

Psoriasis Management

MANEJO DA PSORÍASE

Luísa Dallé Scheibler

Tatzie Boeck de Arruda dos Santos

Nathalia Peres da Porciuncula

Luis Carlos Elejalde Campos

UNITERMOS

PSORÍASE; DERMATOSE; TRATAMENTO.

KEYWORDS

PSORIASIS; DERMATOSIS; TREATMENT.

SUMÁRIO

A psoríase é uma dermatose muito comum da prática clínica, porém, ainda permanecem dúvidas diagnósticas e manejo ineficaz devido ao desconhecimento médico e consequente subdiagnóstico. Este trabalho tem por objetivo sistematizar o tratamento da psoríase, com o intuito de revisar conteúdos pertinentes ao manejo de pacientes com quadros clínicos leves, moderados e graves.

SUMMARY

Psoriasis is one of the most common skin disease in clinical practice, however there still remain diagnostic doubts and ineffective management due to lack of medical knowledge and consequent underdiagnosis. This study aims to systematize the treatment of psoriasis, in order to review relevant content to the management of patients with mild, moderate and severe clinical presentation.

INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença crônica hiperproliferativa inflamatória da pele e das articulações, relativamente comum, com prevalência na população brasileira

em torno de 1% segundo o Consenso Brasileiro de Psoríase de 2012⁶. É caracterizada pelo surgimento de pápulas eritematoescamosas que confluem formando placas. Em alguns casos, está associada a uma doença articular soronegativa, a artrite psoriásica. A sua etiopatogenia é desconhecida, embora seja uma doença imunomediada³.

EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO

A psoríase é a dermatose mais frequente na prática clínica e sua prevalência varia em torno de 2% da população⁴. A doença acomete igualmente ambos os sexos e aparece em qualquer idade, com pico de incidência na segunda e na quinta décadas de vida⁶.

Aceita-se uma predisposição genética, com herança multigênica, mas que requer fatores ambientais para sua expressão. Existe uma correlação da forma cutânea vulgar (mais comum) com os antígenos HLA-Cw6, B13 e B17, enquanto as formas artropática e pustulosa estão mais relacionadas ao HLA-B27 (um importante marcador genético das espondiloartropatias soronegativas)⁴.

Existem fatores desencadeantes que podem exacerbar a psoríase como estresse emocional, alguns medicamentos (betabloqueadores, antimaláricos, sais de lítio, indometacina e inibidores da ECA), infecções e fatores físicos. Por outro lado, a exposição solar parece ter efeito de melhora das lesões⁶.

PATOGENIA

A psoríase se manifesta, na maioria das vezes, por placas eritematoescamosas, bem delimitadas, ocasionalmente pruriginosas, em áreas de trauma constante na pele – cotovelos, joelhos, região pré-tibial, couro cabeludo e região sacra. É uma doença que cursa com atividade inflamatória da derme papilar (justificando o eritema) e hiperproliferação da epiderme (justificando espessamento e descamação)¹⁻².

A histopatologia é característica, com os seguintes achados: (1) paraceratose (aparecimento de núcleo nas células da camada córnea), (2) ausência de camada granulosa, (3) acantose (espessamento da camada espinhosa), (4) atrofia das áreas suprapapilares, (5) papilomatose (projeção das papilas dérmicas sobre a epiderme), (6) infiltrado inflamatório misto na derme papilar, (7) acúmulo de neutrófilos dentro do estrato córneo (microabscesso de Munro) e formação de coleções na epiderme (pústula espongiiforme de Kogoj)¹.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As manifestações clínicas apresentam-se com lesões típicas - placas eritematoescamosas bem delimitadas, de tamanhos variados. O tamanho e o número das placas são variáveis, podendo ocorrer acometimento de toda a pele. Em 50% a 80% dos casos, são identificadas alterações ungueais, especialmente onicólise (descolamento da lâmina ungueal do leito, permitindo a entrada de ar e a formação de um espaço virtual que fornece uma coloração esbranquiçada à unha. A onicólise representa a presença de lesão psoriática ao nível do hiponíquio¹⁰). Na maioria das vezes as lesões são assintomáticas, embora uma minoria de pacientes refira prurido e sensação de queimação, especialmente nas lesões palmoplantares e intertriginosas. Algumas lesões de psoríase apresentam um halo hipocrômico ao redor das lesões, conhecido como halo de Woronoff².

