



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**FELIPE BATISTA SANTOS
PEDRO DANTAS OLIVEIRA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE
PSORÍASE ATENDIDOS NO SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE SERGIPE**

**ARACAJU/SE
2018**

FELIPE BATISTA SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE
PSORÍASE ATENDIDOS NO SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE SERGIPE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Medicina da
Universidade Federal de Sergipe como
requisito parcial à obtenção do grau no curso
de Medicina.

ARACAJU/SE

2018

SUMÁRIO

Introdução	4
Revisão de literatura.....	6
Subtipos clínicos da psoríase.....	10
Tratamento	13
Referências	19
Normas da revista escolhida.....	21
Resumo.....	23
Palavras-chave.....	24
Abstract	24
Keywords	25
Introdução	26
Materiais e Métodos.....	28
Análise Estatística	29
Aspectos éticos.....	30
Resultados	30
Discussão.....	37
Conclusão	40
Referências	41

Introdução

A psoríase é uma doença da qual se tem relatos conhecidos desde a Antiguidade, em que era associada à lepra e tratada com preconceito e exclusão social. A palavra “psoríase”, derivada do grego ψώρα (psora) que significa prurido, foi utilizada pela primeira vez por Galeno (133-200AD) para denominar uma enfermidade seca e descamativa que, na verdade, tratava-se de Dermatite Seborreica (ANA; QUARTO, 2014). Robert Willan (1757-1812) publicou a primeira descrição de psoríase em 1808, em sua descrição caracterizou a psoríase em 11 formas diferentes de acordo com características morfológicas, sintomatologia e terapêutica (WILLAN, ROBERT, 1814).

A psoríase atualmente é descrita como uma doença inflamatória crônica, imunomediada, da pele e articulações, de caráter genético, com grande polimorfismo de expressão clínica (TAKAHASHI, 2006). Podem ser encontradas, de forma geral, 6 apresentações clínicas de psoríase: psoríase vulgar, psoríase gutata/gotada, psoríase invertida, psoríase eritrodérmica, psoríase pustulosa e psoríase ungueal, tendo cada uma características morfológicas específicas e evolução diversificada (GULBAHAR; KOCA, 2016; KEATING, 2017; TAKAHASHI, 2006; YOUNG et al., 2017). A etiologia da psoríase ainda não é completamente conhecida, porém sabe-se que as vias inflamatórias ativadas nesta patologia são comuns a outras patologias inflamatórias sistêmicas, desta forma, associa-se a psoríase a comorbidades como: afecções cardiovasculares, obesidade, dislipidemia, hipertensão, diabetes, síndrome metabólica, doenças inflamatórias intestinais, esteatose hepática não alcoólica, nefropatias crônicas, neoplasias e artrite psoriásica (KEATING, 2017; OSIER; EICHENFIELD, 2017; TAKAHASHI, 2006; TAKESHITA et al., 2017).

Uma revisão sistemática de estudos populacionais internacionais quanto à prevalência de psoríase evidenciou que há grande variabilidade geográfica, com aumento da prevalência ao maior distanciamento da linha do equador. Em adultos a prevalência de psoríase variou entre 0,91 e 8,5%, enquanto que entre os pacientes pediátricos variou de 0 a 2,1%, ambos sem distinção/predileção quanto a gênero (PARISI et al., 2012).

Além dos efeitos diretos sobre a pele e comorbidades sistêmicas, a psoríase apresenta um efeito psicossocial sobre o doente. Por ser uma doença cíclica e naturalmente incurável, a incidência de transtornos de humor (ex: depressão e transtorno de ansiedade generalizado) é alta dentre os portadores (PATEL et al., 2017; TAKAHASHI, 2006; TAKESHITA; GREWAL, 2017), por conta do estigma social inerente a muitas doenças dermatológicas de caráter visual exuberante, independentemente de serem contagiosas ou não.

Apesar de ser uma doença relativamente comum, o Brasil carece de estudos epidemiológicos quanto à prevalência dentre sua população. Tais estudos tornam-se necessários para avaliar a casuística e determinar a necessidade de projetos de saúde pública, tanto para orientar os pacientes e melhorar sua qualidade de vida, quanto para desmistificar preconceitos e promover maior integração dos portadores de quadros mais importantes de psoríase com suas comunidades.

Revisão de literatura

A psoríase é uma doença sistêmica crônica, imunomediada, de caráter genético, associada a significativo grau de morbidade e redução da qualidade de vida do portador. (TAKAHASHI, 2006; YOUNG et al., 2017) Apresenta uma prevalência global em torno de 2 a 3% da população, ao passo que, no Brasil, afeta cerca de 5 milhões de pessoas, segundo estatística fornecida pela ONG “Psoríase Brasil”. Não demonstra maior incidência com relação ao gênero, porém tende a manifestar sintomas iniciais entre os 18 a 39 anos ou 50 a 69 anos de idade, sendo menos comum em crianças que em adultos (GREB et al., 2016; KEATING, 2017; PARISI et al., 2012; YOUNG et al., 2017)

As principais características histológicas da lesão psoriática são:

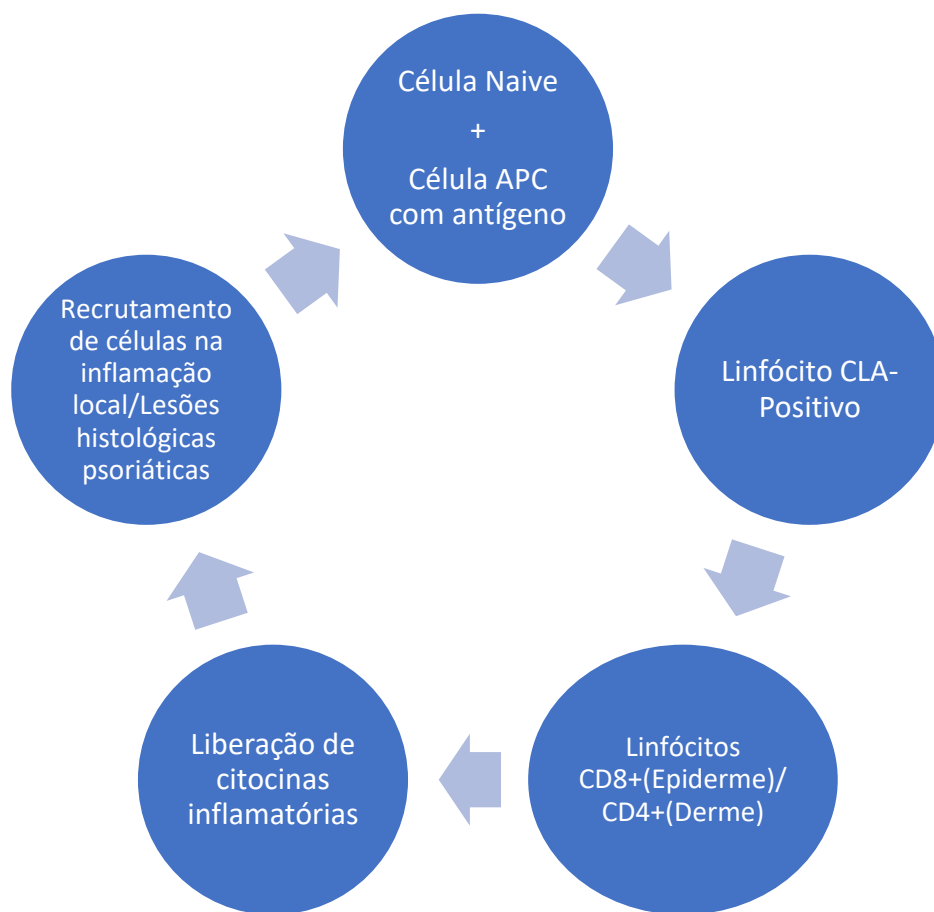
- Neoangiogênese
- Hiperplasia da epiderme
- Paraceratose
- Infiltrado inflamatório (principalmente linfocítico)

Até os anos 80, o foco principal do estudo histológico da psoríase era a hiperplasia da epiderme (queratinócitos), até o momento em que se evidenciou o efeito de imunomoduladores (metotrexate/ciclosporina) sobre quadros cutâneos e artropáticos de psoríase. (ZURITA et al., 2016) Resposta rápida que apontou o papel fundamental do linfócito (principalmente Th17) na imunopatogênese da psoríase. As citocinas mais associadas à resposta imune celular da psoríase são: Interferon gama, fator de necrose tumoral alfa, interleucina-2, interleucina-12, interleucina 17A e interleucina-18. As citocinas mais associadas à resposta imune

humoral na psoríase são: interleucina-4, interleucina-6, interleucina-10 e interleucina-13. (EMMA GUTTMAN-YASSKY, 2018; TAKAHASHI, 2006; ZEICHNER; ARMSTRONG, 2016)

