

Prevalência de pênfigo na Colômbia de 2013 a 2017 segundo dados do Registro Nacional de Saúde^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

O presente estudo é descritivo e transversal, utilizando as bases de dados do Sistema Integral de Informação de Proteção Social (SISPRO em espanhol) do Ministério da Saúde da Colômbia; o objetivo é avaliar a prevalência do pênfigo, sua distribuição por idade e suas características demográficas na Colômbia.

Os diagnósticos foram selecionados utilizando os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), para pênfigo vulgar (PV) L100, pênfigo vegetante (PVE) L101, pênfigo foliáceo (PF) L102, pênfigo foliáceo endêmico (fogo selvagem) (PFE) L103, pênfigo eritematoso (PE) L104, pênfigo induzido por drogas (PID) L105, Outras variantes de pênfigo (OVP) L108 e pênfigo não especificado (PNE) L109 no período de 1º de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2017. As bases de dados do SISPRO, que são alimentadas pelo Registro Individual de Prestação de Serviços de Saúde, incluem informações sobre os diagnósticos feitos pelos médicos em cada atendimento hospitalar ou ambulatorial na Colômbia.¹ A prevalência foi calculada a partir do último censo nacional realizado em 2005 pelo Departamento Administrativo Nacional de Estatística (DANE), com uma população estimada na Colômbia de 49.291.609 pessoas em 2017.

Entre 2013 e 2017, 2.632 casos confirmados de pênfigo foram registrados na Colômbia, com prevalência de 5,3 por 100.000 habitantes. As variantes clínicas estão assim distribuídas: PV 31,4%, PNE 30,9%, OVP 14,8%, PF 8,6%, PE 7,1%, PVE 3,7%, PFE 2,6% e PID 0,5%. A relação sexo feminino/masculino foi de 1,37:1, o que representa 58% para mulheres com 1.524 casos e 42% para homens com 1.108 casos (tabela 1).

Para o PV, adultos com 80 anos ou mais tiveram a maior prevalência, com sete casos por 100.000 habitantes, e para PF adultos de 75 a 79 anos tiveram a maior prevalência, com 2,5 casos por 100.000 habitantes. Em relação ao PFE, as pessoas de 35 a 39 anos tiveram a maior prevalência, com 0,24 casos por 100.000 habitantes (fig. 1).

A região com maior prevalência de PV foi Chocó, com 4,3 casos por 100.000 habitantes, enquanto para PF foi Vaupés, com 13 casos por 100.000 habitantes, e para PFE foi Casanare, com três casos por 100.000 habitantes (tabela 2).

A prevalência de pênfigo na Colômbia é de 5,3 por 100.000 habitantes; essa prevalência é quase igual à relatada nos Estados Unidos, com 5,2 casos por 100.000 habitantes² e superior à relatada na América Latina, onde

apenas um estudo de prevalência foi encontrado no Brasil, relatando 3,4 casos por 100.000 habitantes.³ Estudos em outros continentes têm uma prevalência menor; em Sofia, Bulgária, foi relatada uma prevalência de 0,38 casos por 100.000 habitantes;⁴ também em um hospital no sul da Arábia Saudita, foram coletados dados sobre pênfigo, mostrando uma prevalência de 1,56 por 100.000 habitantes.⁵

O único estudo que mostrou uma prevalência mais alta foi realizado no Irã em 2005, o qual relatou 30 casos por 100.000 habitantes (fig. 2).⁴ O presente estudo mostrou que o pênfigo acomete mais mulheres do que homens, com uma relação de 1,37:1, como descrito em alguns relatos da literatura, onde as mulheres apresentam maior frequência da doença.

