

O retrato da psoríase: uma doença para além da pele

A psoríase era considerada no passado uma doença inflamatória que atingia a pele e as articulações, em cerca de 10 a 30% dos doentes. As articulações eram o único órgão extra-cutâneo que se pensava estar envolvido. Atualmente, a psoríase é reconhecida como uma doença inflamatória sistémica, recorrente, imunomediada, que para além da pele e das articulações, pode afetar outros órgãos como o olho (na forma de uveíte), o sistema nervoso central (maior prevalência de ansiedade e depressão), o intestino (doença inflamatória intestinal), e o sistema cardiovascular (maior risco de enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença arterial periférica).

Sabemos hoje que a incidência de fatores de risco cardiovasculares (como a obesidade, a diabetes mellitus, a hipertensão, dislipidemia e o s. metabólico) está aumentada nestes doentes, principalmente nas formas de psoríase moderadas a graves. Toda esta inflamação sistémica que se estende muito para além da pele, contribui para um agravamento e antecipação do processo natural de aterosclerose.

A psoríase afeta cerca de 2% da população mundial, variando entre 1.5 e 1.9% na população portuguesa. Pode surgir em qualquer idade, sem preferência de género, sendo rara antes dos 10 anos de idade. A idade de início das lesões cutâneas é cerca dos 15-30 anos e o atingimento articular, em média surge 10 a 20 anos mais tarde. Felizmente, 2/3 dos casos são de gravidade ligeira. A causa exata continua desconhecida, mas pensa-se que resulte da combinação de três fatores principais: genes de susceptibilidade (HLA e não-HLA), estímulos ambientais (*stress*, fármacos como os B-bloqueadores, lítio, corticoterapia sistémica, AINE's...) e mecanismos imunológicos (aumento de várias citocinas inflamatórias: TNF- α , IL-6, IL-17, IL-20, IL-22, IL-23).

A psoríase pode atingir a pele, as unhas (40%) e as mucosas. Existem diversas variantes clínicas, de acordo com a morfologia e a localização das lesões: em grandes placas ou vulgar, que corresponde a 90% dos casos (carateriza-se por placas eritematosas, bem delimitadas, cobertas por escama branca, micácea, aderente, localizadas ao couro cabeludo, cotovelos, joelhos, prega internadegueira, pavilhões auriculares, umbigo e unhas), gutata (em forma de gotas), palmo-plantar, das pregas ou inversa (axilas, infra-mamária, virilhas, genitais), ungueal (espessamento, picotado,

e coloração amarelada). As formas menos frequentes, mas mais graves são a eritrodérmica e a pustulosa.

Na prática clínica diária, as etapas mais importantes na avaliação do doente são:

- Reconhecer a doença cutânea;
- Excluir doença articular (dor e edema das articulações das mãos / pés (artrite periférica), dedos em salsicha (dactilite), rigidez matinal, lombalgia de caráter inflamatório matinal (artrite axial), dor plantar ao caminhar (entesite);
- Identificar fatores de risco / comorbilidades associadas;
- Avaliar o impacto da doença no quotidiano do doente, no meio familiar, laboral e social (elevados níveis de ansiedade e depressão quase sempre presentes nestes doentes); e
- Por último, tratar o doente.

O tratamento é escalado de acordo com a gravidade e inclui desde tópicos (corticoterapia, imunomoduladores, derivados da vitamina D, queratolíticos), fototerapia (UVA e UVB), acitretina, ciclosporina, metotrexato e agentes biotecnológicos. Nos últimos anos, estes últimos, direcionados para a correção seletiva das alterações imunológicas, têm-se mostrado muito eficazes no controlo da doença e com bons perfis de segurança (risco de infeções e neoplasias), na psoríase moderada a grave.

Artigo de Opinião assinado por Dra. Natividade Rocha, Assistente Graduada de Dermatologia no CHVNGaia/Espinho e Centro de Dermatologia Epidermis, ICUF, Porto.