



FMU – FACULDADES METROPOLITANAS UNIDAS

Instituto de Ciências da Saúde

Curso de Biomedicina

Campus Santo Amaro

PSORÍASE, ETIOLOGIA E SEUS ASPECTOS PSICOLÓGICOS

PSORIASIS, ETIOLOGY AND ITS PSYCHOLOGICAL ASPECTS

PSORIASIS, ETIOLOGÍA Y SUS ASPECTOS PSICOLÓGICOS

PUBLICADO: 11/2024

<https://doi.org/10.47820/recima21.v5i1.5958>

Alunos: Moisés Alves de Oliveira RA: 2836194

Letícia Ferreira da Paixão RA: 2859449

Orientador: Prof.^o João Gabriel C. O. Ribeiro

SÃO PAULO

2024

Moisés Alves de Oliveira e Letícia Ferreira da Paixão

PSORÍASE, ETIOLOGIA E SEUS ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de graduação em Biomedicina apresentado à Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU.

Orientador: Prof. ^o João Gabriel C. O. Ribeiro

Aprovado em:

SÃO PAULO

2024

RESUMO

A psoríase, uma doença dermatológica autoimune definida pela presença de eczemas, lesões escamosas e avermelhadas na pele. Esta condição influencia consideravelmente a qualidade de vida dos portadores devido ao impacto psicológico e físico. A etiologia da psoríase é heterogênea, envolvendo predisposição genética, desregulação do sistema imunológico e fatores ambientais. Esta doença é mediada pelo sistema imunológico, onde ocorre uma ativação atípica dos linfócitos T. A resposta imunológica exacerbada leva à liberação de citocinas pró-inflamatórias como IL-17, IFN- γ , IL-6, TNF- α e IL-8 que promovem o aumento dos queratinócitos e a inflamação da pele. As células dendríticas e os linfócitos T atuam de forma crucial na manutenção das placas, auxiliando para um ciclo inflamatório contínuo. A psoríase pode abalar penosamente a qualidade de vida, impactando a interação social e o desempenho no trabalho e estudos. Portanto, a gestão da saúde psicológica é essencial para o tratamento global da psoríase. Esses tratamentos para psoríase podem mudar de acordo com a gravidade da doença e incluem: tratamentos com medicamentos sistêmicos, tópicos com corticoides, terapia de luz e terapias complementares. Considerações: A revisão destaca a importância de compreender a fisiopatologia e os tratamentos disponíveis para aprimorar a gestão da doença, enfatizando a complexidade da psoríase e a necessidade de abordagens terapêuticas integradas para o tratamento efetivo. A fusão de terapias tópicas, de luz, sistêmicas e complementares pode proporcionar alívio relevante dos sintomas e melhorar a qualidade de vida dos portadores. O manejo psicológico também é essencial para lidar com as sequelas emocionais e sociais da psoríase.

PALAVRAS-CHAVE: Psoríase. Doença autoimune. Fisiopatologia. Qualidade de vida. Gestão psicológica.

ABSTRACT

Psoriasis, an autoimmune dermatological disease defined by the presence of eczema, scaly and reddish lesions on the skin. This condition considerably influences the quality of life of sufferers due to the psychological and physical impact. The etiology of psoriasis is heterogeneous, involving genetic predisposition, dysregulation of the immune system, and environmental factors. This disease is mediated by the immune system, where an atypical activation of T lymphocytes occurs. The exacerbated immune response leads to the release of pro-inflammatory cytokines such as IL-17, IFN- γ , IL-6, TNF- α and IL-8 that promote the increase of keratinocytes and skin inflammation. Dendritic cells and T lymphocytes play a crucial role in the maintenance of plaques, helping for a continuous inflammatory cycle. Psoriasis can severely impair quality of life, impacting social interaction and performance at work and studies. Therefore, psychological health management is essential for the overall treatment of psoriasis. These treatments for psoriasis can change according to the severity of the disease and include systemic drug treatments, topical corticosteroids, light therapy, and complementary therapies. Considerations: The review highlights the importance of understanding the pathophysiology and available treatments to improve disease management, emphasizing the complexity of psoriasis and the need for integrated therapeutic approaches for effective treatment. The fusion of topical, light, systemic, and complementary therapies can provide relevant symptom relief and improve the quality of life of patients. Psychological management is also essential to deal with the emotional and social sequelae of psoriasis.

KEYWORDS: Psoriasis. Autoimmune disease. Pathophysiology. Quality of life. Psychological management.

RESUMEN

Psoriasis, una enfermedad dermatológica autoinmune definida por la presencia de eczema, lesiones escamosas y rojizas en la piel. Esta condición influye considerablemente en la calidad de vida de quienes la padecen debido al impacto psicológico y físico. La etiología de la psoriasis es heterogénea e involucra predisposición genética, desregulación del sistema inmunológico y factores ambientales. Esta enfermedad está mediada por el sistema inmunitario, donde se produce una activación atípica de los linfocitos T. La respuesta inmunitaria exacerbada conduce a la liberación de citocinas proinflamatorias como IL-17, IFN- γ , IL-6, TNF- α e IL-8 que promueven el aumento de queratinocitos y la inflamación de la piel. Las células dendríticas y los linfocitos T desempeñan un papel crucial en el mantenimiento de las placas, ayudando a un ciclo inflamatorio continuo. La psoriasis puede afectar gravemente la calidad de vida, afectando la interacción social y el rendimiento en el trabajo y los estudios. Por lo tanto, el manejo de la salud psicológica es esencial para el tratamiento general de la psoriasis. Estos tratamientos para la psoriasis pueden cambiar según la gravedad de la enfermedad e incluyen: tratamientos farmacológicos sistémicos, corticosteroides tópicos, fototerapia y terapias

complementarias. Consideraciones: La revisión destaca la importancia de comprender la fisiopatología y los tratamientos disponibles para mejorar el manejo de la enfermedad, enfatizando la complejidad de la psoriasis y la necesidad de enfoques terapéuticos integrados para un tratamiento eficaz. La fusión de terapias tópicas, lumínicas, sistémicas y complementarias puede proporcionar un alivio relevante de los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. El manejo psicológico también es fundamental para hacer frente a las secuelas emocionales y sociales de la psoriasis.