A maior prevalência de pênfigo foi encontrada na população com mais de 80 anos; porém no PV foram observadas variações na idade de apresentação de acordo com o grupo étnico. A idade mais precoce de apresentação foi observada em árabes, em comparação com judeus, com uma média de idade de 48,6 ± 14 anos *versus* 57,3 ± 18 anos, respectivamente.⁶

Dentre as variantes clínicas do pênfigo, a mais frequente foi o PV com 31,4% e a menos frequente foi o PID com 0,5% da população. Esses dados são consistentes com aqueles relatados na literatura, que mostram que o PV é o mais prevalente, com 70%.⁵ Outros diagnósticos incluídos na CID-10 são PNE com 30,9% e OVP com 14,8%, que não refletem uma variante específica de pênfigo e não geram alterações quando comparamos os resultados do presente estudo com outras variantes de pênfigo encontradas na literatura.

A maior prevalência de PF foi encontrada em Vaupés e Guainía, e é interessante que essas duas regiões estejam no sudeste do país, na fronteira com o Brasil; elas têm extensas áreas rurais e de selva, e a maioria de sua população tem baixo nível socioeconômico. Dados semelhantes foram encontrados na Tunísia, onde uma maior frequência de PF foi relatada no Sul do país, uma região onde pessoas com condições socioeconômicas desfavoráveis vivem em extensas áreas rurais.⁷ Da mesma forma, no Peru foi encontrada maior frequência de PF em locais de baixo nível socioeconômico e em regiões amazônicas.⁸

Os autores apresentam a prevalência, frequência de variantes clínicas e características demográficas do pênfigo na Colômbia, o país que até este momento tem a segunda maior prevalência desta doença no mundo. As limitações do estudo são a possível subnotificação ou notificação errônea por parte dos profissionais de saúde no momento da inserção do diagnóstico e a impossibilidade de calcular a incidência, devido à natureza dos dados coletados.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Daniel Fernández-Avila: Aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; análise estatística.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.01.005>

☆ Como citar este artigo: Fernández-Avila D, Charry-Anzola L, González-Cardona L. Prevalence of pemphigus in Colombia from 2013 to 2017 according to data from the National Health Registry. An Bras Dermatol. 2022;97:523-6.

☆☆ Trabalho realizado na Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colômbia.

Tabela 1 Pacientes diagnosticados com pênfigo na Colômbia entre 2013 e 2017

Diagnóstico ICD-10	Total de casos	Casos por 100.000 habitantes	Relação sexo feminino:masculino
Pênfigo vulgar	827	1,66	1,3:1
Pênfigo vegetante	98	0,20	1,7:1
Pênfigo foliáceo	228	0,46	1,2:1
Pênfigo foliáceo endêmico	69	0,14	2:1
Pênfigo eritematoso	189	0,38	1,1:1
Pênfigo induzido por drogas	15	0,03	2:1
Outras variantes de pênfigo	391	0,78	1,32:1
Pênfigo não especificado	815	1,63	1,42:1

Total de casos de pênfigo: 2.632.

Casos por 100.000 habitantes: 5,3.

Tabela 2 Prevalência de pênfigo foliáceo (PF), pênfigo vulgar (PV) e pênfigo foliáceo endêmico (PFE) por região na Colômbia entre 2013 e 2017

Região	Prevalência de PF	Prevalência de PV	Prevalência de PFE
Antioquia	0,83	1,75	0,10
Atlântico	0,15	1,46	0,03
Bogotá, D.C.	0,27	1,63	0,04
Bolívar	0,04	1,39	0,13
Boyacá	0,39	1,32	0
Caldas	0,50	3,02	0,20
Caquetá	0,61	1,22	0,20
Cauca	0,92	1,42	0,07
Cesar	0,09	3,22	0
Córdoba	0,51	1,19	0,56
Cundinamarca	0,21	0,90	0,18
Chocó	0,98	4,31	0,19
Huila	0,84	1,01	0,08
La Guajira	0	0,29	0,09
Magdalena	0,38	2,72	0
Meta	0,30	1,30	0,10
Nariño	0,50	2,74	0,16
Norte de Santander	0,21	1,08	0,07
Quindío	0,17	2,27	0,17
Risaralda	0,51	2,59	0,20
Santander	0,19	1,77	0,04
Sucre	0,34	1,49	0,11
Tolima	0,14	1,76	0
Valle del Cauca	0,89	1,80	0,10
Arauca	0	1,49	0,37
Casanare	0,81	2,43	3,79
Putumayo	0,28	1,69	0
San Andrés & Providencia	0	0	0
Amazonas	1,28	0	0
Guainía	7,01	2,33	0
Guaviare	0,87	0	0,87
Vaupés	13,4	0	2,24
Vichada	0	0	0

Laura Charry Anzola: Aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propeidêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; análise estatística.

