

## PSORÍASE E SUAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS

Elisangela Armelin<sup>1</sup>, Elizangela Fabri<sup>1</sup>, Camila Nascimento<sup>1</sup>, Bianca Luisa Machado<sup>1</sup>,  
Márcia Regina Terra<sup>2</sup>.

### RESUMO

O trabalho analisa estudos abordados cientificamente em relação à Psoríase, que é uma doença de pele crônica que atinge de 1 a 3% da população. A consequente diminuição da autoestima pode-se provocar alterações comportamentais e psicossociais, levando ao isolamento, obesidade, fumo e alcoolismo. Seu desenvolvimento geralmente é motivado por influências do meio, alguns medicamentos ou estresse. Caracteriza-se pelo surgimento de lesões róseas ou avermelhadas, recobertas de escamas secas e esbranquiçadas que aparecem, normalmente, no couro cabeludo, cotovelos e joelhos, podendo se espalhar por toda a pele, não sendo observado comprometimento de outros órgãos ou sistemas. Apesar de descrita desde 1801, a doença ainda é pouco conhecida pela população. Com tudo foram utilizados artigos científicos e textos obtidos em sites específicos sobre o tema. Atualmente sabe-se que é uma doença autoimune mediada por células T, decorrente de uma ativação anormal do sistema imunológico, caracterizada por uma diferenciação celular alterada e proliferação exacerbada da epiderme e dos queratinócitos. Sendo assim, seria importante que além do tratamento com os medicamentos disponíveis, fossem feitas intervenções mais abrangentes, que envolvam também as dimensões psíquica e social dos pacientes.

**Palavras-chave:** Psoríase, lesões róseas, células T.

### ABSTRACT

The work analyzes studies scientifically discussed in relation to psoriasis, which is a chronic skin disorder that affects 1 to 3% of the population. The consequent decrease in self-esteem can cause behavioral and psychosocial changes, leading to isolation, obesity, smoking and alcoholism. Its development is usually motivated by environmental influences, some medications or stress. It is characterized by the appearance of pink or red lesions, covered with dry, silvery white scale that usually appear on the scalp, elbows and knees, and can spread all over the skin, not being observed involvement of other organs or systems. Although described since 1801, the disease is still little known by the public. With all they have been used scientific articles and texts obtained at specific sites on the subject. Currently it is known that it is an autoimmune disease mediated by T cells, resulting in an abnormal activation of the immune system, characterized by altered cell differentiation and exacerbated proliferation of the epidermis and keratinocytes. Thus, it is important that in addition to treatment with available drugs, more comprehensive interventions were made, which also involve the psychological and social dimensions of patients.

**Key words:** Psoriasis, rosy lesions, T cells.

Discente do curso de Bacharel em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL. Docente dos cursos de Enfermagem e Fisioterapia do Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL.

## 1. INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença sistêmica inflamatória crônica, não contagiosa, recorrente, que afeta a pele e as articulações. Histologicamente apresenta hiperproliferação celular. Costuma ter apresentação clínica variável e uma progressão reincidente com início e curso dependente de fatores ambientais, comportamentais e genéticos (ARRUDA et al., 2000; KIRBY et al., 2001).

A qualidade de vida dos pacientes com psoríase sofre grande impacto quanto a aspectos psicossociais, atividades diárias, e nas relações sociais e interpessoais apesar da evolução benigna da doença (KRUEGER et al., 2000; DE ARRUDA et al., 2001).

Acomete cerca de 2% da população mundial. No Brasil, os dados disponíveis são do Censo Dermatológico da Sociedade Brasileira de Dermatologia: o diagnóstico de psoríase foi verificado em 1.349 de um total de 54.519 pessoas que consultaram dermatologistas em estabelecimentos públicos e privados, totalizando 2,5% dessa amostra. Pode ser incapacitante tanto pelas lesões cutâneas, fator que dificulta a inserção social, quanto pela presença da forma articular que configura a artrite psoriásica. Tem sido classificada como doença autoimune (CARVALHO, 2013)

Há uma série de particularidades associadas a psoríase, entre elas alcoolismo, depressão, obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial, síndrome plurimetabólica, colite e artrite reumatoide. Pacientes com psoríase extensa possui mais propensão em relação à medicamentos do que pacientes internados por outras causas. Estudos relatam aumento de mortalidade por doença cardiovascular em doentes de psoríase (CARVALHO, 2005).