PALABRAS CLAVE: *Psoriasis. Enfermedad autoinmune. Patofisiología. Calidad de vida. Manejo psicológico.*

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	8
2.ETIOLOGIA	8
3. TIPOS E MANIFESTAÇÕES	9
4.SINTOMAS	13
5.ASPECTOS PSICOLÓGICOS	14
6.DIAGNÓSTICO	16
7.TRATAMENTOS	17
7.1 Fármacos utilizados para Psoríase	18
8. FISIOPATOLOGIA DA PSORÍASE:	19
8.1 Psoríase e sua relação com antígenos específicos	22
9. MATERIAIS E MÉTODOS	23
10. REFERENCIAL TEÓRICO	23
11. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25

1. INTRODUÇÃO

A psoríase é uma condição cutânea comum, crônica e não transmissível. Trata-se de uma doença autoinflamatória da pele, cuja etiologia envolve uma predisposição genética, influenciada por fatores ambientais ou comportamentais, resultando no surgimento de lesões eritematosas descamativas na pele.¹

A patogênese da psoríase implica a liberação de substâncias inflamatórias por linfócitos T, células encarregadas da defesa do organismo, que promovem a dilatação dos vasos sanguíneos e recrutam outras células do sistema imunológico, como neutrófilos, para a pele. Este processo inflamatório desencadeado provoca uma aceleração na proliferação celular da pele, resultando na descamação observada nas lesões cutâneas. A interrupção dessa cadeia inflamatória muitas vezes requer intervenção terapêutica.¹

É crucial ressaltar que a psoríase não é contagiosa, e o contato com pacientes afetados não representa risco de transmissão. Além disso, a psoríase está associada a uma série de comorbidades, incluindo doenças cardiometabólicas, distúrbios gastrointestinais, vários tipos de câncer e transtornos do humor, o que pode resultar em uma redução significativa na qualidade de vida e, em casos graves, uma diminuição na expectativa de vida, se não adequadamente tratada. O mecanismo de autoinflamação que desencadeia lesões na pele e nas articulações parece estar correlacionada ao surgimento dessas condições de comorbidades.¹

2. ETIOLOGIA

A etiologia da psoríase é objeto de intensa pesquisa e debate dentro da comunidade científica. Conhecida por ser uma doença crônica e multifatorial, que o desenvolvimento é concedido por uma interação complexa entre fatores genéticos, imunológicos e ambientais.²

Para compreender o fator genético, é crucial a identificação dos genes e variantes associados à disposição à psoríase. Há 15 loci de sensibilidade à psoríase, os loci são definidos como a localização de um gene, sequência genética em um cromossomo ou uma posição específica. Saber sobre os loci gênicos é fundamental para compreender como os genes afetam características hereditárias e como sua mutação pode estar relacionada a doenças genéticas, como a psoríase, entre esses loci, inúmeros estão relacionados à regulação do sistema imunológico, incluindo genes associados à resposta inflamatória e à função das células T, como TRAF3IP2 que é um dos principais ativadores de respostas inflamatórias, sendo mais específico em infecções e o IL28RA.²

Destacando a importância do complexo principal de histocompatibilidade (MHC), que serve para codificar proteínas que reconhecem e apresentam antígenos próprios para apresentar ao sistema imune adaptativo, especialmente o alelo HLA-C 06:02, que tem sido consistentemente associado à psoríase em diferentes populações étnicas. O MHC desempenha um papel crucial na apresentação de antígenos aos linfócitos T, e sua associação com a psoríase sugere um papel fundamental para as respostas imunes adaptativas na patogênese da doença.²

Além dos fatores genéticos, há os fatores congênitos, incluindo condições presentes no nascimento, também podem influenciar o desenvolvimento da psoríase, algumas condições

congênitas, como baixo peso ao nascer, prematuridade e exposição intrauterina determinados estresses ambientais, podem aumentar o risco de desenvolvimento de psoríase na vida adulta. Há famílias em que a doença é frequente entre irmãos, primos, pais e filhos, se um dos pais é acometido pela doença, o filho tem cerca de 15% de risco de desenvolvê-la, se os dois pais são afetados, o risco atinge cerca de 40%. Há fases de maior incidência, indivíduos com história familiar da doença tendem a se manifestar mais cedo ou antes dos 30 e depois dos 50 anos. Logo, é uma doença que nasce com o seu portador, podendo se manifestar em qualquer idade. É essencial considerar não apenas os fatores genéticos, mas também os fatores congênitos, no entendimento da etiologia da psoríase.³

A exposição à luz ultravioleta (UV) tem sido associada tanto a melhorias quanto a exacerbações da psoríase, com a luz solar exercendo efeitos complexos sobre o sistema imunológico cutâneo e a proliferação de queratinócitos. Sendo assim, a exposição a luz solar deve ser feita de maneira equilibrada, pois quando há uma exposição longa aos raios UV, pode ocorrer novas lesões, como no 'Fenômeno de Koebner', está presente em 25% dos pacientes com psoríase, após um trauma biológico, químico ou físico, pode gerar a produção de moléculas e citocinas de adesão e/ou doença pré-existente que ocasiona um aumento na quantidade linfócitos B, linfócitos T, anti-DNA dupla-hélice ou nativo e NGF (Fator de Crescimento Nervoso), uma molécula de sinalização entre os neurônios e também uma proteína de secreção interna que auxilia no crescimento, manutenção e sobrevivência dos neurônios. O "NGF" participa ativamente no aumento dos linfócitos T, queratinócitos e angiogênese, reativando o processo que contribui para as alterações epidérmicas e vasculares, esse aumento pode ser notado a partir de 24 horas após o trauma e atingindo o ápice em até 14 dias.^{3,4}

O estresse psicológico, como ansiedade e depressão, pode desencadear ou agravar episódios de psoríase em alguns indivíduos. Os mecanismos neuroendócrinos e imunológicos estão implicados na ligação entre estresse e psoríase, casos de infecções, especialmente estreptocócicas da garganta, foram associadas ao início ou à exacerbação da psoríase em alguns pacientes, possivelmente desencadeando respostas imunes exacerbadas.⁵

O tabagismo e a obesidade também foram identificados como fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento da psoríase. Mecanismos inflamatórios sistêmicos e disfunção endotelial associada ao tabagismo, assim como a inflamação crônica de baixo grau associada à obesidade, podem contribuir para a patogênese da psoríase em pacientes suscetíveis. Os fatores ambientais desempenham um papel importante no desenvolvimento e curso clínico da psoríase, interagindo de maneira complexa com os fatores genéticos e imunológicos.⁵

3. TIPOS E MANIFESTAÇÕES

De acordo com a região afetada e as manifestações clínicas apresentadas, a psoríase se subdivide em distintas categorias. Sendo:

Psoríase vulgar ou em placas: É o tipo mais comum da doença e manifesta-se por placas redondas ou ovais, de tamanhos variados, bem delimitados, avermelhadas, com escamas secas e aderentes prateadas ou acinzentadas. Um anel esbranquiçado, conhecido como anel de Woronoff, pode ser observado cercado a placa psoriática. As áreas mais afetadas são cotovelos, joelhos, couro cabeludo, região lombo-sacra e umbigo.⁶

Figura 1. Psoríase em placas na região do cotovelo



FONTE: PSORIASSE BRASIL

Psoríase gutata: É caracterizada por pequenos pontos avermelhados em formato de pequenas gotas. Ocorrem principalmente no tronco, braços e pernas. Costuma ser desencadeada após uma infecção estreptocócica ou viral do trato respiratório superior, amigdalite, gripe, varíola, imunizações, trauma físico, estresse emocional ou administração de fármacos antimaláricos. Ocorre principalmente em crianças, adolescentes e adultos jovens e tem bom prognóstico. As erupções persistem por volta de dois meses e, em geral, clareiam após esse período, mas caso não ocorra esse clareamento, pequenas pápulas podem aumentar e transformarem-se em lesões persistentes.⁶

Figura 2. Lesões Psoríase em forma de gota na região das costas



FONTE: PSORIASSE BRASIL

Psoríase palmoplantar: Cerca de 12% dos pacientes podem desenvolver a psoríase somente nas mãos e pés. As placas geralmente são bem delimitadas e podem ser tanto finas como espessas, provocando fissuras e dor, atingindo apenas pequenas áreas de maior atrito ou sua totalidade.⁶