O mecanismo inflamatório cíclico da psoríase pode ser resumido conforme exposto no seguinte fluxograma exposto na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma do mecanismo inflamatório cíclico da psoríase



APC: Células Apresentadoras de Antígeno; CLA: Antígeno cutâneo associado a linfócito

O mecanismo é dito cíclico tendo em vista que o processo é desencadeado por algum fator interno/externo (ex: virose, infecção bacteriana, efeito Koëbner, Interferon gama, Fator de necrose tumoral alfa, etc.) que leva a degeneração da proteína inibidora do fator nuclear KB (IKB)(ZENG et al., 2017). O fator nuclear KB (NFKB) é responsável pela translocação nuclear promotora da síntese de vários subprodutos inflamatórios que iniciam o recrutamento de mais células de defesa e neoangiogênese local. Algumas dessas citocinas tem efeito mitógeno/proliferativo em queratinócitos, promovendo desta forma a hiperplasia epidérmica (estimulam o fator de crescimento epitelial – EGF)(BLATTNER et al., 2016a). A liberação de IL-8 e IL-17A é a provável causa do infiltrado neutrofílico, assim como da ativação do Fator de crescimento endotelial vascular (VEGF), responsável pela neoangiogênese observada histologicamente (EMMA GUTTMAN-YASSKY, 2018; HWANG; NIJSTEN; ELDER, 2016; ZEICHNER; ARMSTRONG, 2016).

Existem três componentes básicos nas lesões psoriáticas (GULBAHAR; KOCA, 2016; KIM, 2017; TAKAHASHI, 2006; YOUNG et al., 2017):

- Eritema: De cor viva, pode ser vermelho claro ou rosa intenso, assumindo tom violáceo em MMII. Apresenta-se de forma mais intensa quando há ausência de escama (ex: psoríase invertida, eritrodérmica ou pustulosa). É bem evidente em pacientes com fototipos menores, porém continua visível em peles mais escuras.
- Escamas: As escamas clássicas são branco-prateadas/nacaradas (patognomônicas) e estratificadas. Podem variar do branco-prateado ao amarelado ou acinzentado. Podem apresentar-se diminuídas ou ausentes em subtipos clínicos específicos de psoríase ou

regiões do corpo mais úmidas (ex: psoríase invertida, eritrodérmica ou pustulosa).

- Pápulas: O aspecto em alto relevo da lesão psoriática deve-se à hiperplasia epidérmica/formação de escamas e à inflamação pelo infiltrado linfocitário/neutrofílico da derme. A infiltração é mais evidente quando o paciente apresenta prurido e liquenificação associado, visto que não é predominante a ocorrência de prurido na psoríase.

Além dos 3 componentes básicos, a lesão psoriática apresenta ainda algumas características variáveis(GULBAHAR; KOCA, 2016; KEATING, 2017; NIERADKO-IWANICKA, 2017; TAKAHASHI, 2006):

- Uniformidade: A manifestação clínica da psoríase tende a seguir um padrão único para cada episódio. Desta forma, geralmente, o portador de psoríase manifesta apenas 1 subtipo clínico de psoríase por vez.

- Definição: As lesões classicamente bem delimitadas pelo bordo/halo inflamatório bem nítido.

- Sinal de Auspitz (Orvalho Sangrante)/ Sinal da Vela: Através de procedimento diagnóstico chamado “Curetagem metódica de Brocq”, escamas são delaminadas da superfície da pele, demonstrando seu caráter estratificado (sinal da vela). O sinal de Auspitz é detectado após a retirada completa da escama, quando então aparecem pequenos pontos hemorrágicos, evidenciando a neoangiogênese.

- Zona clara Perilesional (Halo de Woronoff): Zona clara marginal a todo perímetro da lesão. Demarca uma área de vasoconstrição.
- Fenômeno de Koëbner: Muito recorrente em pacientes portadores de psoríase. Manifesta-se como lesões psoriáticas lineares em região de trauma prévio.
- Acometimento ungueal: Ocorre em 50 a 80% dos pacientes com psoríase. Pode preceder manifestações cutâneas em anos e até ser a única manifestação da doença, em alguns casos. Manifesta-se com sinais diferentes, a depender do local acometido na unha. Depressões cupuliformes se em prega ungueal proximal; Onicólise/ “Manchas em óleo”/Hiperqueratose subungueal se em leito ungueal; Onicodistrofia/Traquioníquia se em matriz ungueal; Anoníquia se ocorrer acrodermatite contínua.

Subtipos clínicos da psoríase

1. Psoríase em Placas (Psoríase Vulgar)

Forma predominante epidemiologicamente, manifesta-se como placas eritematodescamativas, bem delimitadas, bordas com infiltrado inflamatório e zona clara perilesional/ halo de Woronoff. Acomete, primordialmente, regiões extensoras (ex: cotovelos e joelhos), tórax (ex: dorso e região lombar) e couro cabeludo (GREB et al., 2016; TAKAHASHI, 2006). De forma geral, não é pruriginosa, exceto quando em crise expansiva ou exacerbação por irritante primário, infecção ou trauma. Em crianças, a psoríase vulgar apresenta fenótipo atípico,

acometendo face, principalmente região periorbital (KELATI, 2016). Existe uma forma de psoríase vulgar que ocorre em regiões intertriginosas ou de dobras, esta denomina-se “Psoríase invertida”. Possui características semelhantes à psoríase em placas clássicas, porém não manifesta a escama prateada destacável pela natureza úmida do local acometido. Esta mesma umidade, associada ao quadro inflamatório local favorece a ocorrência de infecção secundária, principalmente fúngica.(KEATING, 2017; YOUNG et al., 2017)

2. Psoríase em Gotas/Gutada

Maior incidência em jovens e adolescentes, apresentando relação temporal com infecção de vias aéreas superiores por estreptococos do grupo B. Manifesta-se como lesões em formato de gota/circulares, normalmente com menos de 1 cm de diâmetro, eritematosas, descamativas e não coalescentes. As lesões acometem, principalmente, tórax e região proximal de membros. Resolução espontânea em 4 a 8 semanas(TAKAHASHI, 2006).

3. Psoríase eritrodérmica

Forma grave ou exacerbada da psoríase. Pode manifestar-se como forma inicial da doença, porém é mais comum ser uma exacerbação de quadro anterior que não teve acompanhamento ou boa condução terapêutica (ex: farmacodermia ou reação imunológica pós-infecção). Caracteriza-se por uma eritrodermia esfoliativa difusa em todo o corpo. O paciente demonstra quadro clínico semelhante ao de um grande queimado

(perda de barreira cutânea com predisposição a infecção secundária/seps e distúrbios eletrolíticos por desidratação). As principais etiologias compreendem: infecção com resposta imunológica exacerbada, suspensão abrupta de corticoterapia de duração superior a 10 dias e reação imunológica exacerbada a irritante primário. (GULBAHAR; KOCA, 2016; KIM, 2017; TAKAHASHI, 2006)

4. Psoríase pustulosa

Forma grave de psoríase que divide os mesmos fatores etiológicos da psoríase eritrodérmica, além de também poder ser causada por distúrbio eletrolítico (hipocalcemia). Manifesta-se como pústulas superficiais assépticas, normalmente com diâmetro inferior a 0,5cm que podem ser coalescentes ou não. “Psoríase pustulosa” é um termo genérico onde são incluídos subtipos de psoríase que variam quanto à gravidade e localização das lesões da seguinte forma(GREB et al., 2016; GULBAHAR; KOCA, 2016; TAKAHASHI, 2006; YOUNG et al., 2017):

- Psoríase pustulosa generalizada ou de Von Zumbusch: lesões eritemato-escamosas com pústulas assépticas superficiais disseminadas. Tem resolução espontânea em algumas semanas ou evolui para a forma eritrodérmica.
- Acrodermatite contínua de Hallopeau: lesões apenas em extremidades dos dedos e artelhos.
- Psoríase pustulosa de lesão única
- Pustulose palmo-plantar abacteriana: Pode ser um subtipo de psoríase pustulosa ou uma entidade clínica à parte, visto

que não apresenta relação com os marcadores genéticos característicos da psoríase.

- Impetigo herpetiforme: Manifestação da psoríase pustulosa em gestantes.

5. Psoríase artropática

Acomete 10 a 15% dos portadores de psoríase, pode tanto ser uma progressão da doença como ser a manifestação inicial da mesma, precedendo as lesões cutâneas em meses. Manifesta-se como mono ou oligoartropatia, assimétrica, geralmente em articulações interfalangianas, de fácil controle e bom prognóstico se diagnosticada e tratada em tempo. Apresenta uma complicação chamada “Dedo em telescópio” após lise óssea e articular, com sobreposição das falanges e preservação do tecido mole, o qual permite tração manual do dedo até o tamanho natural prévio à doença. A presença de psoríase ungueal representa sinal de alerta para a possível existência/evolução de artrite psoriásica em articulações interfalangianas distais. (GLADMAN, 2017; JENNIFER CLAY CATHER, MD; A MELODIE YOUNG, A/GNP-C; B MARTIN JAN BERGMAN, 2017; KEATING, 2017)

Tratamento

O tratamento da psoríase é realizado tanto de forma sistêmica quanto tópica, a depender da demanda do paciente e dos medicamentos disponíveis na situação. Aqui o tratamento será dividido em tópico e sistêmico para explicação didática básica do funcionamento de cada classe de medicação.

