

O PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM PSORÍASE EM UM HOSPITAL ESCOLA

THE CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH PSORIASIS IN A SCHOOL HOSPITAL

LANA BEZERRA FERNANDES¹, WALDEMAR NAVES DO AMARAL²

RESUMO

Introdução: A psoríase é uma das doenças inflamatórias dermatológicas mais comuns, com uma prevalência estimada de 2 a 3%. Esta doença tem um caráter crônico, com manifestações envolvendo a pele, as unhas e as articulações. Objetivo: Determinar o perfil clínico dos pacientes com psoríase (Pso) e artrite psoriática (APso) atendidos em ambulatório de psoríase em hospital escola. Métodos: Estudo tipo caso controle realizado no período de dezembro de 2015 a dezembro de 2016. Foi realizado em 144 pacientes com Pso e/ou APso e 24 controles saudáveis. Resultados e Conclusão: O estudo incluiu 144 pacientes com Pso e/ou APso. No grupo caso a idade média foi de 50,13 anos, IMC de 28,14; duração da doença de 16 anos; PASI médio de 5,34; PEST de 2 e DLQI de 4,39. Do total 90,3% dos pacientes apresentaram Pso cutânea; 39,8% APso já diagnosticada e 77,8% com sinais de entesite ao US. O perfil clínico dos pacientes com Pso e/ou APso subclínica e clínica foram mulheres, com sobrepeso, de idade média de 50,13 anos, com duração da doença superior a 15 anos, com doença controlada e tratada com medicamentos tópicos e metotrexate, com fator reumatoide negativo, com quadro clínico de psoríase cutânea e 39,8% tinham o diagnóstico de artrite psoriática.

DESCRITORES: PSORÍASE, PERFIL CLÍNICO, DERMATOLOGIA.

ABSTRACT

Introduction: Psoriasis is one of the most common dermatological inflammatory diseases, with an estimated prevalence of 2 to 3%. This disease has a chronic character with manifestations, involving the skin, nails and joints. Objective: To determine the clinical profile of patients with psoriasis (Pso) and psoriatic arthritis (PSO) treated at a psoriasis outpatient clinic in a school hospital. Methods: A case control study conducted in the period from December 2015 to December 2016. It was performed in 144 patients with Pso and / or APso and 24 healthy controls. Results and Conclusions: The study included 144 patients with Pso and / or APso. In the case group the mean age was 50.13 years, BMI of 28.14; duration of illness of 16 years; Mean PASI of 5.34; PEST ratio of 2 and DLQI of 4.39. Of the total 90.3% of the patients presented cutaneous Pso; 39.8% APso already diagnosed and 77.8% with signs of enthesitis to the US. The clinical profile of patients with Pso and / or subclinical and clinical APso were overweight, with a mean age of 50.13 years, with a disease duration of more than 15 years, with controlled disease and treated with topical and methotrexate, with negative rheumatoid factor, with a clinical picture of cutaneous psoriasis and 39.8% had a diagnosis of psoriatic arthritis.

KEYWORDS: PSORIASIS, CLINICAL PROFILE, DERMATOLOGY.

INTRODUÇÃO

A psoríase é uma das doenças inflamatórias dermatológicas mais comuns, com uma prevalência estimada de 2 a 3%. Esta doença tem um caráter crônico e é determinada por uma resposta imune anormal, da qual resultam diversas manifestações, envolvendo predominantemente a pele, as unhas e as articulações^{1,2}.

Apesar de sua etiologia desconhecida, sabe-se que a predisposição genética, juntamente com fatores ambientais, influencia tanto na ocorrência quanto na severidade da psoríase^{1,3}.

Nos casos com artrite, esta é precedida pela doença da pele em 75% dos casos. Em 15% ela é posterior, e em 10% o quadro cutâneo e articular são simultâneos. Em geral, o envolvimento cutâneo aparece por volta dos 15–35 anos

1 - Médica Dermatologista; Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.
2 - Professor Livre-Docente Doutor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

de idade, enquanto o quadro articular usualmente aparece duas décadas após. No entanto, a APso é bastante polimórfica, podendo ocorrer em qualquer faixa etária, adultos e crianças, apesar do pico de incidência ser por volta dos 40 e 50 anos de idade, com frequência semelhante em ambos sexos, não obstante a forma espondilítica afetar três a cinco vezes mais homens^{3,4}.