Figura 3. Psoríase palmoplantar com lesões e fissuras na região das mãos



FONTE: PSORÍASE BRASIL

Psoríase inversa: Apresenta um padrão inverso aos outros tipos de lesões. Localiza-se nas zonas das dobras cutâneas: axilas, virilha, embaixo das mamas, dobra do cotovelo, dobra do joelho. Caracterizam-se por lesões mais úmidas, planas e inflamadas sem escamação e particularmente sujeitas à irritação devido ao atrito e ao suor. Essas lesões são eritematosas, com placas brilhantes sem escama que podem confundir com intertrigo e infecções por cândida e dermatófitos.⁶

Figura 4. Lesões de psoríase inversa na região da dobra das axilas



FONTE: PSORÍASE BRASIL

Psoríase eritrodérmica: Normalmente a psoríase eritrodérmica caracteriza-se por lesões generalizadas, abrangendo extensas áreas do corpo ou sua totalidade aparece sobre a pele como uma vermelhidão e escamação fina, frequentemente acompanhada por prurido intenso e dor, podendo ocorrer inchaço. O aspecto da lesão pode ser confundido com o de um indivíduo acometido de queimaduras, em função do comprometimento da pele.⁶

Figura 5. Lesões de psoríase eritrodérmica, vermelhidão e escamação fina na região das pernas



FONTE: PSORÍASE BRASIL

Psoríase pustular: Caracteriza por pústulas estéreis sobre a pele. Não é uma doença infecciosa, portanto não é contagiosa, pois, o pus consiste em glóbulos brancos acumulados. Pode se localizar em certas áreas do corpo tais como mãos, pés ou pode se generalizar. Tende a manifestar-se em 3 fases cíclicas: eritema (vermelhidão), formação de pústulas e descamação da pele.⁶

Figura 6. Pústulas na psoríase pustular na região dos pés



FONTE: PSORÍASE BRASIL

Psoríase ungueal: Em até 90% dos casos a psoríase pode envolver as unhas, correspondendo a um grande estigma da doença, pois interfere nas relações sociais e atividades de trabalho. As alterações ungueais observadas nos pacientes com psoríase dependem do local da unha envolvido e podem ser caracterizadas por depressões cupuliformes e puntiformes (pitting), descoloração, hipequeratose subungueal, estrias longitudinais e onicólise.⁶

Figura 7. Depressões na unha na psoríase ungueal



Fonte: Psoríase Brasil

Psoríase artropática: A psoríase artropática é uma doença inflamatória das articulações do corpo que pode causar deformidades – muitas vezes permanente – exigindo diagnóstico preciso e tratamento precoce. Seu desencadeamento se dá por meio de um fator ambiental, como uma infecção ou pelo fenômeno de Koebner. Quase sempre está associada à psoríase de pele ou unha, embora possa aparecer sem nenhum sinal externo, o que dificulta o diagnóstico. Quando está presente a psoríase artropática nos dedos das mãos, as chances para se encontrar psoríase nas unhas é maior que 86%.⁶

Figura 8. Psoríase artropática na região da articulação da mão, causando deformidades



FONTE: PSORIASSE BRASIL

4. SINTOMAS

Sabendo que a psoríase é capaz de se manifestar de diferentes formas, aqui estão os sintomas mais comuns:

- **Placas de pele espessas e avermelhadas:** Esta é a forma mais comum de psoríase, conhecida como psoríase em placas. As placas são áreas de pele inflamada, geralmente cobertas por uma camada de escamas prateadas. Podendo ser encontradas em qualquer parte do corpo, mas são mais comuns nos cotovelos, joelhos, couro cabeludo e parte inferior das costas.⁷
- **Coceira e dor:** As placas de psoríase muitas vezes causam coceira intensa e podem até mesmo ser dolorosas em alguns casos. Arranhar as lesões pode levar a feridas e sangramento, o que pode aumentar o desconforto.⁷
- **Descamação da pele:** A pele afetada pela psoríase tende a se soltar em escamas finas e prateadas. Essas escamas podem se acumular nas áreas afetadas e, em casos mais graves, podem se desprender em grandes quantidades. Fazendo com que a região fique extremamente vulnerável.⁷
- **Unhas afetadas:** A psoríase também pode afetar as unhas, causando alterações como manchas amarelas ou marrons, engrossamento e descolamento das unhas do leito ungueal (região central das unhas).⁷
- **Articulações inflamadas:** Em alguns casos, a psoríase pode estar associada a uma forma de artrite conhecida como artrite psoriática. Podendo causar dor, inchaço e rigidez nas articulações, em específico nas mãos, pés, joelhos e tornozelos.⁷

A gravidade da psoríase pode variar muito, desde casos leves que afetam apenas pequenas áreas da pele, até casos graves que cobrem grandes partes do corpo. Além disso, os surtos de psoríase podem ser intermitentes, com períodos de melhora seguidos por períodos de piora. Fatores como estresse, tempo frio, obesidade, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, infecções (estreptococo, HIV) entre outros medicamentos, como os antimaláricos, podem desencadear ou agravar o quadro clínico da enfermidade. Até mesmo o histórico familiar de psoríase também pode aumentar as chances de uma pessoa ter a doença. Há também maior probabilidade de o portador de psoríase adquirir outras doenças como por exemplo, diabetes, hipertensão arterial, obesidade, doenças cardiovasculares e depressão. Caso exista a presença dessas doenças, o tratamento deve incluir o controle delas. É muito importante que as pessoas com psoríase tenham sempre o acompanhamento de um médico para que seja feito um tratamento individual, levando em consideração a gravidade dos sintomas e o impacto que ele teria sobre a qualidade de vida do paciente.⁷

5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Ainda que a psoríase aparente ser uma doença superficial, afetando apenas a parte estética, ela vem junto com inúmeras comorbidades, maior prevalência de fatores de risco cardiovasculares, como a hipertensão, diabetes, dislipidemia, obesidade, tabagismo, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e síndromes metabólicas. Podendo comparar a qualidade de vida de portadores de psoríase, com portadores de diabetes, doenças cardiovasculares e cancro.⁸

A pele é o maior órgão do corpo humano, tem funções essenciais, como controle de

temperatura e proteção do ambiente externo, as células que as compõem têm uma alta similaridade com as células do sistema nervoso, sendo assim, pode-se perceber por que muitas doenças se manifestam na pele, se tornando o “órgão de choque” de muitas pessoas, “órgão de choque” é o termo usado para aquele órgão onde a maioria das doenças derivadas de oscilações emocionais se desenvolvem. Essas oscilações causam a somatização, que é um desalinhamento físico, onde pacientes são incapazes de suportar o descontentamento com experiências afetivas.⁸

A psoríase está altamente ligada ao estado emocional do paciente, portadores desta doença tem extrema dificuldade em expressar sentimentos, inclusive sentimentos hostis e ofensivos, caracterizando a psoríase como uma forma não verbal de manifestar os sentimentos. Um estudo realizado com portadores de doenças psicossomáticas (problemas físicos relacionados a saúde mental), incluindo problemas dermatológicos, como a psoríase, mostram que predominantemente os pacientes detêm de personalidade com restrições verbais referente a suas emoções e alta dificuldade em apresentar sentimentos. Utilizando testes de personalidade Rorschach (teste para fornecimento de índices de condições intelectuais e emocionais, processos adaptativos, afetivos, racionais e controle de impulsividade) e TAS-20 ou Toronto Alexithymia Scale (teste psicológico para mensurar deficiências no processamento ou descrição de emoções) com trinta e dois pacientes, ao serem comparados a um grupo-controle, foi constatado que os pacientes obterão mais características de alexetimia em comparação ao grupo-controle, este relacionado ao TAS-20, e ao teste de personalidade Rorschach, todos os pacientes tem afeições diminuídas, alto percentual de estereotípias, com vocabulário limitado e dificuldade em manter-se em conversas.^{8,9}