Esses dados indiretos sugerem que não está limitada à pele e que, por ser uma doença crônica imunomediada, o aumento na morbimortalidade associado à psoríase possa ser explicado por um mecanismo inflamatório multissistêmico (CARVALHO, 2005).

A psoríase crônica em placas é a apresentação mais frequente (75%- 90%), sendo a descamação o principal sinal relatado (92%). Cerca de 80% dos casos são considerados leves a moderados e melhoram com tratamento tópico, que é eficaz e seguro; os casos considerados graves correspondem a 20%/30% e frequentemente

necessitam de terapêutica sistêmica (YUGE et al., 2005).

Os fatores desencadeantes podem ser o clima frio, infecções (estreptococo, HIV), estresse e fármacos (bloqueadores adrenérgicos, antimaláricos, lítio, inibidores da enzima conversora de angiotensina, sais de ouro, interferona alfa, corticosteroides sistêmicos e anti-inflamatórios não esteroides) (YUGE et al., 2005).

A predisposição genética é um fator relevante na psoríase. A herança é poligênica com risco de cerca de 10 vezes maior para familiares de primeiro grau.

A doença leva a aumento na morbidade, influenciando negativamente a qualidade de vida dos pacientes afetados (PIVETTA et al, 2015).

O objetivo deste trabalho foi fazer uma revisão bibliográfica para caracterizar melhor a doença e os tratamentos atuais da Psoríase, devido à importância e escassez de conhecimento sobre a doença.

## **2. METODOLOGIA**

O presente estudo de revisão sistemática abordou artigos científicos com recorte temporal de 2008 e 2016 publicados em inglês e português, por intermédio de bancos de dados eletrônicos tais como PubMed, Medline, LILACS, Google Acadêmico e biblioteca eletrônica SciELO. Como descritores foi utilizado, “psoríase”, “sinais e sintomas”, “diagnóstico” e “tratamento”, bem como seus respectivos correspondentes na língua inglesa.

## **3. DESENVOLVIMENTO**

### **3.1 HISTÓRICO**

O primeiro relato histórico da psoríase se deve a Celsus (25 a.C.-45 d.C.). Hipócrates (460-375 a.C.) descreveu lesões de aspecto semelhante à psoríase que classificou como "erupções escamosas", denominando-as *lopoi* (de *lepo*, descamar). Foi Galeno (133-200 d. C.) quem cunhou a palavra psoríase (do grego *psora* que significa prurido). No entanto, o acometimento palpebral associado a outras lesões psoriasiformes, bem como a presença de descamação e prurido nessa descrição original de Galeno, sugerem a hipótese de que seu relato se referia, na verdade, ao eczema

seborreico (ROMITI, 2009).

Até o final do século XVIII, psoríase e hanseníase eram classificadas em conjunto e os doentes acometidos eram tratados com o mesmo preconceito e marginalização por parte da sociedade. Coube a Willan, no início do século XIX, a caracterização criteriosa e precisa da psoríase, bem como a descrição de suas diferentes variantes clínicas. Somente em 1841, a psoríase foi definitivamente separada da hanseníase por Ferdinand von Hebra (ROMITI, 2009).

### 3.2 FISIOPATOLOGIA

A psoríase é uma doença da pele comum caracterizada pela formação de foco de inflamação placas levantadas, que constantemente eliminado escalas derivadas de crescimento excessivo de células epiteliais da pele representados na Figura 1 (SILVA et al., 2007).

A doença é definida por uma série de alterações celulares ligados na pele: a hiperplasia de queratinócitos epidérmicos, hiperplasia vascular e ectasia, e a infiltração de linfócitos T, neutrófilos, e outros tipos de leucócitos na pele afetada (LIMA, 2011).

Em um período relativamente curto, psoríase vulgar tem sido conceituada como uma doença autoimune de linfócitos T mediada e novas terapias biológicas que têm como alvo as células T acabou de entrar prática clínica de rotina. Da mesma forma, um rápido progresso tem sido feito para dissecar as vias celulares e moleculares da inflamação que contribuem para a patogênese da doença (ROMITI, 2009).



**Figura 1:** psoríase.

**Fonte:** Science Photo Library, 2016.

A vasodilatação de microcirculação de derme: dá-se a característica avermelhada

à placa. A Leucocitose retira células de defesas intravasculares para a área externa. Liberam as células de defesa (ROMITI, 2009).