Ao contrário do que se considerava anteriormente, a artrite psoriática (APso) não é somente uma forma leve de artrite, mas pode levar a alterações crônicas nas articulações com perda de função, diminuição da qualidade de vida e aumento da mortalidade. Cerca de 20% dos casos de APso apresentam uma forma severa e debilitante da doença^{1,5}.

Em alguns pacientes observa-se um aumento da prevalência de doença cardiovascular, que está entre as causas de morte mais comuns assim como dos seus fatores de risco e doenças respiratórias^{1,2}. Os potenciais contribuidores para a doença cardiovascular prematura incluem aterogênese induzida pelo estado inflamatório e síndrome metabólica, com os seus componentes que inclui dislipidemia, obesidade, hipertensão e resistência à insulina^{1,6}. Existe aumento do risco de mortalidade que está relacionado com doença ativa e a sua gravidade. O risco de morte prematura relaciona-se com doença ativa e severa, presença de erosões, a dose de medicação e uma taxa velocidade de sedimentação (VHS) elevada quando é feito o diagnóstico. Severidade da APso na altura de apresentação da doença é um preditor de mortalidade^{1,3,7}.

Portanto é provável haver relação entre a psoríase, alterações metabólicas e artrite com maior morbimortalidade e hospitalização dos pacientes afetados, realçando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar na condução do paciente com psoríase, no que se refere, principalmente, ao risco de acometimento articular. Este estudo clínico realizado e de mais outros estudos prospectivos que estão por vir, permitirão melhor conhecimento das relações de causa e efeito da psoríase na qualidade de vida e sua melhor condução.

MÉTODOS

Foram avaliados 144 pacientes com psoríase, incluindo-se homens e mulheres com idade entre 18 e 76 anos, durante o ano de 2016. Essa pesquisa caracterizou-se como uma análise estatística descritiva e prospectiva, com delineamento transversal. A entrevista baseou-se em um protocolo composto por perguntas simples e de fácil compreensão, contendo uma parte inicial com perguntas relacionadas ao paciente e pesquisa ao prontuário acerca dos aspectos relativos a fatores associados com a doença em estudo e exame clínico detalhado.

Os pacientes foram submetidos à avaliação dermatológica e ultrassonográfica no Ambulatório de Dermatologia, na qual

foram analisados segundo os critérios ultrassonográficos de MASEI (Madrid Sonographic Enthesis Index) que combina estudo da escala de cinza e achados ao power Doppler de membros inferiores (tendões: quadricipital, patelar proximal e distal, calcâneo, fásia plantar) e membro superior (tendão tricipital); e aspectos da apresentação clínica da psoríase, tais como tempo de doença, forma, extensão e localizações das lesões e ferramentas de classificação. A pesquisa foi aprovada no Comitê de ética em pesquisa sob o número CAAE: 89054418800005078.

RESULTADOS

O estudo incluiu 144 pacientes portadores de psoríase e/ou artrite psoriática (83 mulheres e 61 homens) e a idade variou de 18 anos a 76 anos (média 50,13 anos; DP: 13,62 anos), IMC de 28,14 (43,05% apresentavam sobrepeso), PASI médio foi de 5,34 (sendo que apenas 13,19% tinham PASI \geq 10, considerado doença grave). PEST apresentou média de 2, sendo que 36,11% apresentaram valor $>$ ou igual a 3.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes portadores de psoríase e artrite psoriática nos grupos caso e controle segundo as características clínico-diagnósticas, atendidos no Ambulatório de psoríase no período de dezembro de 2015 a dezembro de 2016.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	CASO (N = 144)	CONTROLE (N=24)	P
Idade (média/ DP) anos	50,13 (13,62)	46,17 (14,30)	0,192
Sexo (n/%)			0,451
Homens	61 (42,4)	10 (41,7)	
Mulheres	83 (57,6)	29,0 (68)	
IMC (média/DP)	28,14 (5,44)	27,44 (6,77)	0,574
25 a <30 (n/%)	62 (43,05)	10 (41,66)	
>30 (n/%)	23 (15,97)	3 (12,5)	
PASI (média/DP)	5,34 (6,03)	N/A	N/A
<10 (n/ %)	125 (86,81)		
\geq 10 (n/ %)	19 (13,19)		
PEST (média/DP)	2,21 (1,66)	N/A	N/A
\geq 3 (n/ %)	52 (36,11)		
DLQI (média/DP)	4,39 (5,16)	N/A	N/A
\geq 10 (n/ %)	22 (15,27)		
CASPAR(média/DP)	4,31 (1,05)	N/A	N/A
\geq 3 (n/%)	120 (83,33)		
Duração dos Sintomas (média/DP)	16,67 (12,29)	N/A	N/A