1. Terapêutica tópica (GREB et al., 2016; KIM, 2017; TAKAHASHI, 2006):

a. Corticosteróides: Reduzem a taxa de transcrição genética dos queratinócitos. A depender do local onde será aplicado, é escolhida a potência do corticoide e veículo a ser utilizado (ex: couro cabeludo – espuma/spray/xampu de alta potência; face ou regiões intertriginosas – creme de baixa potência; demais regiões – creme de alta potência). Recomenda-se 2 aplicações diárias, normalmente, porém pode variar a critério médico.

b. Análogos da vitamina D (Calcipotriol; Calcitriol; Tacalcitol): Apresentam efeito hipoproliferativo em queratinócitos, com eficácia semelhante a corticoides de alta potência (ex: clobetasol e betametasona). Podem ser usados como monoterapia (2 aplicações diárias) ou associados a corticoides tópicos de alta potência (1 aplicação diária de cada, espaçadas porque o pH ácido do corticoide pode inativar o análogo de Vit.D). A eficácia da terapia combinada de Corticoide + Análogo de Vit. D é superior a qualquer monoterapia tópica.

c. Inibidores da calcineurina (Tacrolimus; Pimecrolimus): Inibem a ativação de linfócitos T ao se ligarem a proteínas intracelulares dependentes de calcineurina, impedindo a ativação da fosfatase de calcineurina. Integram o grupo dos poupadores de corticoide, juntamente com os análogos de vitamina D e a Antralina. São utilizados em terapia associada com corticoide

semanal (ex: 5 dias de corticoide tópico seguidos de 2 dias de inibidor de calcineurina).

d. Antralina: Seu mecanismo de ação não é bem conhecido, porém sabe-se que envolve efeito anti-inflamatório e normalização da diferenciação de queratinócitos. A apresenta um efeito irritativo importante, além de manchar roupas de forma permanente e pele temporariamente. As aplicações diárias devem ser cuidadosas – evitar a pele saudável, se possível protegendo com pomadas de óxido de zinco – com durações de exposição progressivamente maiores (iniciar com 5 minutos e progredir até 30 min diários) e lavagem completa da pomada aplicada posteriormente.

e. Fototerapia (PUVA/UVB): A exposição a determinados comprimentos de onda de luz em câmaras UVA/UVB ou, caso não se disponha das câmaras, à luz solar direta tem a capacidade de reduzir o infiltrado linfocitário da pele de forma bastante satisfatório. A radiação ultravioleta produz um efeito apoptótico na população de linfócitos recrutada para a pele. A fototerapia pode ser realizada com a aplicação de psoraleno tópico ou sistêmico (medicação fotossensibilizante) e posterior exposição a radiação UVA em câmara de luz ou apenas com a exposição solar em períodos de maior concentração de raios UVB (início da manhã e final da tarde). Importante salientar que o efeito da medicação sistêmica perdura por algumas horas, sendo

necessária proteção contra a exposição (óculos de sol, roupas que cubram a maior superfície da pele e evitar iluminação solar direta).

2. Terapêutica sistêmica

a. Metotrexato: Medicação antagonista do ácido fólico que age induzindo hipoproliferação celular. Pode ser indicado para as formas cutâneas e artropática da psoríase, sendo bastante eficiente nesta. A dose inicial recomendada é de 15mg/semana (5mg a cada 12h, 3 tomadas) para estabilização do quadro e, posteriormente, descalonamento para dose de 7,5mg/semana. O intervalo entre as doses pode ser ajustado de acordo com a necessidade do doente e indicação médica. É importante salientar que o Metotrexato é uma droga hepatotóxica e os pacientes devem ter exames laboratoriais que comprovem normalidade hepática, renal e hematológica para a prescrição da droga. O controle da função hepática, inicialmente, deve ser semanal e ao longo do tratamento torna-se mais espaçado. A biópsia hepática é indicada após dose total de 4g. Efeitos adversos: supressão medular e intolerância gástrica(TAKAHASHI, 2006; ZURITA et al., 2016).

b. Acitretina: Retinóide (derivado de vitamina A), atua em distúrbios da queratinização da pele através da regulação do ciclo de diferenciação dos queratinócitos e bloqueando citocinas inflamatórias (IL-6, MRP-8 e Interferon Gama). Indicada em casos de psoríase mais graves que não respondem bem ao tratamento tópico e sistêmico com metotrexato. Funciona particularmente

mais rápido em casos de psoríase pustulosa, podendo ser associado ainda ao uso de fototerapia para melhores resultados. A dose utilizada varia de 0,5 – 1,0 mg/Kg/dia, com expectativa de melhora do quadro geral em 3 a 4 meses de tratamento. Efeitos adversos: queilite leve, epistaxe, conjuntivite, paroníquia, alopecia, prurido, hepatopatia, dislipidemia e teratogenia. Não é indicado o uso em mulheres em idade fértil e gestantes pelo alto potencial teratogênico. A concepção é contra-indicada também durante 2 anos após o final do tratamento, assim como pacientes do sexo masculino que façam uso de acitretina não devem doar sangue por conta do risco de exposição de mulheres em idade fértil durante transfusão sanguínea(JENNIFER CLAY CATHER, MD; A MELODIE YOUNG, A/GNP-C; B MARTIN JAN BERGMAN, 2017; KIM, 2017; TAKAHASHI, 2006; YOUNG et al., 2017).

c. Ciclosporina A: Atua inibindo os linfócitos T auxiliares (CD4) ativados, impedindo a produção de IL-2 e outras linfocinas. É a droga mais indicada na psoríase eritrodérmica, com esperado efeito de melhora do quadro na sexta semana de tratamento. A dose inicial de ciclosporina varia de 3 – 5 mg/kg/dia. Por ser uma droga nefrotóxica, o seguimento da função renal deve ser realizado a cada 2 semanas, inicialmente, postergando para 4 a 6 semanas se a função renal mantiver-se estável. Em caso de aumento da creatinina em até 30%, deve-se reduzir a dose da ciclosporina, porém se o aumento for maior que 50%, deve-se suspendê-la imediatamente. Efeitos adversos:

hipertensão, náusea, parestesia, hipertricrose, infecções e linfoma(KEATING, 2017; KIM, 2017; TAKAHASHI, 2006; YOUNG et al., 2017).

d. Imunobiológicos: Anticorpos monoclonais ou proteínas de fusão que atuam diretamente nos mecanismos imunológicos relativos aos sinais e sintomas da psoríase. As drogas antilinfocitárias (alefacept e efalizumab) tem efeito exclusivo na pele e não comprometem a imunidade do paciente, já os agentes Anti-TNF Alfa (adalimumab, infliximab e etanercept) possuem efeito na psoríase artropática e cutânea também, porém incorrem comprometimento imunológico com risco de manifestação de infecções latentes ou novas infecções. Seu uso deve ser monitorizado com radiografias de tórax, teste PPD, controle de infecções e neoplasias.(HWANG; NIJSTEN; ELDER, 2016; JENNIFER CLAY CATHER, MD; A MELODIE YOUNG, A/GNP-C; B MARTIN JAN BERGMAN, 2017; KIM, 2017; NIERADKO-IWANICKA, 2017; TAKAHASHI, 2006)

Referências

ANA, Â. D.; QUARTO, G. Psoríase. psoriáceo, psórico, psoriático, psoriásico. v. 43, n. 1, p. 105–107, 2014.

ARANHA, R. N. Análise de correspondência para avaliação do perfil de mulheres na pós-menopausa e o uso da terapia de reposição hormonal. **Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro**, v. 20, n. 1, p. 100–108, 2004.

ARMSTRONG, A. W. et al. From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation : Treatment targets for plaque psoriasis. **Journal of American Dermatology**, p. 1–9, 2016.

BLATTNER, C. M. et al. International Journal of Women ' s Dermatology A dermatologist guide to immunogenicity ☆ , ☆☆. v. 2, p. 77–84, 2016a.

BLATTNER, C. M. et al. A dermatologist guide to immunogenicity. **International Journal of Women's Dermatology**, v. 2, p. 77–84, 2016b.

CALAMITA, A. B. P. **Perfil epidemiológico dos pacientes com Psoríase com enfoque nos fatores de risco para doenças cardiovasculares.** [s.l: s.n.].