Lina González Cardona: Revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; elaboração

e redação do manuscrito; concepção e planejamento do estudo.

Conflito de interesses

Nenhum.

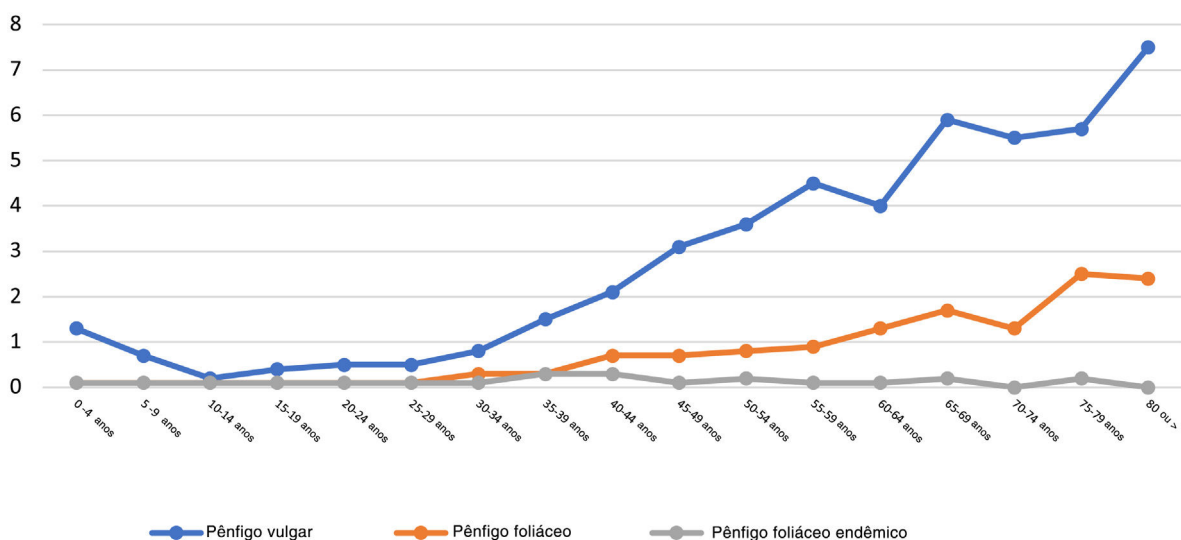


Figura 1 Prevalência de pênfigo vulgar, pênfigo foliáceo e pênfigo foliáceo endêmico (fogo selvagem) por faixa etária na Colômbia entre 2013 e 2017. *Prevalência por 100.000 habitantes.