### 3.4 TIPOS DE PSORÍASE E SEUS SINTOMAS

#### 3.4.1 Psoríase em placa

Esta é a forma mais comum, afetando cerca de 80% das pessoas com psoríase. Ela pode aparecer em qualquer lugar, mas é encontrada principalmente nos cotovelos, joelhos, costas e couro cabeludo (CARVALHO, 2005).



**Figura 1:** psoríase em placa.  
**Fonte:** Science Photo Library, 2016.

Os sintomas incluem placas elevadas, vermelhas cobertas por escamas brancas prateadas que caem regularmente (Figura 2).

#### 3.4.2 PSORÍASE DO COURO CABELUDO

Afetando entre 50% e 80% das pessoas com psoríase, a condição em si é, na verdade, a mesma que a psoríase em placa. Psoríase do couro cabeludo varia de muito leve (discreta, descamação fina) a muito grave. Como podemos observar na Figura 3



apresenta placas grossas encrostadas cobrindo todo o couro cabeludo e se estende para além da linha do cabelo para a testa, a parte de trás do pescoço e ao redor das orelhas (PIVETTA et al., 2015).

### 3.4.3 Psoríase gutata

Esse tipo afeta cerca de 10% das pessoas com psoríase, a maioria crianças ou adolescentes e aparece como pequenos pontos vermelhos escamosos que se parecem com gotas de água vermelha borrifadas pelo corpo como podemos observar na Figura 4 (PIVETTA et al., 2015).

**Figura 3:** psoríase do couro cabeludo.

**Fonte:** Science Photo Library, 2016.



**Figura 4:** psoríase em Gutata.

**Fonte:** Science Photo Library, 2016.

Se desencadeada por uma infecção na garganta por estreptococos. Os casos leves podem desaparecer sem tratamento. O tratamento tópico é o tratamento preferido, mas a fototerapia também pode ser eficaz. A medicação oral ou injeções são usadas apenas em casos graves. A psoríase Gutata pode evoluir para psoríase do tipo placa, que é a forma mais comum de psoríase (ROMITI, 2009).

### 3.4.4 Psoríase pustulosa

Menos de 5% das pessoas com psoríase são afetadas por psoríase Pustulosa. Ela pode aparecer como uma complicação à psoríase em placa, como um resultado da administração de determinados medicamentos, ou como um resultado da interrupção abrupta do tratamento que tem sido usado de forma contínua durante um longo período

de tempo (YUGE et al., 2005).

As placas na psoríase pustulosa são caracterizadas por pústulas, inchaços elevados cheios de pus, tendo as mãos e os pés os mais afetados (Figura 5). A psoríase pustulosa também não é contagiosa.



**Figura 5:** psoríase pustulosa.

**Fonte:** Science Photo Library, 2016.

#### 3.4.5 Psoríase flexural ou inversa

Menos comum, geralmente ocorre nas axilas, virilha, sob os seios e em outras dobras da pele ao redor dos órgãos genitais e nádegas. Afigura-se como vermelho brilhante, manchas lisas em torno das dobras da pele e, nas suas extremidades, pode provocar rachadura na pele (Figura 6). Ela pode ser agravada pelo suor e ao esfregar a pele devido à sua localização (ROMITI, 2009).



**Figura 6:** psoríase flexural ou inversa.

**Fonte:** Science Photo Library, 2016.

#### 3.4.6 Artrite psoriásica

Cerca de 30% das pessoas com psoríase também desenvolvem artrite psoriásica. Os sintomas da artrite psoriásica incluem dor, rigidez e inchaço em torno das articulações (Figura 7). É mais provável de se desenvolver em pessoas entre 30 a 50 anos de idade. Ambos, os genes e os fatores ambientais, podem desempenhar um papel no surgimento da doença. A artrite psoriásica é tratada da mesma forma como a artrite reumatoide (LIMA, 2011).



**Figura 7:** artrite psoriásica nas mãos.  
**Fonte:** Science Photo Library, 2016.  
3.4. / psoríase eritrodérmica

Ocorre apenas raramente. Ela pode cobrir o corpo com manchas vermelhas escamosas (Figura 8). Esta é uma das formas mais graves de psoríase e pode ser fatal porque a barreira de proteção de grandes áreas da pele é comprometida.