CARNEIRO, S. et al. Recommendations for the management and treatment of psoriatic arthritis. **Revista Brasileira de reumatologia**, v. 3, 2013.

DUARTE, I.; BUENSE, R.; KOBATA, C. Fototerapia. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 81, n. 1, p. 74–82, 2006.

EMMA GUTTMAN-YASSKY, J. G. K. AND M. G. L. Systemic immune mechanisms in atopic dermatitis and psoriasis with implications for treatment. **Exp Dermatol**, p. 409–417, 2018.

FIGUEIREDO, Â. L. **Prevalência de Transtorno de Humor na População Universitária de uma Universidade Privada do Município de Porto Alegre.** [s.l: s.n.].

GLADMAN, D. D. Psoriatic Arthritis. **The New England Journal of Medicine**, p. 957–970, 2017.

GREB, J. E. et al. Psoriasis. **Nature Reviews - Disease Primers**, v. 2, 2016.

GULBAHAR, S.; KOCA, T. T. A brief summary of clinical types of psoriasis. v. 3, n. 1, p. 79–82, 2016.

HWANG, S. T.; NIJSTEN, T.; ELDER, J. T. Recent Highlights in Psoriasis Research. **Journal of Investigative Dermatology**, p. 1–7, 2016.

JENNIFER CLAY CATHER, MD; A MELODIE YOUNG, A/GNP-C; B MARTIN JAN BERGMAN, M. Psoriasis and Psoriatic Arthritis. **J Clin Aesthet Dermatol.**, v. 10, n. 3, p. S16–S25, 2017.

KEATING, G. M. Apremilast : A Review in Psoriasis and Psoriatic Arthritis. **Drugs**, 2017.

KELATI, A. Pediatric Psoriasis: should we be concerned with comorbidities? p. 0–3, 2016.

KIM, W. B. Diagnosis and management of psoriasis. **Canadian Family Physician**, v.

63, p. 278–285, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, B. **Portaria Nº 200 de 25 de fevereiro de 2013. Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite.**, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, B. **Vigitel brasil 2016.** [s.l: s.n.].

NIERADKO-IWANICKA, B. Nail psoriasis – what a rheumatologist should know about. **Reumatologia**, p. 44–47, 2017.

OSIER, E.; EICHENFIELD, L. F. Pediatric Psoriasis Comorbidity Screening Guidelines. v. 92123, p. 1–7, 2017.

PARISI, R. et al. Global Epidemiology of Psoriasis : A Systematic Review of Incidence and Prevalence. p. 1–9, 2012.

PATEL, N. et al. Psoriasis, Depression, and Inflammatory Overlap: A Review. **American Journal of Clinical Dermatology**, 2017.

RUIZ, D. G. et al. Artrite psoriásica: entidade clínica distinta da psoríase? **Revista Brasileira de reumatologia**, v. 52, n. 4, p. 623–638, 2012.

SCARPEL, R. A. ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE : UMA PROPOSTA PARA ASSOCIAÇÃO DE VARIÁVEIS SEGUNDO O CONCEITO DE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL. **Anais - Simposio de pesquisa operacional da Marinha**, p. 1–13, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Dia Mundial do RimOF/PRES/0308/2013.** [s.l: s.n.].

TAKAHASHI, M. D. . Consenso Brasileiro de Psoríase. 2006.

TAKESHITA, J. et al. Psoriasis and comorbid diseases - Implications. **Journal of American Academy of Dermatology**, n. March, 2017.

TAKESHITA, J.; GREWAL, S. Psoriasis and comorbid diseases - Epidemiology. **Journal of American Academy of Dermatology**, n. March, p. 393–403, 2017.

YOUNG, M. et al. Psoriasis for the primary care practitioner. 2017.

ZEICHNER, J. A.; ARMSTRONG, A. The Role of IL-17 in the Pathogenesis. **The Journal of clinical and aesthetic dermatology**, v. 9, n. 6, p. 6–9, 2016.

ZENG, J. et al. Critical role of environmental factors in the pathogenesis of psoriasis. **The Journal of Dermatology**, n. December 2016, p. 1–10, 2017.

ZURITA, C. C. et al. Effectiveness and safety of Methotrexate in psoriasis: an 8-year experience with 218 patients. Camila. **Journal of Dermatological Treatment**, v. 0, n. 0, 2016.

Normas da revista escolhida

Anais Brasileiros de Dermatologia

1. Referências

As referências bibliográficas completas, em ordem de citação, devem incluir apenas as publicações mencionadas na matéria e obedecer aos "Requisitos de Uniformidade para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos" (estilo Vancouver). Os títulos de periódicos devem ser abreviados como no Index Medicus, cuja lista de abreviaturas pode ser obtida na publicação da NLM List of Serials Indexed for Online Users, que está disponível no endereço <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. É de responsabilidade dos autores a exatidão das referências bibliográficas.

2. Tipo de artigo: Investigação

Artigo original, abrangendo estudos observacionais e de intervenção, caracterizados como ensaios controlados e randomizados; estudos quanto à fisiopatogenia das doenças e/ou sobre associações nosológicas; estudos sobre testes diagnósticos e prognósticos, assim como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter, no máximo, 6.000 palavras, excluídas ilustrações e referências bibliográficas. No manuscrito, deverão constar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e o número do protocolo do documento. O número máximo de referências é 50 e o de ilustrações, dez. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de seis autores para artigos desta seção. Entretanto, poderão admitir, em caráter excepcional e a juízo da Equipe Editorial, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados de justificativa convincente da participação excedente. Incluir os seguintes tópicos:

Introdução;

Métodos;

Resultados;

Discussão;
Conclusão;
Referências.

Estruturar o Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 250 palavras, nos seguintes tópicos:

Fundamentos (estado atual do conhecimento);
Objetivos;
Métodos;
Resultados;
Limitações do estudo;
Conclusões (com nível exato de significância da estatística clínica para evitar especulação).

Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de psoríase atendidos no serviço de dermatologia do hospital universitário de Sergipe.

Epidemiological profile of psoriasis patients treated at the dermatology department of the university hospital of Sergipe.

1- Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão-SE-Brasil.

2- Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju-SE-Brasil

Resumo

FUNDAMENTOS: Reconhecida em maio de 2014, pela OMS, como doença grave e incapacitante, a psoríase é relativamente comum em nosso meio e pouco estudada epidemiologicamente no Brasil.

OBJETIVO: Caracterizar os pacientes portadores de psoríase atendidos no serviço de Dermatologia do Hospital Universitário dentro do amplo espectro da psoríase e descrever a presença de comorbidades possivelmente associadas à psoríase, de acordo com a literatura.

MÉTODO: estudo analítico-descritivo realizado, de forma retrospectiva, através de revisão de prontuários de todos os pacientes portadores de psoríase. Foi realizada análise de correspondência múltipla das variáveis estudadas e estabelecidas as relações significativas entre as mesmas.

RESULTADOS: Foram estudados 132 prontuários de pacientes portadores de psoríase. Detectou-se prevalência de diabetes mellitus e transtornos de humor acima das respectivas médias nacionais. Os pacientes portadores de psoríase palmo-plantar apresentaram associação negativa à manifestação de psoríase vulgar e vice-versa. O

serviço de dermatologia do hospital universitário atende a todas as orientações terapêuticas do Consenso Brasileiro de Psoríase, exceto no uso de fototerapia, por não dispor do equipamento necessário.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO: Dados podem ser subestimados devido ao desenho retrospectivo do estudo.

CONCLUSÃO: O ambulatório de psoríase do HU-UFS fornece um serviço de excelência, seguindo a rigor as orientações preconizadas no consenso brasileiro de psoríase da Sociedade Brasileira de Dermatologia. A aquisição de equipamento de fototerapia melhoraria a resposta clínica dos pacientes às medicações sistêmicas, reduzindo sintomas e doses necessárias, além de reduzir os custos financeiros com medicações para o SUS.

Palavras-chave: Psoríase; epidemiologia; fototerapia; tratamento farmacológico

Abstract

BACKGROUND: Recognized in May 2014 by WHO as a serious and incapacitating disease, psoriasis is relatively common in our country and little studied epidemiologically in Brazil.

OBJECTIVE: To characterize patients with psoriasis treated at the University Hospital Dermatology Department within the broad spectrum of psoriasis and to describe the presence of comorbidities possibly associated with psoriasis, according to the literature.

METHOD: An analytical-descriptive study was carried out, retrospectively, through a medical records review of all patients with psoriasis. Multiple correspondence analysis of the studied variables was performed and significant relationships were established between them.

RESULTS: A total of 132 medical records of patients with psoriasis were studied. Prevalence of diabetes mellitus, mood disorders was detected above the respective national averages. Patients with palmar-plantar psoriasis were negatively associated with psoriasis vulgaris and vice versa. The dermatology department of the university hospital

complies with all the therapeutic guidelines of the Brazilian Consensus on Psoriasis, except for the use of phototherapy because it does not have the necessary equipment.