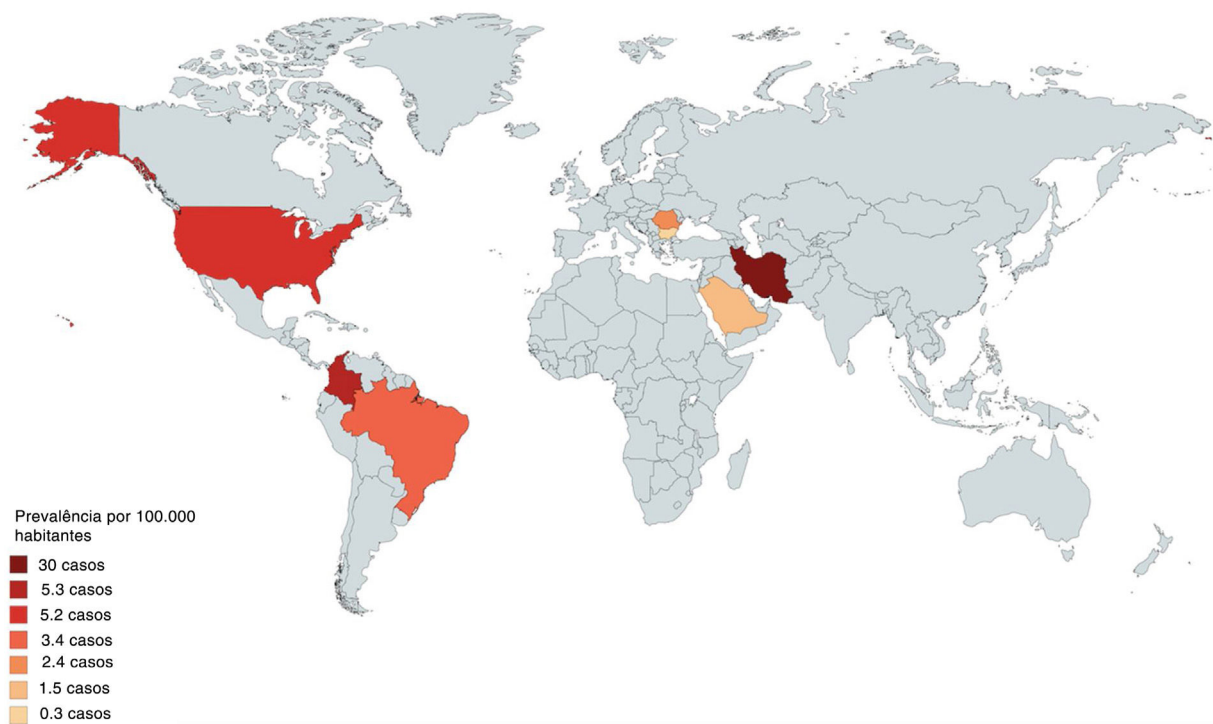


Figura 2 Prevalência de pênfigo no mundo por 100.000 habitantes.²⁻⁵.

Referências

- Montaño JI, Rengifo H, Rivillas JC, Ospina ML. Knowledge management and information resources for health in Colombia. *Strategic Monitoring*. 2013;4:49-55.
- Wertenteil S, Garg A, Strunk A, Alloo A. Prevalence Estimates for Pemphigus in the United States: A Sex- and Age-Adjusted Population Analysis. *JAMA Dermatol*. 2019;155:627-9.
- Chams-Davatchi C, Valikhani M, Daneshpazhooh M, Esmaili N, Balighi K, Hallaji Z, et al. Pemphigus: Analysis of 1209 cases. *Int J Dermatol*. 2005;44:470-6.
- Tsankov N, Vassileva S, Kamarashev J, Kazandjieva J, Kuzeva V. Epidemiology of pemphigus in Sofia Bulgaria. A 16-year retrospective study (1980-1995). *Int J Dermatol*. 2000;39:104-8.
- Tallab T, Joharji H, Bahamdan K, Karkashan E, Mourad M, Ibrahim K. The incidence of pemphigus in the southern region of Saudi Arabia. *Int J Dermatol*. 2001;40:570-2.

6. Kridin K, Zelber-Sagi S, Bergman R. Pemphigus Vulgaris and Pemphigus Foliaceus: Differences in Epidemiology and Mortality. *Acta Derm Venereol.* 2017;97:1095–9.
7. Bastuji-Garin S, Souissi R, Blum L, Turki H, Nouira R, Jomaa B, et al. Comparative epidemiology of pemphigus in Tunisia and France: unusual incidence of pemphigus foliaceus in young Tunisian women. *J Invest Dermatol.* 1995;104:302–5.
8. Torpoco D, Muñoz WCR, Galarza C, Gutierrez EL, Gonzales S, Cerrillo G. Pénfigo en hospital general de Lima: experiencia de 10 años (1998-2007). *Dermatología Peruana.* 2008;18:332–8.