Concentra-se em doenças da pele, unhas e cabelo (ROMITI, 2009).



**Figura 8:** psoríase eritrodérmica .  
**Fonte:** Science Photo Library, 2016.



### 3.5 SINAIS E SINTOMAS

A Psoríase requer um diagnóstico médico. O sintoma mais comum é uma erupção cutânea, mas a mesma também pode ocorrer nas unhas ou juntas. As pessoas podem ter: dor local (articulações ou costas); na pele (erupções, descascamento, espessura, ferroadas, irritação, manchas, pequena saliência, secura ou vermelhidão) e nas articulações (rigidez ou sensibilidade). Também é comum: lesão, coceira, corrosão das unhas, dedo em salsicha, depressão, entesite (inflamação/ligamento dos ossos), fadiga, onicólise (desprendimento das unhas) ou placa (ROMITI, 2009).

### 3.6 TRATAMENTO

Os tratamentos consistem em cuidados com a pele, visando remover as escamas e impedir que as células da pele cresçam tão rapidamente. Para tanto deve-se consultar um dermatologista. Pomadas tópicas, terapias leves e medicamentos representados no Quadro 1 podem oferecer alívio dos sintomas (SILVA et al., 2007):

**Quadro 1:** medicamentos utilizados para o tratamento da Psoríase.

<b>MEDICAÇÃO</b>	<b>FUNÇÃO</b>
<b>Esteróide</b>	simula efeitos hormonais, muitas vezes para reduzir a inflamação ou aumentar o crescimento e a reparação tecidual
<b>Vitamina</b>	ajuda a promover as funções, o crescimento e o desenvolvimento normais do corpo
<b>Anti-inflamatório</b>	impede ou combate o inchaço (inflamação) nas articulações e nos tecidos
<b>Imunossupressor</b>	reduz a resposta imunológica

**Fonte:** Silva et al., 2007.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir com o presente estudo de revisão bibliográfica que psoríase em suas diversas formas é uma doença que possui grande impacto no bem-estar do indivíduo, afetando a saúde física e causando suas mais diferentes complicações, bem

como na saúde psicossocial, pois causa constrangimento ao indivíduo, dificultando sua inter-relação com a sociedade.

Publicações recentes têm sugerido que o tratamento adequado é benéfico em termos de sobrevida e mortalidade devido às desordens sistêmicas associadas à psoríase.

Nossos resultados confirmam essa alta incidência significativa de comorbidades em pacientes com psoríase quando comparado aos controles com outras dermatoses. Tais achados reforçam a importância de orientação de hábitos de vida saudáveis aos pacientes com psoríase com vistas à melhora de seu prognóstico e expectativa de vida.

## **BIBLIOGRAFIA**

ARRUDA, LHF. et al. **An. bras. dermatol**, v. 76, n. 2, p. 141-167, 2001.

CARVALHO, MHC (ed). I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 84, supl. 1, p. 3-28.

DE ARRUDA, LHF. et al. The impact of psoriasis on quality of life. **British Journal of Dermatology**, v. 144, n. s58, p. 33-36, 2001.

KIRBY, B. et al. Psoriasis: the future. **British Journal of Dermatology**, v. 144, n. s58, p. 37-43, 2001.

KRUEGER, GG. et al. Two considerations for patients with psoriasis and their clinicians:: What defines mild, moderate, and severe psoriasis? What constitutes a clinically significant improvement when treating psoriasis?. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 43, n. 2, p. 281-285, 2000.

LIMA, EA. Et al. Imunopatogênese da psoríase: revisando conceitos. **An. bras. dermatol**, v. 86, n. 6, p. 1151-1158, 2011.

PIVETTA, HMF. Os efeitos da radiação ultravioleta nas lesões cutâneas de mulheres portadoras de psoríase. **Fisioterapia Brasil**, v. 16, n. 4, 2016.

ROMITI, R et al. Psoriasis in childhood and adolescence. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 84, n. 1, p. 09-20, 2009.

SILVA, KS, et al. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. **Estud. psicol.(Campinas)**, v. 24, n. 2, p. 257-266, 2007.

YUGE, S. et al. Departamento de medicina cutânea e interna. **An Bras Dermatol**, v. 80, n. Supl 2, p. S77-188, 2005.