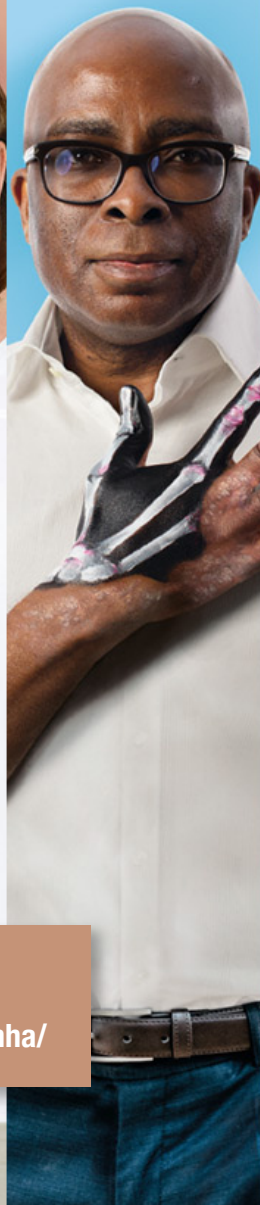


# PSORIÁSE É MAIS DO QUE PELE



CONHEÇA MAIS EM

<https://www.umapeleparaavida.pt/maisdoquepele/campanha/>

## PERGUNTAS E RESPOSTAS DOENÇA PSORIÁTICA

---

# “TENHO PSORÍASE, E AGORA?...”

## 1. O que é a psoríase?

A psoríase é uma doença inflamatória crónica, que envolve essencialmente a pele (mas não só), em que ocorre uma ativação inadequada do sistema imunológico que resulta num crescimento anormal de células da epiderme (camada mais superficial da pele).<sup>1,2</sup> A psoríase está associada a fatores genéticos e ambientais como, por exemplo, certas infeções, stress, obesidade e alguns medicamentos, que resultam na ativação do sistema imunológico. Nesta ativação, estão envolvidas várias células do sistema imunológico, que vão induzir um ambiente inflamatório crónico, não só a nível da pele, mas igualmente sistémico, afetando de forma global o organismo.<sup>3</sup>

## 2. Quais são os sinais e sintomas associados à psoríase?

A psoríase caracteriza-se por lesões espessas, de diferentes formas e bem delimitadas, coberta por descamação esbranquiçada e seca, que afetam sobretudo os cotovelos, joelhos, região lombar, couro cabeludo e unhas. Em muitos casos existe igualmente comichão, que pode ser intensa. Menos frequente é a sensação de ardência ou mesmo dor, no entanto pode ocorrer em alguns casos.<sup>3,4</sup>

## 3. Psoríase e eczema são a mesma doença?

Não. Ambas as doenças envolvem um quadro inflamatório e geralmente comichão. No entanto, não são a mesma doença e são desencadeadas por fatores diferentes. Os eczemas podem ter várias causas. O eczema atópico é uma das formas mais frequentes e é caracterizado por manchas na pele que provocam comichão e que tendem a aparecer nas dobras dos joelhos e cotovelos. O eczema atópico aparece predominantemente nas crianças, podendo ocorrer também na idade adulta. Existem ainda outras formas de eczema, como por exemplo os eczemas de contacto que ocorrem após exposição da pele a produtos irritativos ou alérgicos.<sup>5</sup>

## 4. Além do eczema, que outros tipos de doenças podem ser confundidas com psoríase?

O diagnóstico da doença psoriática deve ser sempre feito pelo dermatologista, baseado na observação das lesões. Em alguns casos poderá ser necessária a confirmação com biópsia (remoção de pele para análise). Existem doenças que podem ser confundidas com a doença psoriática. Destacam-se outras doenças inflamatórias como o lúpus, a dermatite seborreica (conhecida por “caspa”), cancro da pele ou algumas infeções como as infeções fúngicas.<sup>3,4,6</sup>

