

Suspensão de células epidérmicas não cultivadas para o tratamento de vitiligo segmentar recalcitrante em paciente transplantado de órgão sólido☆☆



Prezado Editor,

O vitiligo é doença adquirida da pigmentação caracterizada pela perda de melanócitos epidérmicos e que afeta 0,5% da população no Brasil.¹

O vitiligo segmentar (VS) apresenta-se como máculas e manchas acrómicas mais comumente distribuídas de forma unisegmentar, respeitam a linha média corporal.¹ Caracteriza-se pelo rápido início do quadro, pode apresentar resposta limitada aos tratamentos clínicos, principalmente se iniciados de forma tardia.² Além disso, preocupações a respeito de carcinogênese induzida por ultravioleta em pacientes transplantados de órgãos sólidos (TOS) limitam o uso da fototerapia nessa população.³

É apresentado caso de VS em paciente TOS tratado cirurgicamente por meio de suspensão de células epidérmicas não cultivadas (SCENC), sem fototerapia adjuvante e com bom resultado terapêutico.

Paciente do sexo masculino, de 31 anos, com histórico de máculas e manchas acrómicas no braço esquerdo de distribuição segmentar. As lesões iniciaram havia cinco anos, quando o paciente estava em uso de interferon alfa-2a peguado devido à nefropatia por IgA associada à hepatite B. Após o diagnóstico de vitiligo segmentar, recebeu à época tratamentos tópicos com creme de dipropionato de betametasona 0,05% e pomada de tacrolimus 0,1% por quatro meses, sem melhora. O paciente também foi submetido a 85 sessões de fototerapia UVBnb, com apenas 25% de melhoria das lesões. Sua nefropatia apresentou piora e o paciente iniciou hemodiálise, seguida de transplante renal.

No momento da consulta, o paciente apresentava lesões acrómicas em distribuição blaschoide, clinicamente compatíveis com VS, estáveis havia 4 anos.

Devido ao risco de carcinogênese, tratamentos fototerápicos adicionais foram contraindicados e o procedimento de SCENC foi planejado. Inicialmente, um fino enxerto de pele parcial com 8 cm² foi obtido sob anestesia local da porção medial da coxa esquerda do paciente, com o auxílio de uma lâmina da *shaving*. Após, o enxerto foi incubado a 37 °C em solução de tripsina 0,25% com ácido etilenodiamino tetra-acético (EDTA) por 50 minutos. Após separação da epiderme da derme com auxílio de pinça anatômica delicada, as células epidérmicas ficaram dispersas em solução salina. A solução foi então transferida a tubo de ensaio e, após centrifugação a 1.500 rpm, o concentrado celular (*pellet*) foi obtido.

A área receptora foi demarcada (fig. 1) e preparada por meio de dermoabrasão superficial sob anestesia local (lidocaína 1% sem



Figura 1 Manchas acrómicas com distribuição blaschoide demarcadas no braço esquerdo (24 cm²).

vasoconstritor). O concentrado celular foi ressuspenso em 1,5 mL de solução salina e transferido à área receptora. Os curativos compostos por membrana de colágeno, gaze vaselinada, gaze comum e filme adesivo transparente foram posicionados sobre a área e mantidos intactos por sete dias.

No momento do procedimento, o paciente estava em uso de everolimus 1 mg/dia, tacrolimus 3 mg/dia e prednisona 10 mg/dia havia um ano. Devido à história de imunossupressão, antibiótico oral (cefadroxila 500 mg 2 × /dia) foi mantido por sete dias após o procedimento. Fototerapia adjuvante pós-operatória não foi feita.

Após três meses do procedimento, repigmentação difusa de 95% da área receptora começou a se tornar visível, ficou mais evidente após seis meses de pós-operatório (figs. 2 e 3).

As principais abordagens terapêuticas para VS incluem os corticoesteróides tópicos, imunomoduladores tópicos e a fototerapia. Embora a fototerapia seja considerada como primeira linha de tratamento no vitiligo,¹ a resposta do VS a modalidades terapêuticas como a UVBnb é limitada. Um estudo coreano demonstrou que a taxa de repigmentação em pacientes com VS tratados com UVBnb variavam de 26,3% a 50%.²

Além disso, embora estudos com UVBnb não tenham demonstrado associação entre o tratamento e o surgimento de carcinomas queratinocíticos ou melanoma em pacientes imunocompetentes,⁴ atenção especial deve ser dada à população de TOS. Comparativamente com a população em geral, pacientes TOS apresentam susceptibilidade 65 a 250 vezes maior de desenvolver carcinomas espinocelulares.⁵

O paciente do presente relato apresentava lesões de vitiligo estáveis havia cinco anos. A estabilidade lesional é o principal critério na indicação do tratamento cirúrgico do vitiligo, uma vez que sua presença está diretamente relacionada com bons resultados terapêuticos.¹ Em teoria, devido ao uso crônico de imunossupressores, a população de TOS tende a apresentar um quadro de vitiligo mais estável, o que os tornando bons candidatos ao procedimento cirúrgico.

Embora haja evidência que embasa o uso de fototerapia pré e pós-operatória para aprimorar resultados no tratamento cirúrgico

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.02.014>

☆ Como citar este artigo: Dellatorre G, Silva de Castro CC. Non-cultured epidermal cell suspension for the treatment of recalcitrant segmental vitiligo in a solid-organ transplant recipient. *An Bras Dermatol.* 2020;95:257-8.

☆☆ Trabalho realizado na Clínica Tarlé, Curitiba, PR, Brasil.



Figura 2 Repigmentação em 95% da área receptora após seis meses com discreta hipocromia.



Figura 3 Exame à lâmpada de Wood demonstra o padrão de repigmentação difusa.

do vitiligo, a técnica de SCENC em monoterapia pode ser considerada em situações nas quais a exposição ultravioleta esteja contraindicada.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Gerson Dellatorre: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; 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; revisão crítica do manuscrito.

Caio César Silva de Castro: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. Tarlé RG, Nascimento LM, Mira MT, Castro CC. Vitiligo?part 1. *An Bras Dermatol.* 2014;89:461–70.
2. Park JH, Park SW, Lee DY, Lee JH, Yang JM. The effectiveness of early treatment in segmental vitiligo: retrospective study according to disease duration. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2013;29:103–5.
3. Mittal A, Colegio OR. Skin Cancers in Organ Transplant Recipients. *Am J Transplant.* 2017;70:2509–30.
4. Rodrigues M. Skin Cancer Risk (Nonmelanoma Skin Cancers/Melanoma) in Vitiligo Patients. *Dermatol Clin.* 2017;35:129–34.
5. Moloney FJ, Comber H, O’Lorcain P, O’Kelly P, Conlon PJ, Murphy GM. A population-based study of skin cancer incidence and prevalence in renal transplant recipients. *Br J Dermatol.* 2006;154:498–504.

Gerson Dellatorre ^{a,*} e Caio César Silva de Castro ^{a,b}

^a Departamento de Dermatologia, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil

^b Escola de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: dellatorre@gmail.com (G. Dellatorre).

Recebido em 10 de outubro de 2018; aceito em 19 de fevereiro de 2019

Disponível na Internet em 27 de março de 2020

2666-2752/ © 2020 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/>).