STUDY'S LIMITATIONS: Data may be underestimated due to the retrospective design of the study.

CONCLUSION: The HU-UFS psoriasis outpatient clinic provides a service of excellence, following the guidelines recommended in the Brazilian psoriasis consensus of the Brazilian Society of Dermatology. The acquisition of phototherapy equipment would improve patients' clinical response to systemic medications, reducing symptoms and doses required, and reducing financial costs with medications for SUS.

Keywords: Psoriasis; epidemiology; phototherapy; pharmacological treatment

Introdução

A psoríase é uma doença da qual se tem relatos conhecidos desde a Antiguidade, em que era associada à lepra e tratada com preconceito e exclusão social. A palavra “psoríase”, derivada do grego ψώρα (psora) que significa prurido, foi utilizada pela primeira vez por Galeno (133-200AD) para denominar uma enfermidade seca e descamativa que, na verdade, tratava-se de Dermatite Seborreica ¹. Robert Willan (1757-1812) publicou a primeira descrição de psoríase em 1808, em sua descrição caracterizou a psoríase em 11 formas diferentes de acordo com características morfológicas, sintomatologia e terapêutica.

A psoríase atualmente é descrita como uma doença inflamatória crônica, imunomediada, da pele e articulações, de caráter genético, com grande polimorfismo de expressão clínica ². Podem ser encontradas, de forma geral, 6 apresentações clínicas de psoríase: psoríase vulgar, psoríase gutata/gotada, psoríase invertida, psoríase eritrodérmica, psoríase pustulosa e psoríase ungueal, tendo cada uma características morfológicas específicas e evolução diversificada²⁻⁵. A etiologia da psoríase ainda não é completamente conhecida, porém sabe-se que as vias inflamatórias ativadas nesta patologia são comuns a outras patologias inflamatórias sistêmicas, desta forma, associa-se a psoríase a comorbidades como: afecções cardiovasculares, obesidade, dislipidemia, hipertensão, diabetes, síndrome metabólica, doenças inflamatórias intestinais, esteatose hepática não alcoólica, nefropatias crônicas, neoplasias e artrite psoriásica^{2,4,6,7}.

Uma revisão sistemática de estudos populacionais internacionais quanto à prevalência de psoríase evidenciou que há grande variabilidade geográfica, com aumento

da prevalência ao maior distanciamento da linha do equador. Em adultos a prevalência de psoríase variou entre 0,91 e 8,5%, enquanto que entre os pacientes pediátricos variou de 0 a 2,1%, ambos sem distinção/predileção quanto a gênero⁸.

Além dos efeitos diretos sobre a pele e comorbidades sistêmicas, a psoríase apresenta um efeito psicossocial sobre o doente. Por ser uma doença cíclica e naturalmente incurável, a incidência de transtornos de humor (ex: depressão e transtorno de ansiedade generalizado) é alta dentre os portadores^{2,9,10}, por conta do estigma social inerente a muitas doenças dermatológicas de caráter visual exuberante, independentemente de serem contagiosas ou não.

Apesar de ser uma doença relativamente comum, o Brasil carece de estudos epidemiológicos quanto à prevalência dentre sua população. Tais estudos tornam-se necessários para avaliar a casuística e determinar a necessidade de projetos de saúde pública, tanto para orientar os pacientes e melhorar sua qualidade de vida, quanto para desmistificar preconceitos e promover maior integração dos portadores de quadros mais importantes de psoríase com suas comunidades.

Materiais e Métodos

A delimitação espacial do estudo abrangeu a região de Aracaju (SE), cidade brasileira com aproximadamente 650.000 habitantes, localizada no litoral do Estado de Sergipe.

Trata-se de um estudo analítico-descritivo realizado, de forma retrospectiva, através de revisão de prontuários de todos os pacientes portadores de psoríase atendidos no serviço de Dermatologia do Hospital Universitário de Sergipe. Foram contabilizados os pacientes atendidos, seus prontuários revistos e coletadas as informações relativas ao diagnóstico de psoríase (tempo de diagnóstico, subtipo clínico de psoríase, terapias realizadas, desfechos terapêuticos e comorbidades possivelmente relacionadas ao quadro de psoríase, de acordo com a literatura).

Foram incluídos no estudo os pacientes com diagnóstico clínico de psoríase, de forma que o diagnóstico histopatológico não será considerado essencial para inclusão. O diagnóstico de doença eczematosa não psoriásica ao longo do seguimento ambulatorial do paciente acarretou na exclusão do sujeito do grupo de estudo.

O cálculo do tamanho da amostra (n) neste caso foi feito considerando que a prevalência da psoríase na população brasileira esteja em torno de 1% e sendo uma população aproximada de 650.000 habitantes na região de Aracaju esperaríamos uma prevalência aproximada de 6.500 pessoas com psoríase; então aplicando a seguinte fórmula:

$$n = N \cdot Z^2 \cdot p(1-p) / (N-1) \cdot d^2 + Z^2 \cdot p(1-p)$$

onde:

n = tamanho mínimo da amostra necessária

N = tamanho real da população (neste caso = 6500)

Z = valor de tabela de distribuição normal ou variável normal reduzida ($Z = 1,96$ para uma confiabilidade de 95%)

p = proporção esperada na população (por não sabermos podemos estipular o valor de 0,5)

d = semi-amplitude ou precisão do intervalo de confiança (estipulado neste estudo 7,5%)

Obtivemos um tamanho amostral (n) mínimo de 167 pacientes.

Os dados serão tabulados em planilha do Microsoft Excel 2016 e analisados de forma a produzir valores estatísticos epidemiológicos de incidência e prevalência da psoríase no serviço público de referência do Estado de Sergipe.

Análise Estatística

Os dados foram descritos por meio de frequência simples e percentual quando categóricos ou média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo quando contínuas. As proporções foram comparadas com a prevalência nacional através do teste Z . As terapias tópicas, sistêmicas e os subtipos de psoríase apresentados são analisadas por meio de mapa perceptual estimado por Análise de Correspondência Múltipla (ACM). O nível de significância adotado foi de 5%. O software utilizado foi o R Core Team 2018.

A ACM foi escolhida por ser um método simplificador da relação de múltiplas variáveis tabeladas. Comumente tais tabelas apresentam grande quantidade de variáveis categóricas inter-relacionadas, tornando difícil sua interpretação. A ACM parte de uma

matriz de dados representados por uma Tabela de Contingência e converge para um gráfico que exibe as linhas e as colunas da matriz como pontos de um espaço vetorial de dimensão menor que a original, de maneira a estabelecer relações entre linhas, colunas, e entre linhas e colunas, que possam ser interpretáveis^{11,12}. A disposição espacial/dimensional entre os pontos no mapa perceptual revela sua relação e depende diretamente das possíveis respostas aos questionários aplicados durante a coleta de dados. Desta forma, perguntas com respostas binárias geram mapas bidimensionais, ou seja, com 2 eixos e 4 quadrantes.

Aspectos éticos

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe sob o CAAE: 60316916.0.0000.5546. O estudo foi conduzido através de revisão de prontuários clínicos, portanto não há risco direto à integridade física dos pacientes envolvidos e não se faz necessário termo de consentimento livre e esclarecido. Através do termo de sigilo do pesquisador é garantida a integridade moral dos pacientes e a preservação da sua imagem, visto que as informações recolhidas serão tratadas de forma anônima e sigilosa.

Resultados

Neste estudo foram obtidos dados relativos a 132 pacientes que foram consultados no ambulatório de psoríase do hospital universitário (HU-UFS) no ano de 2017 e 2018, incluindo os pacientes com retornos agendados para o ano de 2018 e última consulta prévia a 2017. Dentre as comorbidades possivelmente associadas à psoríase, conforme a literatura, pudemos avaliar a incidência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo II, transtornos de humor, obesidade, dislipidemia e doença renal

crônica. As incidências encontradas foram comparadas às incidências de estudos nacionais e verificado que os pacientes do ambulatório de psoríase do HU-UFS apresentam incidência significativamente maior que a nacional (13, 14). A incidência de diabetes mellitus tipo II e transtornos de humor foi significativamente maior, dentre os pacientes do ambulatório de psoríase do HU-UFS, que a nacional. (Tabela 1)

Tabela 1: Percentual de pacientes portadores de comorbidades associadas à psoríase de acordo com a literatura e sua relação de significância com a incidência nacional

	% Nacional	% Estudo (n/N)	p-valor
Hipertensão arterial sistêmica ¹³	25,7	29,5 (39/132)	0,156
Diabetes mellitus II ¹³	8,9	18,9 (25/132)	<0,001
Transtornos de Humor ¹⁴	7,6	12,9 (17/132)	0,011
Obesidade ¹³	18,9	12,9 (17/132)	0,039
Dislipidemia ¹⁵	32,4	20,5 (27/132)	0,002
Doença renal crônica ¹⁶	7,2	3,1 (4/131)	0,032

Legenda: n – frequência observada; N – dados válidos; % - Frequência percentual;
Nota: Teste Z para proporções;

A idade dos pacientes em acompanhamento variou dos 6 aos 88 anos, com uma média de 46,46 anos. O tempo de diagnóstico confirmado para psoríase variou de 1 a 45 anos, com uma média de 8,06 anos.