Daniel Fernández-Avila  ^{a,b}, Laura Charry-Anzola  ^{b,c}
e Lina González-Cardona  ^{b,c,*}

^a *Departamento de Clínica Médica, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colômbia*

^b *Medical School, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colômbia*

^c *Unidade de Dermatologia, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colômbia*

* Autor para correspondência.

E-mail: linapgonzalez@gmail.com (L. González-Cardona).

Recebido em 25 de novembro de 2020; aceito em 31 de janeiro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.05.011>

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/>).

Efeitos da isotretinoína na serotonina: estudo piloto prospectivo em pacientes com acne

Prezado Editor,

A isotretinoína (ácido 13-cis retinóico) é um tratamento altamente eficaz e comumente utilizado contra a acne vulgar. Embora a isotretinoína tenha sido associada a humor deprimido, depressão e ideação suicida, uma associação concreta a mudanças adversas de humor ainda não foi comprovada, com alguns estudos apoiando essa afirmação e outros refutando-a.^{1–6}

Como a isotretinoína atravessa a barreira hematoencefálica, um mecanismo biológico ligando a isotretinoína à depressão é plausível.^{3,7–10} No cérebro adulto, os receptores para retinóides são amplamente expressos e a isotretinoína pode potencialmente regular a expressão de vários genes neuronais.^{8–10}

A serotonina (5-HT) é um neurotransmissor amplamente reconhecido e um mediador-chave do humor. Desequilíbrios nos níveis de serotonina têm sido associados a humor deprimido e depressão.^{7,8} O objetivo deste estudo piloto foi testar a hipótese de que o tratamento com isotretinoína pode levar a mudanças mensuráveis nos níveis de neurotransmissores-chave relacionados ao humor. Para isso, foi realizado um estudo de coorte prospectivo para avaliar os efeitos da isotretinoína sobre os neurotransmissores serotonina (5-HT) e

5-HIAA (o principal metabólito da serotonina) em pacientes com acne vulgar. Os níveis plasmáticos de 5-HT e 5-HIAA foram medidos antes, durante e após o tratamento com isotretinoína. Os dados foram coletados antes do início do tratamento, aos dois e aos quatro meses de tratamento e um mês após o término do tratamento.

Amostras de sangue de um total de 27 pacientes foram colhidas antes do início do tratamento. Vinte e quatro e 22 pacientes foram submetidos a medidas no soro aos dois e aos quatro meses de tratamento, respectivamente. Apenas quatro pacientes compareceram para exames de sangue um mês após o término do tratamento (*tabela 1*).

Na linha basal pré-tratamento, foram encontrados os seguintes valores médios: 5-HT 10,66 e 5-HIAA 74,77.

Os valores médios aos dois meses de tratamento foram: 5-HT 9,64 ($p=0,633$), 5-HIAA 44,31 ($p=0,082$). Após quatro meses de terapia com isotretinoína, os valores foram: 5-HT 13,07 ($p=0,349$), 5-HIAA 32,83 ($p=0,294$). Esses achados não representaram mudanças estatisticamente significativas em relação aos da linha basal.

O número decepcionantemente baixo de pacientes que compareceram à consulta de seguimento um mês após a interrupção do tratamento não possibilitou uma análise estatística significativa dos efeitos pós-isotretinoína.

Tabela 1 Número total de pacientes que contribuiu com dados em cada consulta

Momentos no tempo	5-HT & 5-HIAA
Basal	27
2 meses	24
4 meses	22
1 mês após o término	4

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.02.011>

☆ Como citar este artigo: Bray AP, Kravvas G, Skevington SM, Lovell CR. The effects of isotretinoin on serotonin: a prospective pilot study on acne patients. *An Bras Dermatol.* 2022;97:526–8.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, University Hospitals Bristol NHS Foundation Trust, Bristol, Reino Unido.