## 5. Em que zonas do corpo pode surgir a psoríase?

A distribuição das lesões é habitualmente simétrica (ambos os lados do corpo), localizando-se preferencialmente na região extensora dos membros, particularmente aos joelhos e cotovelos. Outros locais tipicamente afetados são a região lombar, o umbigo e as nádegas. Existem ainda outras localizações como o couro cabeludo, unhas, mãos e face que estão associadas a um maior impacto na qualidade de vida por serem zonas muito visíveis.<sup>3,7</sup>

## 6. As lesões de psoríase podem desaparecer naturalmente ou devem ser removidas?

Apesar de raro, existem casos de resolução espontânea das lesões de psoríase. Na maioria dos casos é necessário tratamento, seja ele tópico ou sistémico (oral ou injetável). Deve ser evitada a manipulação ou traumatismo das lesões pelo risco de agravamento.

## 7. Porque aparece a psoríase?

A psoríase pode ser desencadeada ou agravada por vários fatores. Os principais fatores ambientais que podem contribuir para as crises de doença psoriática, incluem certas infeções bacterianas ou virais (amigdalites, otites, por exemplo), certos medicamentos, traumatismo local, obesidade, tabaco, álcool e stress.<sup>3</sup> No que diz respeito às infeções, podem ocorrer episódios de agravamento da doença psoriática 2 a 3 semanas após uma infeção do trato respiratório superior, sobretudo em crianças.<sup>8</sup> Pode também existir agravamento da doença psoriática por medicamentos, uma vez que existem fármacos que interferem na resposta imunológica.<sup>9,10</sup> O consumo de álcool e tabaco parece estar também associado a doença psoriática.<sup>11-13</sup> O traumatismo da pele pode originar uma lesão psoriática (Fenómeno de Koebner). Este fenómeno ocorre em cerca de 25% dos doentes.<sup>14</sup> Por fim, a obesidade, e mesmo o excesso de peso, aumenta o risco de aparecimento da doença psoriática ou do seu agravamento.<sup>3</sup>

## A PSORÍASE ALÉM DA PELE...

### 8. Existe relação entre psoríase e artrite psoriática?

Sim. A artrite psoriática é uma das manifestações associada à doença psoriática, e pode desenvolver-se em cerca de 30% dos doentes com esta patologia. De facto, por vezes as pessoas não associam estas patologias de forma direta, pelo que não valorizam eventuais queixas articulares e não se queixam ao seu dermatologista. O subdiagnóstico da artrite psoriática é real, estimando-se que, nos doentes com psoríase diagnosticada possa haver um atraso de dez anos no diagnóstico da doença articular.<sup>15,16</sup> Este cenário aumenta o risco de dano irreversível,<sup>17</sup> que pode ser evitado através de uma maior sensibilização dos doentes para este tipo de manifestações da doença psoriática.<sup>15,16</sup>

### 9. Quais são os sinais e sintomas associados à artrite psoriática?

As manifestações clínicas de artrite psoriática são muito variadas e podem envolver diversos tecidos, incluindo osso, cartilagem, tecidos moles, tendões e enteses (que são os locais nos quais tendões se inserem nos ossos). A pele e unhas estão afetadas na maioria dos doentes com artrite psoriática.<sup>18,19</sup> Os doentes com artrite psoriática podem queixar-se de dor e rigidez nas articulações afetadas, principalmente após o despertar. Cerca de metade dos doentes sente uma rigidez matinal prolongada (geralmente superior a uma hora). Esta rigidez articular é acentuada com a imobilidade prolongada (como o dormir durante a noite) e alivia com atividade física. No exame físico pode ocorrer dor à palpação articular e inchaço das articulações afetadas, sendo que a distribuição das queixas pode ser assimétrica.<sup>18</sup>

### 10. O que são comorbilidades?

Por ser uma doença inflamatória crónica e sistémica, as formas mais graves de doença psoriática estão associadas a inflamação geral que pode afetar diferentes órgãos, e consequentemente originar outras doenças associadas. Essas doenças associadas denominam-se comorbilidades.