Está claro que portadores da psoríase e doenças dermatológicas, tem um nível maior de dificuldade em expressar e reconhecer emoções, assim os causando mais estresse, uma questão delicada, pois os mecanismos neuroendócrinos e imunológicos estão implicados na ligação entre estresse e psoríase, aumentando a produção de hormônios do estresse, como o cortisol, e promovendo a liberação de mediadores inflamatórios, como citocinas pró-inflamatórias.¹⁰

Existem inúmeros fatores para desencadear esse estresse emocional nos pacientes, como os fatores físicos, incluindo obesidade, doenças cardiovasculares, artrite psoriática que influência diretamente com o baixo rendimento, havendo a necessidade de se aposentar mais cedo, mudar de profissão e fatores sociais, incluindo os mecanismos de enfrentamento da doença, apoio social e financeiro para o tratamento, que em sua maioria para populações de baixa renda ou classe média são altos, com ênfase para a idade do surgimento da psoríase, ocasionando em dificuldade de socialização e encaixe em grupos sociais, devido a vergonha e preconceito. Uma investigação com 8.338 pacientes em 31 países mostrou que 84% já sofreram discriminação com o fato de serem portadores da doença, pois um dos maiores desafios enfrentados para os portadores é o estigma associados a esta condição. Estigmatização, segundo o dicionário, é o ato de marcar com estigma, com ferro em brasa, esse termo é usado para definir o ato de marcar negativamente algo ou alguém.^{9,10}

A rejeição, ansiedade e depressão dos portadores tem sido relacionada ao aumento do consumo de álcool, com maior probabilidade de fumar, reduzindo a adesão ao tratamento, aumentando a taxa de mortalidade, devido ao agravamento das comorbidades.¹⁰

Há estudos de ressonância magnética em que portadores da doença tem respostas atenuadas

quando expostos a imagens faciais de repugnância, mostrando que se acostumam com a rejeição, os tornando pessoas com a autoestima e autoconfiança completamente comprometidas, estudos comprovam que não só a vida do paciente é afetada, mas a vida dos familiares também.^{8,10}

Os doentes tendem a ter ansiedade com relações sexuais, independente da gravidade das lesões, sentindo-se menos atrativo, tendem a ter dificuldade em casar e taxas elevadas de divórcio. A decisão de casar e ter filhos também é baseada na doença, o risco de ter descendentes com a doença, complicações para o feto durante a gravidez devido ao tratamento, interrupção do tratamento e agravamento das lesões.¹⁰

A queda da autoestima, o isolamento e a dificuldade em ir à lugares públicos com pessoas desconhecidas, criam um ambiente psicológico hostil e suscetível para geração de doenças psicológicas, dados revelam uma alta taxa de ansiedade e depressão, 10% dos portadores com ideias suicidas. Estudos em populações brasileiras mostram a prevalência de 19% de depressão e 36% de ansiedade, e até 69,8% de ambas em pacientes com artrite psoriática.¹¹

6. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da psoríase é realizado por um médico através de uma avaliação detalhada.

- Exame físico: O médico inspeciona a pele em busca de características típicas da psoríase, como placas avermelhadas e escamosas, comuns em áreas como cotovelos, joelhos, couro cabeludo e região lombar. Outras partes, como unhas e articulações, também podem ser examinadas, dependendo dos sintomas apresentados.¹²
- Histórico médico: São feitas perguntas sobre os sintomas do paciente, histórico médico pessoal e familiar, incluindo casos de psoríase na família, além de possíveis desencadeadores como estresse, infecções ou lesões cutâneas.¹²
- Avaliação dos sintomas: O médico observa a aparência e distribuição das lesões na pele do paciente, buscando por sinais característicos da psoríase, como placas escamosas prateadas e vermelhas, bem como sintomas como coceira, sensibilidade ou dor.¹²
- Exclusão de outras condições: Considerando que a psoríase pode ser confundida com outras doenças de pele, o médico pode precisar descartar outras condições como dermatite seborreica, dermatite de contato, eczema ou micose.¹²
- Biópsia da pele (se necessário): Em situações em que o diagnóstico não é claro ou há suspeita de outras condições de pele, uma pequena amostra de tecido pode ser retirada da área afetada para análise laboratorial.¹²
- Avaliação das unhas e articulações: Se houver suspeita de envolvimento das unhas ou articulações, o médico pode realizar exames adicionais, como radiografias ou exames de sangue, para confirmar o diagnóstico.¹²

Quanto à biópsia de pele para psoríase:

- Preparação do paciente: A área é limpa e anestesiada localmente para minimizar o

desconforto.¹³

- Seleção e remoção da amostra: O médico remove uma pequena amostra de tecido da área afetada.¹³
- Controle do sangramento e, sutura, se necessário: A área é pressionada para restringir o sangramento e, se necessário, pontos podem ser aplicados para total estancamento da ferida.¹³
- Envio da amostra para análise: A amostra é enviada para análise em laboratório para identificar características específicas da psoríase.¹³
- Interpretação dos resultados: Com base na análise e estudos feitos através dos exames efetuados, o médico pode confirmar o diagnóstico, podendo assim elaborar um tratamento adequado.¹³

Dentre os métodos de diagnóstico, a biópsia de pele é a mais segura e rápida, sendo uma ferramenta valiosa para confirmar o diagnóstico de psoríase, especialmente em casos complexos.¹⁴

Além da realização de uma biópsia na pele, existem outras abordagens para diagnosticar a psoríase, aqui estão uma sequência de eventos que se seguidos pelo profissional da saúde, são essenciais para se chegar a uma conclusão:

- O dermatologista irá examinar a pele do paciente e realizará uma revisão de seu histórico médico, com o intuito de identificar lesões, suas proporções e sintomas que caracterizam a psoríase.¹⁵
- Em casos suspeitos de artrite psoriásica, exames como radiografias, ressonância magnética ou ultrassonografia são realizados para detectar alterações nas articulações.¹⁵
- Embora não existam testes específicos para psoríase, exames de sangue podem ser feitos para descartar outras condições ou avaliar a saúde geral do paciente, como níveis de inflamação ou condições autoimunes associadas.¹⁵
- Se há suspeita de psoríase nessas áreas, o médico examina-as de perto em busca de sinais típicos da doença, como alterações nas unhas ou descamação do couro cabeludo.¹⁵
- Avaliação da resposta ao tratamento: Em certos casos, o médico pode iniciar um tratamento para a psoríase e monitorar a resposta do paciente. Se houver uma melhora significativa nos sintomas com o tratamento, isso pode ajudar a confirmar o diagnóstico de psoríase.¹⁵

7. TRATAMENTOS

A diversos tipos de tratamento para quem possui psoríase, alguns mais invasivos que outros, a depender do grau da doença. Entre eles estão:

- Tratamentos tópicos: Estes são aplicados diretamente na pele e são frequentemente usados para casos leves a moderados de psoríase. Os tratamentos tópicos incluem corticosteroides, que ajudam a reduzir a inflamação e a coceira, e retinoides tópicos, que ajudam a diminuir o

crescimento excessivo das células da pele. Também existem cremes e pomadas à base de alcatrão e calcipotrieno, que podem ajudar a reduzir a inflamação e a descamação.¹⁶

- **Terapia de luz:** A exposição controlada à luz ultravioleta (UV) pode ajudar a reduzir os sintomas da psoríase. A terapia de luz pode ser ministrada em um consultório médico com uma unidade de luz UVB, ou os pacientes podem usar uma caixa de luz em casa. A terapia com luz solar natural também pode ser benéfica, mas é importante evitar queimaduras solares.¹⁶
- **Medicamentos sistêmicos:** Para casos mais graves de psoríase, os médicos podem prescrever medicamentos sistêmicos, que afetam todo o corpo. Estes incluem medicamentos orais, como retinoides, metotrexato e ciclosporina, que ajudam a suprimir a resposta imunológica que desencadeia a psoríase. Além disso, existem medicamentos biológicos injetáveis, como os inibidores do fator de necrose tumoral (TNF) e os inibidores da interleucina, que visam proteínas específicas do sistema imunológico envolvidas na inflamação da psoríase.¹⁶
- **Tratamentos para unhas e couro cabeludo:** Para casos de psoríase que afetam as unhas e o couro cabeludo, podem ser recomendados tratamentos específicos, como aplicação de corticosteroides tópicos, medicamentos à base de calcipotrieno (uma forma de vitamina D) ou injeções de corticosteroides diretamente nas lesões das unhas.¹⁶
- **Terapias complementares:** Além dos tratamentos convencionais, algumas pessoas com psoríase encontram alívio dos sintomas através de terapias complementares, como acupuntura, aromaterapia, meditação e suplementos dietéticos. Embora esses métodos possam proporcionar certo alívio dos sintomas para algumas pessoas, é importante discuti-las com um médico antes de iniciar qualquer novo tratamento/procedimento.¹⁶

7.1 Fármacos utilizados para Psoríase

7.1.1 Uso tópico:

- **Ácido salicílico:** pomada a mg/g (5%) – Aplicar nas lesões hiperkeratóticas 1 vez ao dia. Alcatrão mineral: pomada a 10 mg/g (1%) – aplicar todos os dias nas lesões de psoríase.¹⁷
- **Clobetasol:** creme a 0,5 mg/g (bisnaga com 30 g) e solução capilar a 0,5 mg/g (frasco com 50 g) 1-3 vez(es)/dia por intervalos inferiores a 30 dias e 2 vezes/semana na fase de manutenção.¹⁷
- **Dexametasona:** creme a 1 mg/g (0,1%) - semelhante ao Clobetasol.¹⁷
- **Calcipotriol:** pomada a 50 mcg/g (0,005%) - deve ser utilizado 2 vezes/dia no início do tratamento, podendo ser reduzido para 1 vez/dia na fase de manutenção.¹⁷

7.1.2 Sintéticos:

- **Acitretina:** cápsulas de 10 e 25 mg dose inicial recomendada é de 25 mg/dia, com aumento gradual em 2-4 semanas até a dose máxima de 75 mg/dia (0,5-1 mg/kg/dia). A quantidade usual aplicada varia de 25 mg em dias alternados a 50 mg por dia.¹⁷
- **Metotrexato (oral e injetável):** comprimidos de 2,5 mg e solução injetável de 25 mg/mL (frasco

com 2 mL) pode ser VO ou SC ou IM em dose única semanal ou em até 3 administrações semanais com 12 horas de pausa. A quantidade inicial é de 15 mg por semana, podendo ser aumentada gradualmente (2,5-5 mg por semana) até a obtenção de resposta clínica ou até a quantidade máxima de 25 mg/semana.¹⁷

- Ciclosporina: cápsulas de 10, 25, 50 e 100 mg, solução oral de 100 mg/mL (frasco de 50 mL) e solução injetável de 50mg a quantidade inicial é de 2,5 mg/kg/dia, podendo ser aumentada a cada 2-4 semanas em 0,5 mg/kg até a dose máxima de 5 mg/kg/dia. Dois anos é o tempo máximo de tratamento aconselhado, pois, a partir desse momento, aumenta-se o risco de nefrotoxicidade irreversível.¹⁷

7.1.3 Biológicos:

- Adalimumabe: solução injetável de 40 mg uso SC, quantidade inicial aconselhada é de 80 mg (duas injeções). Após isso, doses de 40 mg são administradas em semanas alternadas, começando na semana seguinte à dose inicial. A quantidade não é ajustada pelo peso, não havendo alterações para pacientes obesos.^{17,18}
- Etanercepte: solução injetável de 25 mg e 50 mg. Uso SC, dose recomendada na faixa etária pediátrica (6-18 anos) é de 0,8 mg/kg, uma vez por semana, em pacientes com menos que 62,5 kg. Não devendo exceder 50 mg por semana. Em pacientes com mais de 62,5 kg, a dose aconselhada é de 50 mg por semana.^{17,18}
- Ustequinumabe: solução injetável de 45 mg/0,5 mL e de 90 mg/1,0 mL Uso SC; inicia-se com 45 mg nas semanas 0 e 4 e, depois, a cada 12 semanas. Em pacientes com peso corpóreo maior que 100 kg, usar quantidade de 90 mg. Em casos de perda de resposta terapêutica, a quantidade pode ser aumentada para 90 mg a cada 8 semanas.¹⁸
- Secuquinumabe: 150 mg/mL pó para solução injetável a quantidade aconselhada é de 300 mg por injeção subcutânea, com administração inicial nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4 (cinco doses), seguida por administração de manutenção mensal. Cada quantidade de 300 mg é constituída de duas canetas aplicadoras, de 150 mg cada, que são injetadas ao mesmo tempo.¹⁸

8. FISIOPATOLOGIA DA PSORÍASE

Quando a pele lesionada e a pele normal são comparadas podemos observar que há inúmeras diferenças, em geral peles normais tendem a ter alguns linfócitos CD4, raros linfócitos CD8 e algumas células dendríticas e imaturas de Langerhans, já a pele lesionada tem muitas células dendríticas mieloides, células dendríticas plasmocitoides e células de Langerhans, alta quantidade de células dendríticas maduras, linfócitos CD4, linfócitos CD8, timócitos "natural killer" e macrófagos e frequentes neutrófilos. Existe uma população de células na pele lesionada e quando expostas devido a essas lesões, pode-se entender os processos moleculares expressos para os mediadores coestimuladores e inflamatórios.¹⁹

Tanto na instalação da doença ou episódios de exasperação, células plasmocitoides, mieloides e dendríticas maduras são acionadas na epiderme e derme, gerando mensageiros que promovem o aparecimento de subclasses de células T citotóxicas (Th1, Tc1) e T Helper, células que secretam

mediadores IFN- γ que acarretam a produção de HLA-DR nos queratinócitos, reativando o procedimento que colabora para alterações vasculares e epidérmicas vistas na psoríase.¹⁹