Tabela 2: Idade e tempo de diagnóstico em anos dos pacientes portadores de psoríase.

	Média (DP)	Med (Mín-Máx)
Idade (Anos)	46,46 (16,72)	47,5 (6-88)
Tempo de Diagnóstico (Anos)	8,06 (7,98)	6 (1-45)

Legenda: DP – Desvio Padrão; Med – Mediana; Mín – Mínimo; Máx – Máximo;

Tabela 3: Terapias sistêmicas e tópicas utilizadas pelos pacientes durante todo o curso da doença, de forma concomitante ou não, e subtipos clínicos de psoríase apresentados durante toda a vida.

	n	%
Terapia Tópica		
Corticoide	125	94,7
Hidratante	126	95,5
Queratolítico	90	68,2
Coaltar	55	41,7
Análogo de vitamina D	77	58,3
Terapia Sistêmica		
Metotrexate	82	62,1
Acitretina	56	42,4
Ciclosporina	34	25,8
Adalimumabe	14	10,6
Ustequinumabe	2	1,5
Infliximabe	5	3,8
Secuquimumabe	1	0,8
Fototerapia	22	16,7
Subtipos de psoríase apresentados		
Vulgar	105	79,5
Eritrodérmica	5	3,8
Pustulosa	6	4,5
Palmo-plantar	17	12,9
Artropática	9	6,8
Outros tipos	24	18,2

Legenda: n – frequência observada; % - Frequência percentual;

A avaliação das terapêuticas realizadas evidenciou predominância do uso de corticoterapia e hidratação (94,7% e 95,5%, respectivamente) como terapias tópicas para os pacientes e o uso de metotrexate (MTX) e acitretina como terapias sistêmicas/orais (62% e 42,4%, respectivamente). Detectou-se também uso de medicações imunobiológicas (adalimumabe, ustequinumabe, infliximabe e secuquimumabe) e fototerapia com luz solar, os quais somam 33,4% das terapias sistêmicas realizadas. Ressalta-se aqui que as terapias sistêmicas podem ser realizadas com múltiplas drogas ou monoterapia, com ciclos repetidos ou não.

Observou-se que os pacientes com psoríase vulgar apresentavam tempo de diagnóstico e tratamento significativamente maior (média de 9 anos) quando comparados aos pacientes portadores de psoríase palmo-plantar (média de 4,6 anos) com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,009$).

Através da análise de correspondência múltipla e mapas perceptuais, correlacionamos os usos das medicações tópicas e sistêmicas entre si. A proximidade das representações positivas das medicações indica a maior ocorrência de uso concomitante pelos pacientes, enquanto que a proximidade do ponto de origem do gráfico indica maior uso de forma geral.

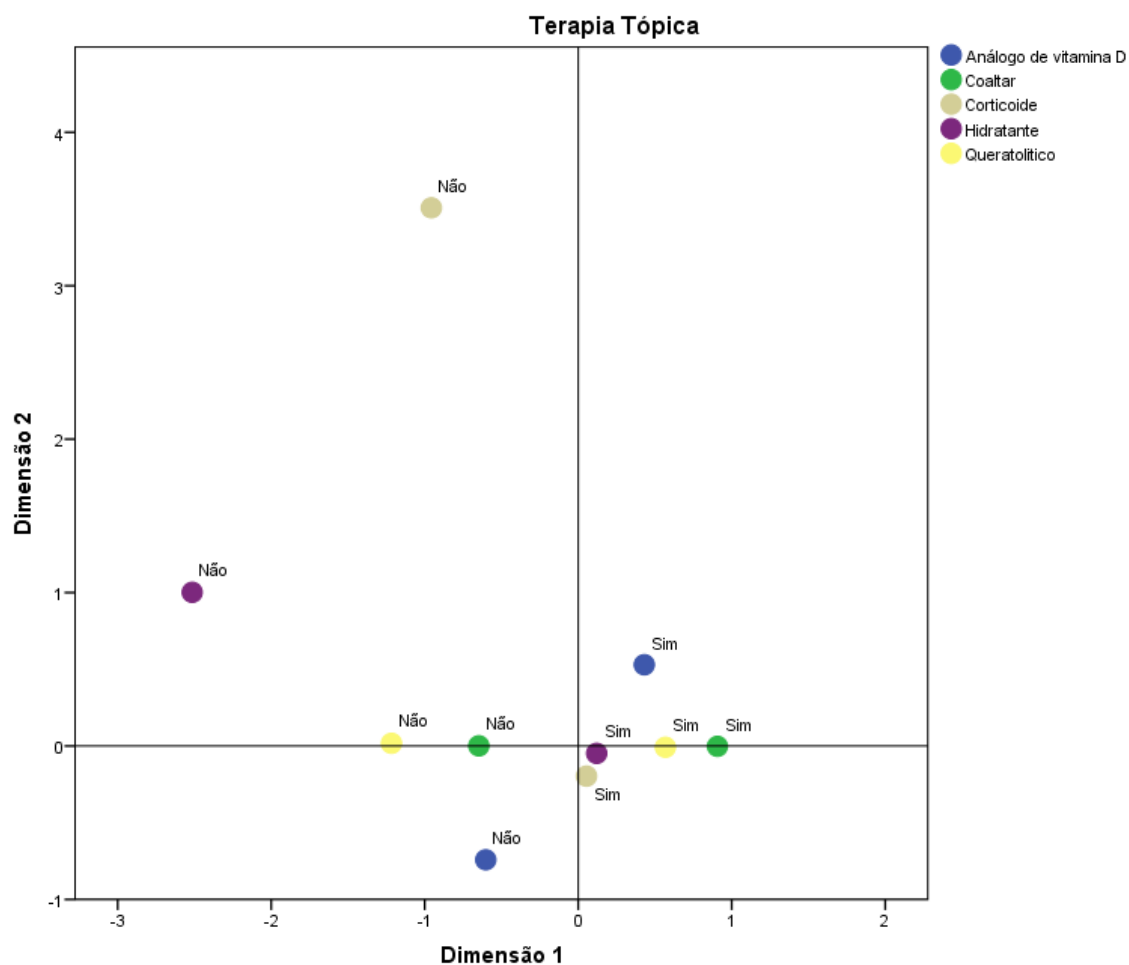


Figura 1: Mapa perceptual com representação das terapias tópicas utilizadas e suas possíveis relações através da ACM.

A figura 1 demonstra o uso de corticoide tópico e hidratação como associação na grande maioria dos pacientes, da mesma que coaltar e queratolíticos são mais associados entre si, porém em menor frequência. O análogo de vitamina D apresenta associação semelhante, porém ainda menos frequente com todos os outros agentes tópicos.