### 11. Quais são as comorbilidades associadas à doença psoriática?

Ao longo dos últimos anos, a investigação científica permitiu esclarecer que o espectro da doença psoriática inclui várias comorbilidades como as doenças cardiovasculares e metabólicas (hipertensão, diabetes), doença inflamatória intestinal (como a doença de Crohn), ou perturbações psiquiátricas (como depressão e a ansiedade). Estas doenças concomitantes têm um impacto significativo na qualidade de vida, e esperança média de vida dos doentes, pelo que é importante encarar o tratamento destes doentes de uma forma completa.

## 12. Qual é o impacto que a doença psoriática pode ter no bem-estar físico e psicológico?

Qualquer doença crónica de pele pode potencialmente impactar de forma significativa o bem-estar e a auto-estima do doente. A psoríase em particular, pela natureza das suas lesões cutâneas que incluem placas, pápulas e pústulas, lesões essas que são frequentemente ásperas e descamativas, pode desencadear incompreensão e até repulsa por terceiros. Paralelamente, estas manifestações podem ocorrer em regiões da pele de grande relevância como é o caso da face, couro cabeludo ou área genital, ou podem tornar-se limitativas no dia-a-dia, como é o caso da psoríase palmoplantar, que afeta a palma das mãos e a planta dos pés.<sup>20</sup> Se adicionarmos a estes fatores a dor, o prurido (comichão) e o facto de ser uma doença crónica, imprevisível e sem cura,<sup>21-24</sup> maior será a importância do esclarecimento e acompanhamento psicológico nestas circunstâncias. Por outro lado, a artrite psoriática pode acarretar limitações funcionais por lesão das estruturas articulares (comprometendo a mobilidade, por exemplo) ou causando dor diária, com um impacto óbvio no bem-estar geral dos indivíduos.<sup>25</sup> Tanto a doença psoriática como a artrite psoriática podem assim limitar a liberdade do doente, impossibilitando-o de viver uma vida social, profissional, sexual ou familiar como alguém que não sofre destes problemas. Importa sublinhar que o impacto de cada um destes fatores é variável de pessoa para pessoa, pelo que discutir com o seu médico a forma como estas doenças limitam a sua vida é fundamental. Cada caso é um caso, e o acompanhamento deve ser individualizado e adequado a cada doente.

## O MEU DIA-A-DIA

### 13. Tenho doença psoriática. Posso apanhar sol?

Sim. A recomendação de exposição solar natural tem sido utilizada como tratamento da doença psoriática, devido ao efeito terapêutico potencial, relacionado com mecanismos de imunorregulação. Adicionalmente, a vitamina D produzida pela pele após exposição solar tem demonstrado o seu contributo na regulação imunológica.<sup>26</sup> No entanto, é preciso ter em conta a necessidade de proteção solar da pele sem doença psoriática, no sentido de evitar os malefícios associados à exposição solar.

### 14. Porque é que a doença psoriática piora no inverno?

O inverno ou períodos de temperatura mais baixos pode causar crises de doença psoriática devido à menor exposição solar, bem como o aumento de outras doenças mais frequentes no inverno como infeções respiratórias.<sup>27</sup>

### 15. A doença psoriática é contagiosa?

Não, a doença psoriática não é uma doença contagiosa.

### 16. Que tipo de medidas não farmacológicas podem ajudar num doente com doença psoriática?

As principais medidas não farmacológicas que o doente deve adotar, são aquelas associadas a um estilo de vida mais saudável, como a perda de peso em excesso, atividade física, dieta saudável, deixar de fumar e não consumir álcool em excesso. Todas estas medidas podem melhorar a doença psoriática além da saúde global do doente.