Teste: t student (IMC- Índice de Massa Corpórea; PASI- Índice de Gravidade da Psoríase por Área; PEST- Ferramenta de triagem de epidemiologia da psoríase; DLQI-Índice Dermatológico de Qualidade de Vida; CASPAR- Critérios de classificação para artrite psoriática; N/A- não aplicado; DP: desvio padrão).

O DLQI médio foi de 4,39 (sendo que apenas 15,27% apresentaram $DLQI >$ ou igual a 10, sendo considerado nestes valores doença grave com uma perda importante na qualidade de vida). Uma pontuação CASPAR de 3 ou mais indica elevado risco de APso com sensibilidade de 92% e especificidade de 78%. E o CASPAR médio foi de 4,31 (sendo que 83,33% tinham valores com ao menos três desses elementos: psoríase atual, história de psoríase ou história familiar de psoríase, dactilite, formação óssea justa-articular (mãos e pés), FR negativo e distrofia psoriática ungueal. A duração média da doença foi de 16 anos, maioria apresentava um quadro de psoríase/artrite de longa evolução.

As características clínicas do grupo caso e grupo controle quanto a idade e ao IMC foram semelhantes ($p > 0,005$). Todos os pacientes em estudo não estavam tomando anti-inflamatórios não-esteroidais e corticoides nas últimas 48 horas e não apresentaram traumas prévios nos locais examinados.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes portadores de psoríase e artrite psoriática nos grupos caso e controle segundo número e percentagem das características clínicas, atendidos no Ambulatório de psoríase no período de dezembro de 2015 a dezembro de 2016.

CARACTERÍSTICA	CASO (N = 144)	CONTROLE (N=24)	P
FR*	6 (4,2)	— (0,0)	0,319
Artrite psoriática	56 (39,8)	— (0,0)	< 0,001
Entesite**	112 (77,8)	8 (35,4)	< 0,001
Psoríase cutânea	130 (90,3)	— (0,0)	< 0,001
Psoríase ungueal***	94 (65,3)	— (0,0)	< 0,001

Teste: Qui Quadrado (*FR: Fator Reumatoide, **entesite: inflamação de êntese vista ao ultrassom, ***Sinais clínicos visíveis de alterações ungueais em algum dos 20 dedos de mãos e pés).

A grande maioria (95,8%) dos pacientes do grupo caso apresentaram FR negativos; 90,3% do grupo caso tinha quadro clínico de psoríase cutânea, podendo ser um quadro leve a grave; 39,8% tinham o diagnóstico de artrite psoriática realizado pela equipe de reumatologia, mas 77,8% destes pacientes apresentaram ao exame ultrassonográfico sinais de entesite, segundo critérios de MASEI e 65,3% com sinais clínicos de psoríase ungueal, tais como pittings, onicólise, hiperqueratose ungueal...) em qualquer uma das unhas dos 20 dedos de mãos e pés direito e esquerdo. No grupo controle; 35,4% dos 24 pacientes apresentaram algum tipo de entesopatia nas estruturas avaliadas ao US, seja no espessamento, presença de algum tipo de calcificação até na presença vascularização ao ultrassom (Tabela 2).