Outros padrões clínicos que a doença pode apresentar são⁷:

Psoríase invertida – lesões localizadas e áreas intertriginosas, onde predomina o eritema;

Seboríase – quando ocorre em áreas seborreicas;

Psoríase em gotas: pequenas pápulas eritematoescamosas, predominantes no tronco e raiz dos membros, ocorrem, geralmente, em adolescentes ou adultos jovens, muitas vezes, após quadros infecciosos.

Psoríase eritrodérmica: acometimento de mais de 90% da superfície corporal, de caráter subagudo ou crônico e comprometimento do estado geral. Pode ocorrer por piora da psoríase em placas ou pustulosa generalizada e, raramente, como manifestação inicial da doença.

Psoríase pustulosa, divide-se em alguns subtipos: generalizada (von Zumbusch): quadro generalizado de pústulas estéreis, com febre e comprometimento do estado geral; generalizada na gravidez: em gestantes, de novo ou como evolução de psoríase em placa, com ou sem hipocalcemia; palmoplantar: quadro crônico, limitado às palmas e/ou plantas, de pústulas estéreis que se manifestam em adultos, mais habitualmente, no sexo feminino.

Psoríase artropática: a artrite soronegativa, encontrada em 10 a 40% dos doentes de psoríase, geralmente afeta as articulações das mãos, pés e, mais raramente, os tornozelos e joelhos (mono ou oligoartrite assimétrica). Em menor número de casos, a artropatia pode se manifestar como poliartrite simétrica (a artrite reumatoide-símile), a espondiloartrite ou a artrite mutilante.

DIAGNÓSTICO

É baseado na história, quadro clínico e, nos casos menos típicos, no exame histopatológico⁶. Na psoríase em placas, o diagnóstico é clínico, dada a distribuição típica das placas e à obtenção do sinal do orvalho sangrante pela curetagem metódica de Brocq. Este sinal contribui também para o diagnóstico da psoríase em gotas. O exame do couro cabeludo e das unhas também auxilia. O diagnóstico da artrite psoriásica pode ser difícil, pois necessita de estudo radiológico e da interação com os reumatologistas².

TRATAMENTO

O tratamento da psoríase depende da forma clínica da doença, da gravidade e extensão, da idade, sexo, escolaridade e das condições do paciente, em relação à saúde geral e situação socioeconômica. Também deve ser levado

em conta o que a psoríase representa no comprometimento da qualidade de vida do paciente. Às vezes, quadros clínicos mais localizados podem ser responsáveis por comprometer vários aspectos da vida do paciente, se situados, por exemplo, nas mãos, nos genitais e/ou face⁶.

Não existe um tratamento definitivo da psoríase, sendo o seu objetivo o controle clínico da doença, utilizando fármacos tópicos e/ou sistêmicos com propriedades antiproliferativas e anti-inflamatórias.

Tratamento tópico

É usado para formas localizadas (psoríase leve a moderada). Algumas opções são: corticoides tópicos (ex.: betametasona 0,05%), coaltar (alcatrão) em preparações 2-5% em vaselina ou óxido de zinco 20%, antralina (ditranol) 0,1-0,5% + ácido salicílico 1-2%, aplicado uma vez ao dia ou 1-3% em veículo aquoso, calcipotriol (análogo da vitamina D) a 0,005% uma vez ao dia, tazaroteno (retinoide) em gel 0,1%. Existem tópicos para psoríase sob a forma de creme, pomada e xampu.

Fototerapia

É uma opção para a terapia da doença mais extensa ou recalcitrante às medidas tópicas. A fototerapia utiliza a aplicação da radiação ultravioleta nas lesões psoriásicas. Existem dois métodos: (1) PUVA (Psoraleno + UVA), que consiste na aplicação de doses progressivas de radiação UVA, aplicadas 2 horas após ingestão de metoxipsoraleno, uma substância fotossensibilizante. A combinação do psoraleno com os raios UVA inibe a síntese do DNA da lesão, determinando progressiva regressão. Após cada aplicação, é fundamental a proteção contra a luz solar por 24h, sendo necessário também o uso de óculos escuros neste período. Além dos efeitos colaterais imediatos, geralmente leves, múltiplas sessões de PUVA podem aumentar o risco de envelhecimento cutâneo e carcinoma espinocelular da pele. (2) Método de Goeckerman (coaltar + UVB):

uma pomada de coaltar é aplicada em todas as lesões e o paciente é submetido a doses diárias de UVB. Possui eficácia semelhante à PUVA⁸.