### 17. A alimentação tem alguma influência na evolução da doença psoriática?

Não é necessário evitar nenhum alimento na doença psoriática. A alimentação deve ser variada e saudável. Existem alguns estudos associando a alimentação hipercalórica (muitas vezes presente na fast-food) a agravamento da doença psoriática, essencialmente quando associada a excesso de peso.<sup>3,4</sup>

## 18. O tabaco e o álcool podem piorar a doença psoriática?

Sim. Existem vários estudos que demonstram uma maior prevalência de doença psoriática em fumadores ou ex-fumadores e relacionam a intensidade e duração do consumo de tabaco com um risco mais elevado de desenvolver doença psoriática.<sup>11-12</sup> Adicionalmente, o álcool pode afetar a doença psoriática através de vários mecanismos, como aumento da suscetibilidade a infeções, estimulação da resposta inflamatória.<sup>13</sup>

## 19. Posso fazer exercício físico?

Sim. A atividade física é benéfica na doença psoriática. No caso de ter artrite psoriática a atividade física é benéfica no alívio da rigidez articular.<sup>4</sup>

# GERIR A DOENÇA...

## 20. A doença psoriática tem cura?

A doença psoriática não tem cura. No entanto pode ser controlada nas suas várias formas, permitindo manter um estilo de vida muito próximo do normal. Não existindo ainda uma cura para a doença, os principais objetivos do tratamento passam por diminuir a sua atividade e controlar a longo prazo os seus sinais e sintomas, devolvendo assim a qualidade de vida perdida pela doença e permitindo uma atividade profissional, social e familiar equivalente à da população em geral. Tratando-se de uma doença com envolvimento sistémico, associada a várias comorbilidades, a abordagem do doente com doença psoriática deve ser global, tratando não só a componente cutânea, mas também as doenças associadas, através de uma abordagem que deve ser multidisciplinar sempre que necessário.<sup>28</sup>

## 21. Quais são as especialidades que tratam esta patologia (doença psoriática)?

A doença psoriática é uma doença com manifestações primariamente na pele. Tal como qualquer doença de pele, o médico especialista mais capacitado para o diagnóstico e tratamento é o dermatologista. A possibilidade de manifestações em vários órgãos e sistemas pode fazer com que uma abordagem em equipa seja preferencial, podendo o dermatologista solicitar observação por outras especialidades. Existem hospitais com colaboração estreita entre dermatologistas, reumatologistas, internistas, cardiologistas, gastroenterologistas e oftalmologistas, sendo cada caso avaliado de forma individual.

## 22. Que tipo de tratamentos existem para a minha doença?

Os tratamentos atualmente disponíveis são variados e dependem das características e evolução da doença psoriática, bem como de variados fatores da saúde geral de cada doente. Na escolha do tratamento podem pesar fatores como a localização, extensão e gravidade das lesões da pele, respetivo impacto na qualidade de vida, presença de artrite psoriática, ou de outras comorbilidades associadas. Outros fatores como o próprio impacto da medicação a ser feita, tratamentos prévios, expectativas do doente, entre outros, também podem afetar a escolha terapêutica. Por esta razão, a decisão terapêutica deve ser feita caso a caso.<sup>29,30</sup>

**As várias abordagens terapêuticas incluem:**<sup>29,31</sup>

- terapêuticas tópicas (cremes/loções)
- fototerapia (radiação UV)
- terapêutica sistémica convencional (oral)
- terapêutica sistémica biológica (injetável)

Nas formas ligeiras e localizadas, as terapêuticas tópicas (aplicação direta na pele) são geralmente eficazes e oferecem satisfação ao doente com um bom perfil risco-benefício.<sup>29,30,32</sup> Nos casos mais graves, mais resistentes ou em localizações difíceis de tratar e de grande impacto para o doente (ex.: couro cabeludo, face, unhas e genitais), a fototerapia e as terapêuticas sistémicas convencionais e biológicas permitem o controlo da doença na grande maioria dos doentes.<sup>29-31</sup> É importante referir, que qualquer que seja a terapêutica escolhida, existem sempre potenciais efeitos adversos que não devem ser desconsiderados.<sup>29-31</sup>