O processo introdutório com o avivamento das células T, que acontece via células APCs (*Antigen Presenting Cells*), são células do sistema imunológico que são especializadas em apresentar antígenos para as células T, são maturadas com peptídeos antigênicos que são concedidos pela HLA-I ou HLA-II na superfície destas células, com a atuação de moléculas como o fator de ativação dos linfócitos L FA-1 - integrina composta de CD11a e CD18 e a molécula de adesão intracelular ICAM-1, que contribuem para a manutenção desta adesão. Esta ligação com a contribuição de sinalizadores bioquímicos e a coparticipação de alguns agentes, como a glicoproteína CD28, são situados na superfície dos linfócitos T, e os CD86 e CD80, localizados na superfície das células dendríticas, ocasionando no aumento de mRNA e transcrição de citocinas como a IL-2, TNF- α , ator estimulador de colônias de macrófagos e granulócitos (GM-CSF) e IFN- γ , essencial para a ativação do linfócito T.¹⁹

Uma significativa ocorre entre o antígeno 4 de linfócitos T citotóxicos (CTLA4) e as moléculas B7, essa comunicação entre B7 e CD28 é ativadora, ao passo que a ligação B7 e CTLA4 emite um aviso de supressão da ativação dos linfócitos T, contribuindo com a ativação, estão algumas proteínas que ficam na superfície da célula APC, quando se ligam ao linfócito T concedem mais sinais.¹⁹

A liberação de IL-2 e IL-12 pelas células dendríticas maduras colaboram, mutuamente para diferenciação dos linfócitos T e ativação mitótica. Extremamente importante para o processo de ativação linfocitária, as células dendríticas atingem tal condição após a captura do antígeno, mediada por citocinas IL-4, GM-CSF e TNF- α , e os exercícios tardios de sua diferenciação são regulados ao ter contato com os linfócitos T.¹⁹

Este “diálogo” entre CD40L e CD40 regula a expressão de CD40 na célula dendrítica e estimula a síntese de B7 em células APC, auxiliam a síntese de níveis elevados de IL-2, contribuindo para a diferenciação e ativação dos linfócitos T.¹⁹

O TRANCE (*tumor necrosis factor-related activation induced*) é sintetizado pelas células T, assim que se ligam a TRANCE-R bloqueiam seu processo de apoptose, em meio a todas as mediações, observa-se que células dendríticas e linfócitos T mantem uma relação sem interrupções e um diálogo contínuo.¹⁹

Assim que células dendríticas maduras, sendo elas as plasmocitoides e mieloides são ativadas, inicia-se o processo de cascata inflamatória, que a partir de estimulação (consiste na interação entre as células não antígeno específicas) realiza a diferenciação dos linfócitos nas linhagens Tc1 e Th1, caso não ocorra estimulação, os linfócitos T sofrem apoptose. Em todo o caso, desenvolvendo a placa psoriática.¹⁹

Células apresentadores de antígeno, nos linfonodos, estimulam a especialização de linfócitos TCD8 e TC4 pelo MHC classe I e II, por meio da liberação e síntese da interleucina-12 IL-12. Tal estimulação promove a mudança dos T CD8 em Tc1, T CD4 em Th1, com células que tem a capacidade de sintetização e liberação de outras citocinas, como interferon gama (IFN- γ), interleucina-2 (IL-2), fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), incluindo o fator de estimulador de colônias de leucócitos e granulócitos e fator de crescimento epidérmico.¹⁹

Enquanto o processo de maturação, as células T fabricam novas proteínas de superfície que

capacitam a passagem dos vasos para a pele. Acredita-se que a mais significativa é o antígeno associado ao CLA (Linfócito cutâneo), uma molécula de adesão que junto com citocinas exerce ação de quimiotaxia linfocitária, maturação, moléculas Vascular Adhesion Molecule-1 (VCAM-1) e *Intracellular Adhesion Molecule-1* (ICAM-1), que auxiliam na criação de um gradiente de adivéz, cooperando para a quimiotaxia de linfócitos B e T, como os macrófagos e neutrófilos para as lesões por auxílio do endotélio vascular. Também participam o CD2 no linfócito T, antígeno funcional linfocitário -1 (LFA-1) e antígeno funcional linfocitário - 3 (LAF-3) nas células apresentadoras de antígeno.¹⁹

O TNF- α , exerce inúmeras funcionalidades, como o aumento de citocinas pelos macrófagos, pelos linfócitos e quimioquinas; aumento de expressão pelo ICAM-1 das moléculas de adesão vascular endotelial (VCAM-1) e dos queratinócitos, resultando em maior ativação de linfócitos T, por ficarem visíveis por um longo tempo a quimioquinas e citocinas circulantes. O TNF- α aumenta a proliferação de recirculação linfocitária e neocapilares, contribuindo para a diapedese linfocitária, que prolonga o processo inflamatório.¹⁹

Outros fatores essenciais para a formação de lesões psoriática são a IL17, que interage com o IFN- γ para ampliar a síntese de citocinas pró-inflamatórias pelos queratinócitos, como IL-8 e IL-6 expandindo o influxo de células T na pele, contribuindo para a manutenção da placa psoriática; a FN- γ que proporciona a hiper proliferação de queratinócitos por inibição da apoptose e adição da expressão de ICAM-1 nas células endoteliais, concedendo a circulação linfocitária.¹⁹

Assim que os queratinócitos são ativados pelas citocinas que são sintetizadas pelos linfócitos CD8 e CD4 que também liberam citocinas inflamatórias, como a IL-6 que irá incentivar a proliferação de queratinócitos; TNF- α ; IL-8 que aumenta a quimiotaxia de neutrófilos que promovem a quebra dos desmossomos de queratinócitos e desenvolvimento de abcesso de Munro, também mantendo a diferenciação dos linfócitos T para o Th1; Fator de variação do crescimento, responsável pela permeabilidade vascular e angiogênese.¹⁹

A contribuição das citocinas estimuladoras, como IL-6, IL-1, IFN γ e a presença de células T entre os queratinócitos, acarretando injúria da membrana plasmática, um dos mecanismos que provocam a hiper proliferação epidérmica visualizadas na psoríase.¹⁹

Este procedimento imunológico é associado a uma hiper proliferação epidérmica conhecida pelo aumento em até duas vezes do número de mitoses, pela diminuição do ciclo dos queratinócitos em torno de até oito vezes e, acarretando uma maturação incompleta. Reduzindo a síntese de lipídios para criação dos desmossomos pelos queratinócitos. De outro modo, os linfócitos Tc1 (CD8+) atacam o local das lesões psoriáticas pela liberação de citocinas e conseguem aprofundar-se nos espaços intercelulares dos queratinócitos, favorecendo o processo inflamatório.¹⁹

O TNF é sintetizado em queratinócitos, células de *Langerhans* intraepidérmicas e macrófagos, se espalha por toda a epiderme, inclusive junto aos vasos sanguíneos da parte superior da derme. Na pele lesionada, o TNFR1 sobreleva nas células de Langerhans intraepidérmicas, nas paredes dos vasos sanguíneos e queratinócitos, enquanto o TNFR2 tem uma expressão maior nas células infiltrantes perivasculares e nos vasos sanguíneos dérmicos.¹⁹