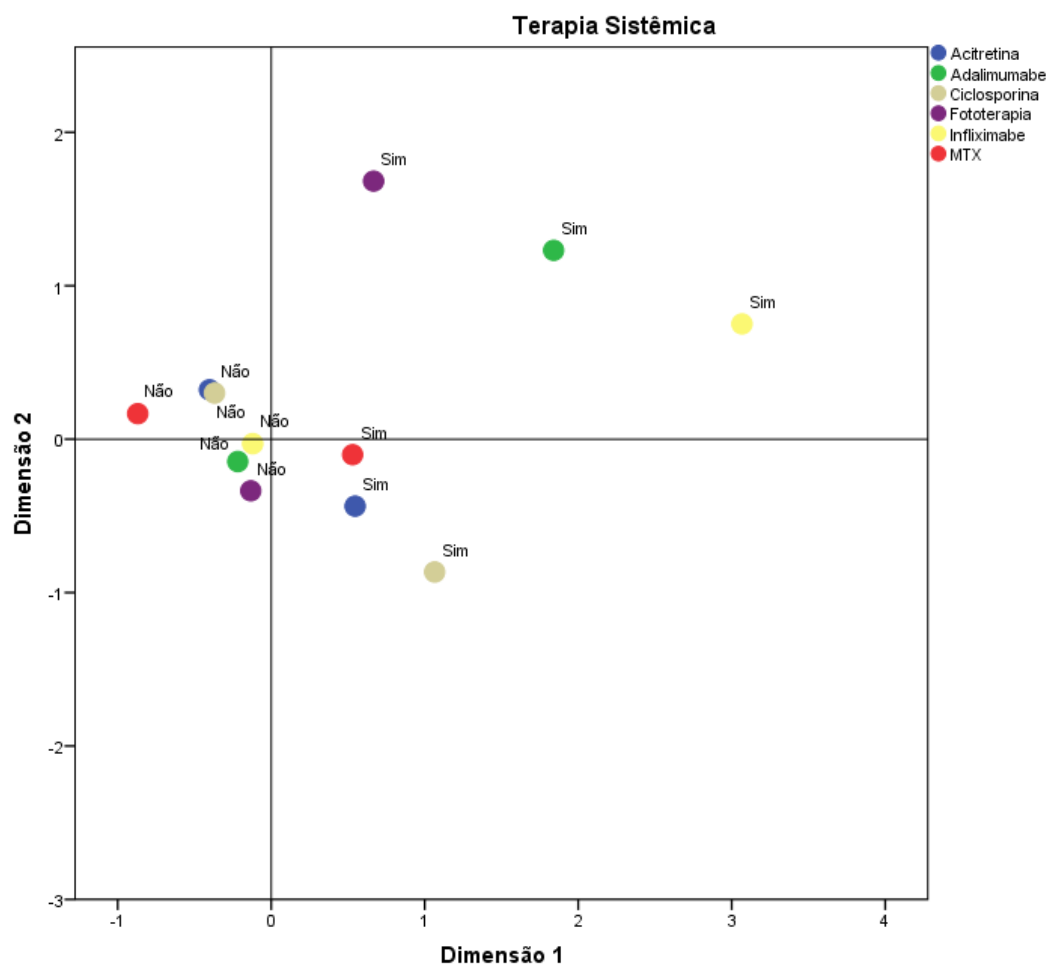


Figura 2: Mapa perceptual com representação das terapias sistêmicas utilizadas e suas possíveis relações através da ACM.

As medicações sistêmicas com maior uso associado (concomitante ou sequencial/progressivo) são o metotrexate e a acitretina. A ciclosporina pode ser considerada a terceira droga sistêmica utilizada. Os imunobiológicos e a fototerapia apresentaram-se como terapias pouco associadas às demais terapias sistêmicas.

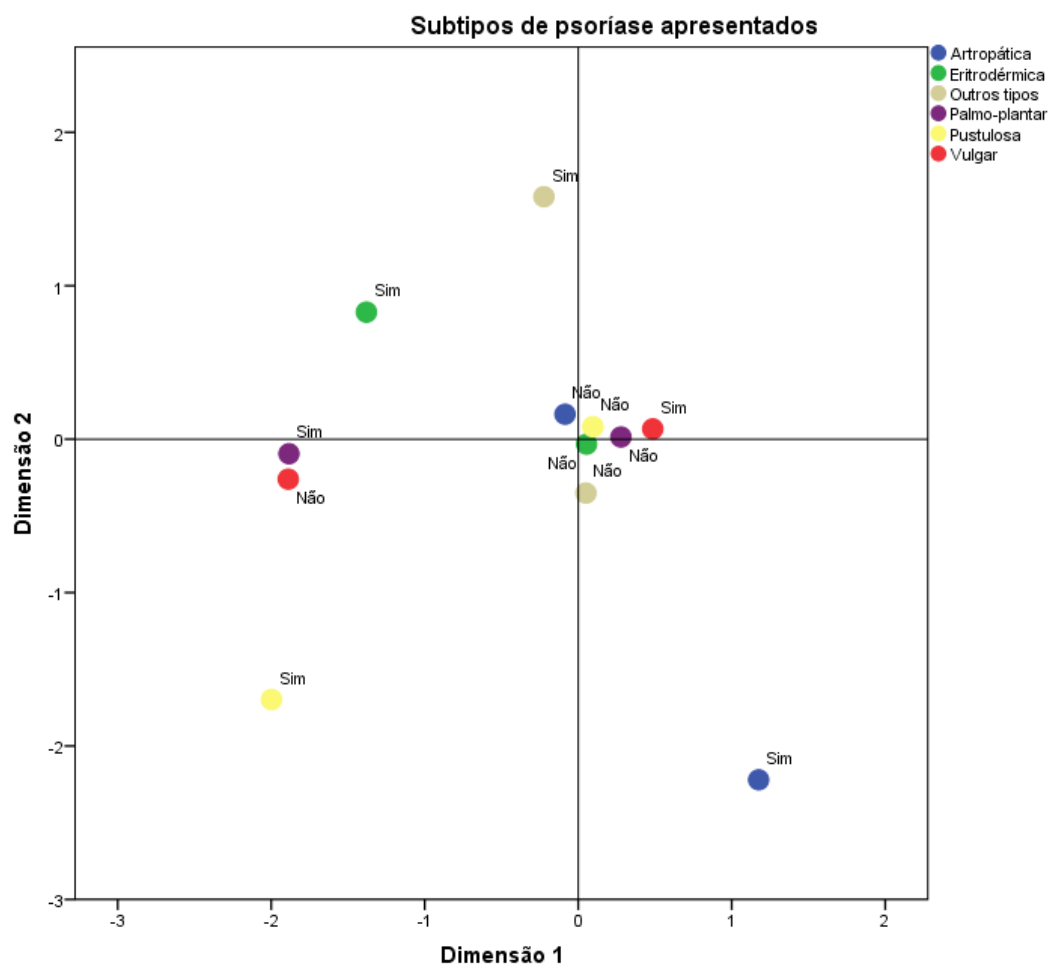


Figura 3: Mapa perceptual com representação dos subtipos clínicos de psoríase apresentados pelos pacientes e suas possíveis relações através da ACM.

O subtipo clínico de psoríase predominante foi a psoríase vulgar, seguida da psoríase palmo-plantar, com associação negativa entre ambas, de forma que os pacientes que apresentam psoríase palmo-plantar não apresentam psoríase vulgar em placas e vice-versa. É importante ressaltar que os pacientes podem apresentar mais de 1 subtipo clínico de psoríase durante o acompanhamento ambulatorial e todos foram contabilizados na coleta de dados.

Discussão

A psoríase trata-se de uma doença eritemato-descamativa e imunomediada com manifestações exuberantes que comprometem a integridade da barreira cutânea, portanto é razoável considerar a rotina de hidratação como conduta terapêutica^{2,17,18}, a qual está presente em 95,5% dos pacientes visando minimizar sintomas ao repor a camada lipídica da epiderme. Além do seu componente cutâneo, a psoríase é percebida como uma doença sistêmica que pode estar associada a múltiplas comorbidades^{7,9} através de mecanismos ainda não muito bem estabelecidos. Sabe-se que o componente inflamatório sistêmico¹⁰ está associado a aterosclerose, ativação plaquetária e resistência periférica à insulina, mecanismos fundamentais de comorbidades como doença renal crônica, diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, doenças reumáticas, dislipidemia, dentre outras.

Paralelamente ao seu aspecto patológico físico, a psoríase demonstra o seu fator psíquico ao estar associada à maior incidência de transtornos de humor e de ansiedade^{6,10,19}. Isto, em grande parte, deve-se à estigmatização social pelo aspecto visual-comportamental chamativo e exuberante da manifestação cutânea da psoríase como as placas eritemato-descamativas e dificuldades relativas ao vestuário.

As terapias tópicas apresentaram grande versatilidade de usos e associações, sendo as associações mais comuns as de hidratação, corticoterapia e queratolíticos como base terapêutica^{2,5,10,17,20}. Alternadamente são associados o uso de coaltar e análogos de vitamina D, com aproximadamente a mesma ocorrência, visto que ambos têm eficácia satisfatória no tratamento da psoríase. É importante ressaltar que no momento de escolha das medicações tópicas é levado em consideração os efeitos sinérgicos e antagônicos^{2,5,17} de cada fármaco disponível, de forma a se obter o melhor resultado.

O uso do MTX, da acitretina e da ciclosporina encontrado no estudo atende adequadamente ao preconizado pelo consenso brasileiro de psoríase² quanto à terapia sistêmica progressiva, ou seja, os pacientes tem um percurso terapêutico iniciado no MTX, progredindo para a acitretina e ciclosporina em caso de resposta insatisfatória. O uso destas medicações pode ser sequencial ou concomitante, a critério médico. As medicações imunobiológicas mais utilizadas (adalimumabe e infliximabe) apresentaram uma disposição criteriosa nos mapas perceptuais de análise de correspondência múltipla, mantendo-se distantes de associações com outras drogas sistêmicas, ao contrário do tripé inicial MTX/Acitretina/Ciclosporina. Tendo em vista o mecanismo de atuação específico dos imunobiológicos^{19,21,22} e sua alta eficácia/eficiência, descritas em prontuário durante as consultas de acompanhamento, não houve necessidade de associação com demais drogas sistêmicas para controle da doença. Em contrapartida, deve-se perceber que o uso reduzido de medicações imunobiológicas perante um quantitativo de pacientes que faz uso de demais terapias sistêmicas, as quais apresentam efeitos colaterais consideráveis²³⁻²⁵, pode-se dever à dificuldade de obtenção de tais medicações (é necessário judicialização do pedido por muitos pacientes junto ao SUS, dado seu elevado custo) e à incapacidade do serviço de dermatologia do HU-UFS de fornecer fototerapia aos seus usuários.