Tratamento sistêmico

Está indicado para os casos de psoríase resistentes ao tratamento tópico, quando o tratamento tópico não for suficiente para o controle da psoríase ou quando a extensão e/ou gravidade do quadro exigirem abordagem sistêmica.

Acicretina: derivado do ácido transretinoico. A principal indicação é na psoríase pustulosa generalizada, na qual age rapidamente. A dose é de 0,5-1,0 mg/kg/dia por 3 a 4 meses⁵. Excetuando este caso, a acicretina costuma ter ação lenta, e o início da melhora clínica em geral só é observada após 12 a 16 semanas de tratamento⁶.

Metotrexate: trata-se de um agente citotóxico inibidor da síntese de DNA por antagonismo da diidrofolato redutase. É a droga de primeira linha para a psoríase eritrodérmica e outras formas graves e recalcitrantes da doença. É feito na dose de 15mg/semana. A dose cumulativa do metotrexate deverá ser sempre calculada já que, a partir de 1,5 g, deverá ser considerada a realização de biópsia hepática para prevenir a grave hepatotoxicidade. Outros efeitos adversos são leucopenia, mucosite, intolerância gastrointestinal⁷. Em doses adequadas, o metotrexate costuma mostrar-se ativo já nas primeiras 6 semanas, sendo esse tempo mínimo de uso para a constatação de não eficácia, se nenhuma melhora é obtida⁶.

Ciclosporina: imunossupressor que inibe a produção de IL-2 pelos linfócitos T. A dose inicial é de 2,5-3 mg/kg/dia. A função renal deve ser monitorizada e a droga suspensa se houver aumento de mais de 50% da creatinina⁹.

Biológicos: proteínas ligantes derivadas de células vivas que bloqueiam moléculas/citocinas (TNF-alfa) da ativação inflamatória mediadoras da resposta

Th1, no caso da psoríase. Têm como objetivo dar especificidade ao tratamento reduzindo imunotoxicidade e prolongando a remissão. O uso dos imunobiológicos é reservado, na maioria dos casos, para pacientes com psoríase moderada a grave que tenham apresentado falha terapêutica, contraindicação ou intolerância às terapias tradicionais⁵.

Dentre as comorbidades, a artrite psoriásica é a mais prevalente e atinge até 40% dos pacientes. Seu tratamento deve ser iniciado o mais precoce possível, a fim de evitar os danos articulares definitivos. Além dos anti-inflamatórios não hormonais (sedativos da dor), são necessários um ou mais medicamentos efetivos para a prevenção dos danos articulares, tais quais: os DMARDs (o metrotexato, a ciclosporina, a leflunomida, a sulfasalazina), além dos imunobiológicos, como o etanercepte, o infliximabe entre outros⁶.

Abaixo, algoritmo resumindo o manejo da psoríase moderada a grave é apresentado na figura 1⁶.