8.1 Psoríase e sua relação com antígenos específicos

Compreendendo que a psoríase é uma condição com uma certa tendência hereditária, onde os pacientes que a desenvolvem antes dos 40 anos apresentam uma forte ligação com o antígeno leucocitário humano (HLA) - Cw6, detectado em menor escala nos antígenos B13, B17 e DR7, além da possível suscetibilidade ao desenvolvimento entre gêmeos idênticos. Estudos indicam que o antígeno (HLA) – Cw6 é o gene da doença que mostra maior incidência da psoríase, mas exibe menor prevalência em indivíduos asiáticos, especificamente nos chineses do sul. O (HLA) – Cw6 está correlacionado com a psoríase do tipo I, psoríase gutata, fenômeno de Koebner e demonstra melhor resposta a tratamentos como metotrexato, interleucina (IL)-12/23, IL-17 e IL-23. Por outro lado, a presença do HLA-Cw1 foi associada à psoríase eritrodérmica, à psoríase pustulosa e ao tipo axial de artrite psoriática. Além disso, o HLA-Cw1 foi mais frequentemente associado a pacientes com necessidades terapêuticas elevadas que não responderam a tratamentos convencionais. Não foi identificado nenhum fator desencadeante ou autoantígeno conhecido para a presença do HLA-Cw1. No entanto, o HLA-Cw1 tem sido relacionado a alguns agentes virais. Por exemplo, os linfócitos T citotóxicos reconhecem múltiplos epítomos derivados do citomegalovírus pp65 apresentados por alelos HLA, incluindo o HLA-C*01:02. Além disso, o citomegalovírus pode desencadear uma exacerbação severa da psoríase cutânea. A interação proposta entre a infecção viral, o HLA-Cw1 e a psoríase ocorre por meio dos receptores semelhantes a imunoglobulinas das células assassinas naturais. Dada a natureza multifacetada da patogênese da psoríase e a variação na prevalência do HLA-Cw em diferentes grupos étnicos, são necessários mais estudos para confirmar o papel do HLA-Cw1 na psoríase.²⁰

Em relação aos resultados do tratamento, considerando as terapias biológicas disponíveis atualmente, os dados são divergentes. Gallo *et al.* não encontraram correlação entre o status HLA-Cw6 e a resposta ao tratamento com adalimumabe, etanercept ou infliximabe (fármacos anti-TNF α) – Fator de necrose tumoral. Quanto ao secuquinumabe (medicamento anti-IL17), Costanzo *et al.* observaram que uma resposta PASI 90 semelhante foi alcançada, independentemente do status HLA-Cw6 na semana 16, e que o Índice de Área e Gravidade da Psoríase (PASI) médio foi comparável nas semanas 16 e 24. Os dados sobre o ustecinumabe são divergentes. De fato, diversos estudos demonstraram um aumento significativo na resposta ao tratamento em pacientes positivos para HLA-Cw6 tratados com ustecinumabe (medicamento anti IL-12 e IL-23). Além disso, a análise de um ensaio clínico de fase III mostrou uma resposta diferencial ao ustecinumabe em pacientes positivos para HLA-Cw6 em comparação com os negativos; no entanto, essa diferença é modesta, especialmente em pontos temporais mais avançados e em limiares mais elevados de resposta. No entanto, a associação entre o polimorfismo HLA-Cw6 e a resposta ao ustecinumabe não foi observada em um estudo espanhol. Pacientes negativos para Cw6 pareciam responder melhor ao adalimumabe do que ao ustecinumabe, inclusive na presença de artrite psoriática, mas não foram relatados dados relacionados aos fármacos anti IL17.^{19,20}

9. MATERIAIS E MÉTODOS

Esse trabalho é uma pesquisa no modelo de revisão da literatura, no qual, através da leitura de diversos artigos científicos e livros acadêmicos, foi possível chegar ao objetivo de explicar como tais técnicas podem se relacionar a psoríase e seus aspectos psicológicos.

Assim foi possível ter a seguinte proposta através da revisão:

- Aspectos psicológicos sobre a psoríase
- Tipos e manifestações dos sintomas
- Etiologia e tratamentos
- Psoríase e sua relação com antígenos específicos

A concepção deste artigo baseou-se na escolha das fontes de informação que vieram de livros e artigos científicos. Essas publicações consultadas foram selecionadas por terem advindo de fontes influentes como conselho de saúde, Hospitais de relevância entre outros.

10. REFERENCIAL TEÓRICO

Diante dos estudos feitos pelo próprio ministério da saúde, realizados em maio de 2021, sabemos que há diversas maneiras para diagnosticar a psoríase, dentre elas, a mais específica fica para a biópsia, método usado apenas em casos mais complexos, que não podem ser conclusivos apenas através de um exame físico ou com uma simples avaliação médica, já que a psoríase se assemelha a diversas outras doenças de pele, exigindo assim, algo mais exato. Seus meios para tratamentos são muitos, porém, o que ditará o mais eficaz, será a gravidade, onde em casos mais leves da doença, podemos tratá-la com medicamentos tópicos contendo corticosteróides, com a função de inibir a inflamação e aliviar a coceira. Em casos mais graves, o uso de medicamentos sistêmicos pode ser feito, reagindo assim com proteínas específicas da psoríase, porém, sendo mais invasivo, acaba afetando todo sistema imunológico. Mesmo que ainda precise de mais tempo para entregar um resultado mais exato, os estudos feitos NIH, livreria nacional de medicina, publicada pelo PUB-MED, onde um antígeno em específico, conhecido como HLA-Cw6, exposto à fármacos TNF, fator de necrose tumoral, obtiveram um resultado ao tratamento extremamente satisfatório, relacionando o mesmo, diversos tipos de psoríase.

A etiologia da psoríase é um assunto abrangente e sem um fator específico para o seu desenvolvimento, Celmo Celso Porto, médico cardiologista e professor, cita em seu livro *Semiologia Médica* que o tabagismo, exposição a luz ultravioleta, estresse psicológico e fatores genéticos e ambientais estão ligados ao aparecimento da psoríase, nos levando a estudar mais sobre como a psoríase funciona, segundo estudo publicada por Tiago Torres na revista *Port Cardiol*, células como linfócitos CD8 e CD4, células dendríticas, entre outras, ativam um processo inflamatório através da liberação de citocinas, que promovem a hiperproliferação de queratinócitos e alterações vasculares. Estudo realizado por Allegranti, Gon, Magaton-Rizzi e Aguglia nos mostra que a psoríase está altamente ligada ao estado emocional da pessoa, pacientes tendem a ter extrema dificuldade em verbalizar sentimentos.

De acordo com o médico dermatologista da sociedade brasileira (Ricardo Romiti) a psoríase é uma doença da pele parcialmente crônica e não infecciosa, na qual por tendência genética geram a presença de lesões avermelhadas com descamação na pele.

Ele acredita que o processo começa se desenvolver quando os Linfocitos T acatam as substâncias anti-inflamatórias que proporcionam a dilatação dos vasos sanguíneos apontando outras células do sistema de defesa como os neutrófilos.

Os sintomas podem variar conforme a apresentação da gravidade do paciente, mas podemos incluir manchas vermelhas com escamas secas esbranquiçadas ou prateadas, coceira, queimação e dor, entre outros.