A fototerapia realizada pelos 22 pacientes contabilizados neste estudo divide-se heterogeneamente^{2,26} entre pacientes que realizam banho de sol sob orientação médica com ou sem o uso de psoralenos orais e aqueles que possuem condições de dirigir-se a centros de saúde em outros estados que dispõem de câmaras de fototerapia.

Todos os subtipos clínicos de psoríase se beneficiam do uso da fototerapia^{2,19,21,26}, seja através do melhor controle dos sintomas e/ou redução da dose de medicação sistêmica. Os imunobiológicos mais utilizados pelos pacientes do ambulatório

de psoríase do HU-UFS são o adalimumabe e infliximabe, cujos preços de mercado variam entre R\$ 4.000,00 e R\$ 8.000,00. Analisando financeiramente, o custo benefício da aquisição de uma câmara de fototerapia, que custa aproximadamente R\$ 60.000,00 (Prolumina), seria de grande valia ao SUS, visto que a totalidade dos pacientes depende do Estado para obtenção de seus imunobiológicos. Idealmente, todos os centros terciários de saúde que dispusessem de um serviço de dermatologia se beneficiariam de uma câmara de fototerapia, visto que, além da eficácia já comprovada e dos benefícios ao manejo clínico das patologias, o deslocamento dos pacientes até estes serviços é um ponto a ser considerado. Boa parcela dos pacientes do SUS dependem de transporte fornecido pelas secretarias de saúde municipal e realizam longos trajetos, atualmente, para serem submetidos a sessões de fototerapia, as quais inicialmente podem ser necessárias mais de 1 vez por semana.

Dentre os resultados obtidos, observou-se uma única associação negativa, esta ocorreu entre os subtipos clínicos psoríase vulgar e psoríase palmo-plantar. Este achado corrobora com a corrente de pensamento que advoga a existência da pustulose palmo-plantar como uma entidade dissociada da psoríase^{2,18}. Além da associação negativa, o tempo de diagnóstico significativamente maior para a psoríase vulgar em relação à palmo-plantar corrobora com a literatura, pois a psoríase palmoplantar é uma variante que acomete mais os pacientes adultos do sexo feminino e tabagistas, enquanto a psoríase em placas tem maior incidência já aos 20-30 anos de idade.²

Atualmente não existem estudos definitivos sobre a incidência da artrite psoriásica na população geral²⁷⁻²⁹. Sabe-se que pode acometer de 8-42% dos portadores de psoríase, geralmente sendo precedida de manifestações cutâneas durante dias, meses e até anos⁴. Contudo, este estudo demonstrou uma incidência diagnóstica inferior, aproximadamente 6%, apesar de haver relatos de dores articulares em aproximadamente

40% dos pacientes. Tal discrepância pode estar associada à dificuldade de acesso a exames de imagem durante os períodos sintomáticos pelos pacientes e à dificuldade diagnóstica inerente à artrite psoriásica, visto sua semelhança a outras afecções reumatológicas. Novos estudos são necessários para investigação desse subdiagnóstico da artrite psoriásica no ambulatório de Dermatologia do HU-UFS.

Conclusão

O ambulatório de psoríase do serviço de dermatologia do HU-UFS fornece um serviço de excelência como centro de referência do estado, seguindo a rigor todas as orientações preconizadas no consenso brasileiro de psoríase da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Contudo, todos os pacientes se beneficiariam do uso de fototerapia caso a mesma fosse ofertada pelo SUS. A aquisição de equipamento de fototerapia melhoraria a resposta clínica dos pacientes às medicações sistêmicas, reduzindo sintomas e doses necessárias, além de reduzir os custos financeiros com medicações para o SUS.

Referências

1. Ana AD, Quarto G. Psoríase. psoriaco, psórico, psoriático, psoriásico. 2014;43(1):105–107.
2. TAKAHASHI MD. Consenso Brasileiro de Psoríase. 2006;
3. Gulbahar S, Koca TT. A brief summary of clinical types of psoriasis. 2016;3(1):79–82.
4. Keating GM. Apremilast : A Review in Psoriasis and Psoriatic Arthritis. Drugs. 2017;
5. Young M, Practitioner AN, Aldredge L, Practitioner AN, Parker P, Clinical BCA. Psoriasis for the primary care practitioner. 2017;
6. Osier E, Eichenfield LF. Pediatric Psoriasis Comorbidity Screening Guidelines. 2017;92123:1–7.
7. Takeshita J, Grewal S, Mehta NN, Ogdie A, Voorhees AS Van, Gelfand JM, et al. Psoriasis and comorbid diseases - Implications. J. Am. Acad. Dermatology. 2017;(March).
8. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Global Epidemiology of Psoriasis : A Systematic Review of Incidence and Prevalence. 2012;1–9.
9. Takeshita J, Grewal S. Psoriasis and comorbid diseases - Epidemiology. J. Am. Acad. Dermatology. 2017;(March):393–403.
10. Patel N, Nadkarni A, Cardwell LA, Vera N. Psoriasis, Depression, and Inflammatory Overlap: A Review. Am. J. Clin. Dermatol. 2017;
11. Aranha RN. Análise de correspondência para avaliação do perfil de mulheres na pós-menopausa e o uso da terapia de reposição hormonal. Cad. Saude Publica, Rio Janeiro. 2004;20(1):100–108.
12. Scarpel RA. ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE : UMA PROPOSTA PARA ASSOCIAÇÃO DE VARIÁVEIS SEGUNDO O CONCEITO DE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL. An. - Simp. Pesqui. operacional da Mar. 2008;1–13.
13. Ministério da Saúde B. Vigitel brasil 2016. 2016.
14. FIGUEIREDO ÂL. Prevalência de Transtorno de Humor na População Universitária de uma Universidade Privada do Município de Porto Alegre. III Most. Pesqui. da Pós-Graduação – PUCRS, 2008. 2008;
15. Ministério da Saúde B. Portaria Nº 200 de 25 de fevereiro de 2013. Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. 2013;
16. Sociedade brasileira de nefrologia. Dia Mundial do Rim. 2013.
17. Kim WB. Diagnosis and management of psoriasis. Can. Fam. Physician. 2017;63:278–285.

18. Greb JE, Goldminz AM, Elder JT, Lebwohl MG, Wu JJ, Mehta NN, et al. Psoriasis. *Nat. Rev. - Dis. Prim.* 2016;2.
19. Emma Guttman-Yassky JGK and MGL. Systemic immune mechanisms in atopic dermatitis and psoriasis with implications for treatment. *Exp Dermatol.* 2018;409–417.
20. Armstrong AW, Siegel MP, Bagel J, Boh EE, Buell M, Cooper KD, et al. From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation : Treatment targets for plaque psoriasis. *J. Am. Dermatology* [Internet]. 2016;1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2016.10.017>
21. Blattner CM, Chaudhari SP, Iii JY, Murase JE. A dermatologist guide to immunogenicity. *Int. J. Women's Dermatology.* 2016;2:77–84.
22. Zeichner JA, Armstrong A. The Role of IL-17 in the Pathogenesis. *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* 2016;9(6):6–9.
23. CALAMITA ABP. Perfil epidemiológico dos pacientes com Psoríase com enfoque nos fatores de risco para doenças cardiovasculares. 2013;
24. Zurita CC, Pérez MG, Hernández CP, Quesada AG, Almazán PV, Vilar J, et al. Effectiveness and safety of Methotrexate in psoriasis: an 8-year experience with 218 patients. *Camila. J. Dermatolog. Treat.* [Internet]. 2016;0(0). Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2016.1273469>
25. Carneiro S, Feijó V, Bonfi R, Ranza R, Medeiros M De, Carlos A, et al. Recommendations for the management and treatment of psoriatic arthritis. *Rev. Bras. Reumatol.* 2013;3.
26. Duarte I, Buense R, Kobata C. Fototerapia. *An. Bras. Dermatol.* 2006;81(1):74–82.
27. JENNIFER CLAY CATHER, MD; a MELODIE YOUNG, A/GNP-c; b MARTIN JAN BERGMAN M. Psoriasis and Psoriatic Arthritis. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2017;10(3):S16–S25.
28. Gladman DD. Psoriatic Arthritis. *N. Engl. J. Med.* 2017;957–970.
29. Ruiz DG, Newton M, Azevedo L De, Lupi O. Artrite psoriásica: entidade clínica distinta da psoríase? *Rev. Bras. Reumatol.* 2012;52(4):623–638.