ALGORITMO DE TRATAMENTO DA PSORÍASE MODERADA A GRAVE

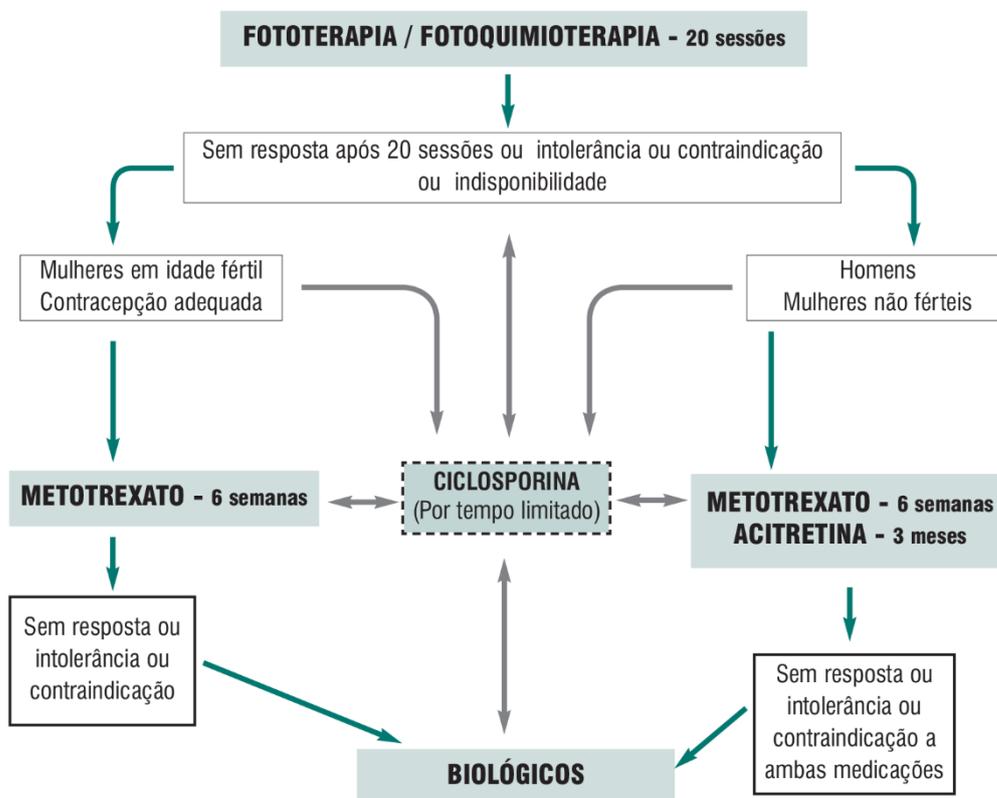


Figura 1. Algoritmo resumindo o manejo da psoríase moderada a grave – retirado de Consenso Brasileiro de Psoríase 2012 – guia de avaliação e tratamento. Sociedade Brasileira de Dermatologia (Ref.6)

CONCLUSÃO

A psoríase, sendo uma enfermidade crônica, frequente e multissistêmica, exige uma abordagem cuidadosa e individualizada a cada paciente. Uma combinação correta de drogas no seu tratamento é importante para remissões prolongadas, uma vez que o controle adequado da doença promove a reabilitação social do paciente, melhorando a capacidade de trabalho, qualidade de vida, além de, provavelmente, diminuir o risco de comorbidades⁶.

REFERÊNCIAS:

1. Azulay, RD, Azulay, DR. Dermatologia, Guanabara Koogan, 5ª ed., atualizada e revisada 2011
2. Sampaio, SAP, Rivitti, EA. Dermatologia, Artes Médicas, 3ª ed., 2007
3. Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL. Harrison: medicina interna. 18ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2013.
4. Goldman L, Ausiello D, editores. Cecil: tratado de medicina interna. 24ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier; 2012.
5. Nickoloff BJ, Nestle FO. Recent insights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities. J Clin Invest. 2004 Jun;113(12):1664-75.
6. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Consenso Brasileiro de Psoríase 2012: guia de avaliação e tratamento. Sociedade Brasileira de Dermatologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: SBD; 2012.
7. Rotta O. Dermatologia clínica, cirúrgica e cosmiátrica: guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM. São Paulo: Manole; 2008.
8. Archier E, Devaux S, Castela E, et al. Efficacy of psoralen UV-A therapy vs narrowband UV-B therapy in chronic plaque psoriasis: a systematic review. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012 May;26 Suppl 3:11-21.
9. Berth-Jones J. The use of cyclosporin in psoriasis. J Dermatolog Treat. 2005;16(5-6):258-77.
10. Poglia FG, Staub HL. Clipping ungueal como método diagnóstico em pacientes com psoríase e artrite psoriática [dissertação]. Poto alegre: PUCRS; 2013.

TITULAÇÃO DOS AUTORES:

- 1) LUIS CARLOS ELEJALDE CAMPOS:
Médico dermatologista
Chefe do serviço de dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS
Professor do departamento de medicina interna da Faculdade de Medicina da PUCRS
- 2) NATHALIA PERES DA PORCIUNCULA:
Médica residente do Serviço de dermatologia do Hospital São Lucas da PUCRS.