Os tratamentos sistémicos convencionais compreendem fármacos que são eficazes numa parte significativa das situações. A sua prescrição está dependente de uma correta avaliação de cada doente, com vista a otimizar a sua tolerabilidade, evitar interações medicamentosas e toxicidade.<sup>28-30</sup> O surgimento dos medicamentos biológicos, alternativa terapêutica mais recente e com elevados níveis de eficácia, desprovidos de toxicidade cumulativa e específica de órgão (como é o caso da toxicidade resultante da terapêutica convencional a longo prazo com impacto nos rins e fígado nomeadamente), permitem tratar os doentes de forma segura no longo prazo.<sup>29-31</sup>

### **23. O que é a terapêutica biológica e que vantagens e desvantagens pode ter?**

Os medicamentos biológicos são terapêuticas distintas das sistémicas tradicionais (que afetam o sistema imunitário de forma mais abrangente) pois são fármacos dirigidos “partes específicas do sistema imunitário”, que estão envolvidas na inflamação persistente da doença psoriática. Os medicamentos biológicos usados na doença psoriática (doença psoriática a artrite psoriática) bloqueiam a ação inflamatória de células específicas ou de proteínas inflamatórias produzidas por estas células.<sup>33</sup>

Os medicamentos biológicos são terapêuticas injetáveis, que na grande maioria dos casos podem ser feitas de forma autónoma em casa ou com ajuda de um cuidador, depois de uma primeira administração acompanhada por um profissional de saúde. Estes fármacos caracterizam-se também por estar exaustivamente estudados quer em âmbito de ensaio clínico quer em âmbito de vida real, demonstrando um perfil de segurança estável e facilmente monitorizável. Antes da iniciação da terapêutica biológica existem alguns procedimentos que têm de ser feitos, nomeadamente o rastreio de tuberculose e outras doenças infecciosas.

### **24. Em que fase da doença deve ser prescrita a terapêutica biológica?**

É fundamental que a escolha do tratamento seja fundamentado na melhor abordagem nesse momento, ou tratamento exclusivamente tópico, ou fototerapia/tratamento sistémico/biológico. Não é linear a indicação “uma fase” quando os medicamentos biológicos devem ser prescritos; cada doente deve ser avaliado na sua individualidade para a melhor decisão terapêutica.

São ponderados fatores clínicos como, por exemplo, a extensão da doença psoriática, que áreas de pele estão envolvidas, existe ou não artrite psoriática, utilização prévia de tratamentos tópicos eficazes, medicações e doenças concomitantes e existência de doenças na família. Como doença crónica que é, os tratamentos podem variar ao longo da vida do doente e das diferentes fases da vida - como por exemplo, gravidez ou menopausa. A relação entre o doente e o dermatologista deve ser de confiança e estável ao longo do tempo, adequando o tratamento a cada momento da vida da pessoa.

É importante consultar o médico dermatologista e perceber se a terapêutica biológica é, de facto, a mais adequada, e quais as vantagens ou desvantagens face a outros tratamentos, tendo em conta as necessidades de cada doente.