Dos 144 pacientes no estudo, 100 deles (69,4%) apresentaram tratamento com tópicos (hidratantes, corticoides, calcipotriol), seguido por metotrexate, 58 pacientes (40,3%); acitretina, 11 pacientes (7,6%); fototerapia Narrow Band UVB, 6 pacientes (4,2%) e por último ciclosporina, 2 pacientes (1,4%) (Gráfico 1).

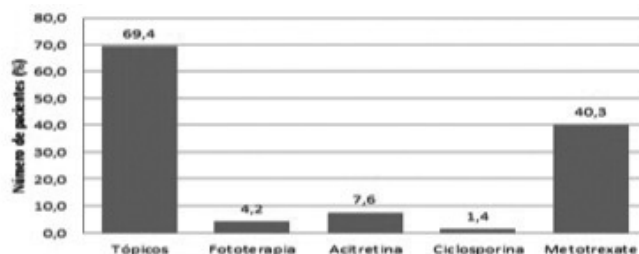


Gráfico 1: Distribuição dos pacientes do grupo caso portadores de psoríase e artrite psoriática de acordo com tipo de tratamento adotado no momento do estudo, atendidos no Ambulatório de psoríase no período de dezembro de 2015 a dezembro de 2016.

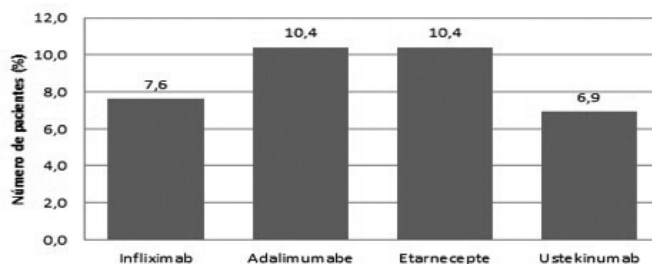


Gráfico 2: Distribuição dos pacientes do grupo caso portadores de psoríase e artrite psoriática de acordo com tipo de tratamento biológico adotado no momento do estudo, atendidos no Ambulatório de psoríase no período de dezembro de 2015 a dezembro de 2016.

Dos 144 pacientes avaliados, tivemos 51 (35,41%) pacientes com os seguintes tratamentos biológicos: 15 casos com Adalimumabe (10,4%), 15 casos com Etanercepte (10,4%), 11 casos com Infliximabe (7,6%) e 10 casos com Ustekinumabe (Gráfico 2).

DISCUSSÃO

No Brasil, segundo dados da Sociedade Brasileira de Dermatologia, a psoríase se manifesta em cerca de 2,5% da população geral³. Sabe-se ainda que fatores culturais, sociodemográficos e ambientais podem ter impacto na incidência ou no curso clínico da doença². Na casuística estudada, 57,8% dos pacientes eram mulheres, sendo que a média de idade foi de 50,13 anos. Essa maior prevalência no sexo feminino, principalmente em faixa etária acima dos 50 anos, já foi observada em outros estudos⁸. Entretanto, não há diferenças morfológicas comprovadas na ocorrência desta dermatose entre os sexos⁹.

A adiposidade e o ganho de peso vêm sendo associados ao maior risco de psoríase e à maior gravidade do quadro instalado¹⁶. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade afeta 35% da população. O Ministério da Saúde divulgou uma pesquisa que revela que quase metade da população brasileira está acima do peso. Segundo o estudo, 42,7% da população estava acima do peso no ano de 2006. Em 2011, esse número passou para 48,5%¹⁰. E os dados apresentados no nosso estudo foram que; 43,05% apresentaram

sobrepeso e 15,97% obesidade, sendo que no total quase 60% da população do estudo estavam acima do peso.

A grande maioria dos casos de obesidade envolve, do ponto de vista genético, herança poligênica. Os genes da leptina e da pró-opiomelanocortina (POMC) são considerados dois dos mais importantes¹¹. Em resumo, a obesidade poderia participar no desencadeamento da psoríase, baseado no estado pró-inflamatório que provoca, ou poderia ser consequência da psoríase, decorrente de desregulações metabólicas, induzidas pelo estado pró-inflamatório, somado ao prejuízo na qualidade de vida e hábitos alimentares do portador desta doença¹².

