dermatol*. 2015;7:350-2.
2. Gonchoroski DD, Correa, GM. Tratamento de hiperchromia pós-inflamatória com diferentes formulações clareadoras. *Rev Infarma*. 2005; 17:84-8.
3. Lima EA, Lima MA. Imunopatogênese da psoríase: revisando conceitos. *An Bras Dermatol*. 2011;86:1151-8.
4. Kim GK, Rosso JQD. Drug-provoked psoriasis: is it drug induced or drug aggravated? Understanding pathophysiology and clinical relevance. *J Clin Aesthetic Dermatol*. 2010;3:32-8.
5. Redighieri IP, Maia TC, Nadal MA, Caliman TRL, Ruiz MFM, Petri V. Psoríase eritrodérmica com regressão após profilaxia com isoniazida e terapia antidepressiva: relato de caso. *An Bras Dermatol*. 2011; 86( 4 Suppl 1 ): 141-3.
6. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Consenso Brasileiro de Psoríase 2009. 1th ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2009. p.5-115.
7. Kiliç A, Güleç MY, Gül U, Güleç H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22:537-42.
8. Ministério da Saúde. Consultoria Jurídica/Advocacia Geral da União. Nota Técnica nº 211/2013. Brasília, maio de 2013.
9. Ferreira ACAF, Anjos FSA, Yoshino PM, Hall LS, Pinto SCC, Lima RB. Psoríase eritrodérmica: relato de caso e revisão bibliográfica. *Medicina (Ribeirão Preto)*. Online) 2014;47:185-93.
10. Davis EC, Callender VD. Postinflammatory hyperpigmentation: a review of the epidemiology, clinical features, and treatment options in skin of color. *J Clin Aesthetic Dermatol*. 2010;3:20-31.