# REFERÊNCIAS

1. Lebwohl M. Psoriasis. *Ann Intern Med.* 2018;168(7):ITC49;
2. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. *Lancet.* 2015 Sep 5;386(9997):983-94;
3. Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, Leffell D. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* 8th Edition. New York: McGraw-Hill; 2011;
4. Bologna J, Jorizzo JLS, V. J. *Dermatology.* Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012;
5. <https://www.nhs.uk/conditions/atopic-eczema/>;
6. Blakely K, Gooderham M. Management of scalp psoriasis : current perspectives. 2016:33-40;
7. Griffiths CEMC, Barker JNNWN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet.* 2007;370(9583):263-271;
8. Morar N, Willis-Owen SA, Maurer T, Bunker CB. HIV-associated psoriasis: pathogenesis, clinical features, and management. *Lancet Infect Dis.* 2010;10(7):470-478;
9. Berth-Jones J. Psoriasis. *Medicine (Baltimore).* 2013;41(6):334-340;
10. Puig-Sanz L. Psoriasis, a systemic disease? *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98(6):396-402;
11. Armstrong AW, Harskamp CT, Dhillon JS, Armstrong EJ. Psoriasis and smoking: A systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol.* 2014;170(2):304-314;
12. Li W, Han J, Choi HK, Qureshi AA. Smoking and risk of incident psoriasis among women and men in the United States: A combined analysis. *Am J Epidemiol.* 2012;175(5):402-413;
13. Svanström C et al. Psoriasis and alcohol. *Psoriasis (Auckl).* 2019; 9: 75–79;
14. Yong-Zhi J et al. Koebner phenomenon leading to the formation of new psoriatic lesions: evidences and mechanisms. *Biosci Rep.* 2019 Dec 20; 39(12): BSR20193266;
15. Mease PJ, et al. *J. Am Acad Dermatol* 2013; 69:729;
16. Gladman DD, et al. *Ann Rheum Dis* 2005; 64 Suppl 2: ii14;
17. Eder L, et al. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011; 63:619;
18. Anandarajah AP, Ritchlin CT. The diagnosis and treatment of early psoriatic arthritis. *Nat Rev Rheumatol.* 2009;5(11):634-641;
19. de Jong EM, Seegers BA, Gulinck MK, Boezeman JB, van de Kerkhof PC. Psoriasis of the nails associated with disability in a large number of patients: Results of a recent interview with 1,728 patients. *Dermatology.* 1996;193(4):300-303;
20. Sojević Timotijević Z, Janković S, Trajković G, et al. Identification of psoriatic patients at risk of high quality of life impairment. *J Dermatol.* 2013;40(10):797-804;
21. Russo PAJ, Ilchef R, Cooper A. Psychiatric morbidity in psoriasis: A review. *Australas J Dermatol.* 2004;45(3):155-9; quiz 160-1;
22. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41(3):401-407;
23. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol.* 2001;137(3):280-284;
24. Augustin M, Kruger K, Radtke MA, Schwippel I, Reich K. Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: A multicenter cross-sectional study in Germany. *Dermatology.* 2008;216(4):366-372;
25. Gudu T, Gossec L. Quality of life in psoriatic arthritis. *Expert Rev Clin Immunol.* 2018 May;14(5):405-417. doi: 10.1080/17446666X.2018.1468252. Epub 2018 Apr 30. PMID: 29681202;
26. E. Søyland et al. Immunological changes in sun-exposed patients with psoriasis. *Br J Dermatol.* 2011 Feb;164(2):344-55;
27. <https://www.psoriasis.org/causes/>;
28. Takeshita J, Grewal S, Langan SM, et al. Psoriasis and comorbid diseases: Implications for management. *J Am Acad Dermatol.* 2017;76(3):393-403;
29. Greb JE, Goldminz AM, Elder JT, et al. Psoriasis. *Nat Rev Dis Prim.* 2016;2:16082;
30. Armstrong AW, Gordon KB, Menter MA, Wu JJ. The Evolving Landscape of Psoriasis Treatment. *Semin Cutan Med Surg.* 2018;37(2S):S39-S43;
31. Chiricozzi A, Pimpinelli N, Ricceri F, et al. Treatment of psoriasis with topical agents: Recommendations from a Tuscany Consensus. *Dermatol Ther.* 2017;30(6);
32. Boehncke WH. Etiology and Pathogenesis of Psoriasis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2015;41(4):665-675;
33. <https://www.psoriasis.org/biologics/>;
34. Maya Debbaneh, BA, et al. Diet and Psoriasis: Part I. Impact of Weight Loss Interventions. *J Am Acad Dermatol.* 2014 Jul; 71(1): 133–140.

As afirmações não referenciadas são baseadas na experiência clínica e opinião de médicos especialistas dermatologistas Pedro Mendes Bastos e Tiago Torres.