Diante dos estudos feitos pelo próprio ministério da saúde realizados em maio de 2021, sabemos que há diversas maneiras para diagnosticar a psoríase, dentre elas, a mais específica fica para a biópsia, método usado apenas em casos mais complexos, que não podem ser conclusivos apenas através de um exame físico ou com uma simples avaliação médica, já que a psoríase se assemelha a diversas outras doenças de pele, exigindo assim, algo mais exato. Seus meios para tratamentos são muitos, porém, o que ditará o mais eficaz, será a gravidade, onde em casos mais leves da doença, podemos tratá-la com medicamentos tópicos contendo corticosteróides, com a função de inibir a inflamação e aliviar a coceira. Em casos mais graves, o uso de medicamentos sistêmicos pode ser feito, reagindo assim com proteínas específicas da psoríase, porém, sendo mais invasivo, acaba afetando todo sistema imunológico. Mesmo que ainda precise de mais tempo para entregar um resultado mais exato, os estudos feitos NIH, livraria nacional de medicina, publicada pelo PUB-MED, onde um antígeno em específico, conhecido como HLA-Cw6, exposto à fármacos TNF, fator de necrose tumoral, obtiveram um resultado ao tratamento extremamente satisfatório, relacionando o mesmo, diversos tipos de psoríase.

11. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que, sendo a psoríase uma doença crônica, comum e de não transmissibilidade, caracterizada por diferentes sintomas capazes de gerar desde placas avermelhadas, dando origem a psoríase em placas, como danos mais severos nas articulações, que chamamos de artrite psoriásica. Os principais meios para se chegar ao diagnóstico é através da biópsia, sendo ele o método mais específico, onde é retirado uma pequena amostra da região afetada e encaminhada ao laboratório para análise, além de outros menos específicos, como no próprio exame físico, onde o profissional da saúde inspeciona a pele do paciente em busca de características típicas da psoríase, como pele avermelhada e escamas, em regiões onde a aparição é mais comum, como nos cotovelos, joelhos e couro cabeludo. Os meios para seu tratamento são diversos, para aqueles mais leves, existem tratamentos tópicos, onde eles são aplicados diretamente sobre a pele, com a presença de corticosteróides, que auxiliam na redução da coceira e inflamação. A que é conhecida como terapia de luz, onde o paciente é exposto a luz ultravioleta, mas de maneira controlada, ajudando na redução dos sintomas da doença. Em alguns casos mais graves, é feito o uso de medicamentos sistêmicos, aqueles que afetam todo o corpo, com a função de suprimir especificamente a resposta imunológica da psoríase. Em alguns casos, onde não demandam tratamentos mais invasivos, pode-se optar por tratamentos mais convencionais, como

acupuntura, meditação e suplementação. A psoríase tem ligação com os danos psicológicos gerados pela doença, já que está diretamente relacionada ao estado emocional do paciente, onde se manifesta na maioria das vezes naqueles que possuem dificuldade em se expressar, que tem costume em propagandear sentimentos de raiva e hostilidade, podendo assim evoluir para uma psoríase.

REFERÊNCIAS

1. Psoríase [Internet]. SBD. Available from: <https://www.sbd.org.br/doencas/psoriase/>
2. Tsoi LC, Spain SL, Knight J, Ellinghaus E, Stuart PE, Capon F, et al. Identification of 15 new psoriasis susceptibility loci highlights the role of innate immunity. *Nature Genetics* [Internet]. 2012 Nov 11 [cited 2019 Aug 4];44(12):1341–8. Available from: <https://www.nature.com/articles/ng.2467>
3. Senado Federal. Não é contagiosa porque tem origem genética e hereditária [Internet]. Senado Federal. [cited 2024 Jun 5]. Available from: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/psoriase/nao-e-contagiosa-porque-tem-origem-genetica-e-hereditaria>
4. Porto CC. *Semiologia médica*. 6a. ed. Porto Alegre: Grupo Gen - Guanabara Koogan; 2000.
5. Das S. Psoríase [Internet]. *Manuais MSD edição para profissionais*. Manuais MSD; 2021. Available from: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbiol%3%B3gicos/psor%C3%ADase-e-doen%C3%A7as-descamativas/psor%C3%ADase>
6. Tipos de Psoríase [Internet]. Psoríase. Available from: <https://psoriasebrasil.org.br/tipos-de-psoriase/>
7. Das S. Psoríase [Internet]. *Manual MSD Versão Saúde para a Família*. Manuais MSD; 2023 [cited 2024 Jun 5]. Available from: https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbiol-da-pele/psor%C3%ADase-e-dist%C3%BArbiol-descamativos/psor%C3%ADase#Sintomas_v6685078_pt-
8. Torres T, Bettencourt N. Psoriasis: The visible killer. *Revista Portuguesa de Cardiologia* [Internet]. 2014 Feb 1;33(2):95–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870255114000031?via%3Dihub>
9. Silva K de S, Silva EAT da. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2007 Jun;24(2):257–66.
10. Dors J, Da Silva T, Müller M, Bonamigo R. Clinical, Epidemiological, Laboratory and Therapeutic Investigation 143 [Internet]. Available from: <https://www.scielo.br/j/abd/a/SP95YTWQJpcLdpSXY9MKRXr/?format=pdf&lang=en>
11. Romiti R, Magalhães RF, Duarte GV. Cumulative life course impairment in patients with dermatological diseases, with a focus on psoriasis. *Anais Brasileiros De Dermatologia* [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 13];99(2):269–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38135557/>.
12. Ministério da Saúde. PCDT da Psoríase [Internet]. Available from: https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/consultas/relatorios/2021/20210615_relatorio_psoriase_cp_52.pdf.
13. Portal Saúde Direta® - Protocolos [Internet]. [saudedireta.com.br](https://www.saudedireta.com.br). 2015 [cited 2024 Jun 5]. Available from: <https://www.saudedireta.com.br/protocolos.php?page=202>
14. Biópsia de pele: como é feita, tipos e quando é indicada [Internet]. *Tua Saúde*. Available from: <https://www.tuasaude.com/biopsia-de-pele/>
15. Schleicher SM. Psoriasis. *Clinics in Podiatric Medicine and Surgery*. 2016 Jul;33(3):355–66.

16. Conheça os tratamentos mais eficazes para Psoríase [Internet]. Tua Saúde. 2023 [cited 2024 Jun 5]. Available from: <https://www.tuasaude.com/tratamento-para-psoríase/>.
17. Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches. Psoriasis – New Insights Into Pathogenesis and Treatment (05.01.2009) [Internet]. Deutsches Ärzteblatt. [cited 2023 Feb 8]. Available from: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/62941>.
18. Reich K, Mrowietz U. Treatment goals in psoriasis. JDDG. 2007 Jul;5(7):566–74.
19. Sanchez APG. Imunopatogênese da psoríase. Anais Brasileiros de Dermatologia [Internet]. 2010 Oct 1 [cited 2022 Jun 9];85:747–9. Available from: <https://www.scielo.br/j/abd/a/jQKC3wrwd9LyY3dWSX44zjB/?lang=pt>.
20. Burlando M, Russo R, Clapasson A, Carmisciano L, Stecca A, Cozzani E, et al. The HLA-Cw6 Dilemma: Is It Really an Outcome Predictor in Psoriasis Patients under Biologic Therapy? A Monocentric Retrospective Analysis. Journal of Clinical Medicine. 2020 Sep 28;9(10):3140.