O questionário PEST (Psoriatic Epidemiology Screening Tool) contém cinco perguntas sobre dor articular e a imagem de um manequim para os pacientes indicarem as áreas de dor, cuja pontuação de 3 ou mais indica elevado risco de APso com sensibilidade de 92% e especificidade de 78%⁶. No nosso estudo o PEST médio foi de 2,21. O PASI (Psoriasis Area and Severity Index) utiliza parâmetros clínicos, tais quais: a intensidade do eritema, a infiltração e a descamação presentes nas lesões, e os parâmetros de área corporal acometida. A maioria das publicações define o PASI igual ou superior a 10 como critério para rotular de moderado a grave o quadro clínico da psoríase³. Nosso PASI médio foi de 5,34. E o DLQI (Dermatology Life Quality Index) é um questionário relacionado às experiências vivenciadas pelo paciente, na semana precedente, os escores podem se situar entre os valores de 0 a 30, e escores maiores de 10 traduzem maior grau de incapacidade. O DLQI é um questionário autoaplicável, para doenças dermatológicas quanto maior o valor, maior é a repercussão de ordem psicológica, social, escolar ou profissional da enfermidade no paciente, portanto, maior o grau de comprometimento de sua qualidade de vida³. O DLQI médio do estudo foi de 4,39.

Portanto tais ferramentas permitiram observar uma população portadora de psoríase crônica controlada e em tratamento, pouco sintomática do ponto de vista cutâneo e articular e com possível adaptação do paciente a sua enfermidade e limitado acesso às atividades sócio-culturais desta população, o que reproduziu um DLQI baixo com pouca repercussão em sua qualidade de vida.

E CASPAR (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis) é uma ferramenta de classificação de doença inflamatória articular que incluem características dermatológicas, clínicas e radiológicas e exibem sensibilidade de 0,96 e especificidade de 0,97⁶. E o CASPAR do nosso estudo foi de 4,31, mostrando que a maioria da população apresenta sinais de artrite psoriática, apesar de estarem sob controle clínico.

O significado da duração da doença dermatológica no risco de desenvolvimento de APso não está completamente definido. Sugere-se que quanto mais tempo um paciente tem

psoríase, mais provável é o surgimento da APso, pois acreditam-se tratar de duas entidades distintas que compartilham bases genéticas e fatores ambientais³. A duração média da doença foi de 16,67 anos, o que poderia justificar a presença majoritária de sinais de entesite e artrite na população em estudo.

A artrite psoriática foi clinicamente diagnosticada em nosso estudo em 39,8% dos pacientes, embora variável de acordo com o país e raça, acredita-se que entre 5% a 40% das pessoas que têm psoríase venham a desenvolver APso¹³. A entesite diagnosticada pela ultrassonografia (US) foi vista em 77,8% destes pacientes e 35,4% dos 24 pacientes controle apresentaram algum tipo de entesopatia nas estruturas avaliadas, uma possível explicação seria relacionada a fatores mecânicos e anatômicos locais segundo os estudos^{14,15}.

Achados anormais ao US com pelo menos uma entesite foram observados em 98% dos pacientes portadores de APso e 52% no grupo controle, segundo estudos de D'Agostino e colaboradores⁷. No nosso estudo dos 144 pacientes avaliados, 38% apresentaram quadro de entesite subclínica ao US. Dados semelhantes no estudo De Filippis e col.¹⁶, em que encontraram anormalidades nas ênteses em 33% dos pacientes com Pso, nenhuma delas com qualquer repercussão clínica.

A psoríase ungueal foi vista em 65,3% dos pacientes. Embora considerada parte do sistema tegumentar, de fato, a unha está funcionalmente integrada a êntese. A presença de lesões ungueais são preditores para futuro desenvolvimento de APso¹⁷.

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico dos pacientes portadores de psoríase e/ou artrite psoriática subclínica e clínica são mulheres, com sobrepeso, de idade média de 50,13 anos, apresentando duração da doença superior a 15 anos, com doença controlada e tratada com medicamentos tópicos e metotrexate, a grande maioria dos pacientes apresentaram fator reumatoide negativo, com quadro de psoríase cutânea controlada e 39,8% tinha o diagnóstico de artrite psoriática e com pequena perda da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, Van Voorhees AS, Leonardi CL, Gordon KB, Lebwohl M, Koo JY, Elmets CA, Korman NJ, Beutner KR, Bhushan R. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. *J Am Dermatol*, 2009;60(4): 643-59.
2. Lima XT, Minnillo R, Spencer JM, Kimball AB. Psoriasis prevalence among the 2009. AAD National Melanoma/Skin Cancer Screening Program participants. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2013;27(6):680-5.
3. Consenso Brasileiro de Psoríase. Sociedade Brasileira de Dermatologia. 1 ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2012.
4. Coates LC, Anderson RR, Fitzgerald O, Gottlieb AB, Kelly SG, Lubrano E, McGonagle DG, Olivieri I, Ritchlin CT, Tan AL, De Vlam K, Helliwell PS. Clues to the pathogenesis of psoriasis and psoriatic arthritis from imaging: a literature review. *J Rheumatol*, 2008;35(7):1438-42.
5. Gladman DD. Psoriatic arthritis. *Dermatol Ther*, 2009;22(1):40-55.

6. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H; CASPAR Study Group. CASPAR Study Group. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.*, 2007;56(1):699-700.
7. D'Agostino MA. Ultrasound imaging in spondyloarthropathies. *Best Pract Res Clin Rheumatol.*, 2010;24(5):693-700.
8. Geldand JM, Stern RS, Nijsten T, Feldman SR, Thomas J, Kist J, Rolstad T, Margolis DJ. The prevalence of psoriasis in africanamericans: results from a population-based study. *J Am Acad Dermatol.*, 2005;52(1): 23-6.
9. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. *Clin Dermatol.*, 2007;25(1): 535-46.
10. Vigil Brasil 2011, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
11. Yosipovitch G, DeVore A, Dawn A. Obesity and the skin: Skin physiology and skin manifestations of obesity. *J Am Acad Dermatol.*, 2007;56(1): 901-16.
12. Gisondi P, Tessari G, Conti A, Piaserico S, Schianchi S, Peserico A, Giannetti A, Girolomoni G. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital-based case-control study. *Br J Dermatol.*, 2007;157(1):68-73.
13. Sampaio-Barros PD, Azevedo VF, Bonfiglioli R, Campos WR, Carneiro SCS, Carvalho MAP, Gonçalves CR, Hilário MO, Keiserman MW, Leite NH, Mallmann K, Meirelles ES, Vieira WP, Ximenes AC. Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: Outras Espondiloartropatias Diagnóstico e Tratamento – Primeira Revisão. *Rev Bras Reumatol.*, 2007;47(4):243-50.
14. Gutierrez M, Filippucci E, De Angelis R, Filosa G, Kane D, Grassi W. A sonographic spectrum of psoriatic arthritis: "the five targets". *Clin Rheumatol.*, 2010;29(1):133-42.
15. Gisondi P, Tinazzi I, El-Dalati G, Gallo M, Biasi D, Barbara LM, Girolomoni G. Lower limb enthesopathy in patients with psoriasis without clinical signs of arthropathy: a hospital-based case-control study. *Ann Rheum Dis.*, 2011;67(1):26–30.
16. Filippis LG, Caliri A, LoGullo R, Bartolone S, Miceli G, Cannavò SP, Borgia F, Basile G, Aloisi G, Zimbaro G, Scribano E, Bagnato GF. Ultrasonography in the early diagnosis of psoriasis-associated enthesopathy. *Int J Tissue React.*, 2005;27(1):159-62.
17. Ash ZR, Tinazzi I, Gallego CC, Kwok C, Wilson C, Goodfield M, Gisondi P, Tan AL, Marzo-Ortega H, Emery P, Wakefield RJ, McGonagle DG, Aydin SZ. Psoriasis patients with nail disease have a greater magnitude of underlying systemic subclinical enthesopathy than those with normal nails. *Ann Rheum Dis.*, 2012;71(4): 553-6.