

MAURÍCIO AMBONI CONTI

**PERFIL CLÍNICO DOS
PACIENTES COM PSORÍASE**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão no Curso
de Graduação em Medicina.**

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

1999

MAURÍCIO AMBONI CONTI

**PERFIL CLÍNICO DOS
PACIENTES COM PSORÍASE**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão no Curso
de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado do Curso: Prof. Edson José Cardoso

Orientador: Prof. Roberto Moreira Amorim

Co-orientador: Prof. José Hermênio Cavalcante Lima Filho

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

1999

Conti, Mauricio Amboni

Perfil Clínico dos Pacientes com Psoríase / Mauricio Amboni Conti. -
Florianópolis, 1999.

33p

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em Medicina.

Título em inglês: Clinical Profile of Patients with Psoriasis.

1. Psoríase 2. Dermatopatias

AGRADECIMENTOS

- ◇ Aos meus pais, MAURÍCIO e LENIRA, à irmã, LUCIANA, pelos valores de uma vida cercada de amor;
- ◇ Ao meu Orientador Prof. ROBERTO MOREIRA AMORIM, por possibilitar minha iniciação dermatológica;
- ◇ Ao meu Co-orientador Prof. JOSÉ HERMÊNIO CAVALCANTE LIMA FILHO, pela confiança atribuída;
- ◇ Ao Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, em especial os Residentes, pela disposição em ensinar;
- ◇ Ao Acadêmico MARCOS CLÁUDIO RADTKE, pelo incentivo à construção de um banco de dados informatizado;
- ◇ Ao amigo DANIEL PHILIPPI DE NEGREIROS, pelo exemplo do dia-a-dia;
- ◇ À RENATA BARROS SOUTO MAIOR BAIÃO pela companhia, carinho e revisão constante.

**“Somos saudáveis, apesar
de repugnantes ao amor.
Perspicazes, embora odiemos
olhar para nós próprios.
O nome dessa doença,
espiritualmente falando,
é Humilhação.”**

JOHN UPDIKE

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVO.....	3
3. MÉTODO.....	4
4. RESULTADOS.....	9
5. DISCUSSÃO.....	20
6. CONCLUSÕES.....	28
7. REFERÊNCIAS.....	29
RESUMO.....	32
SUMMARY.....	33

1. INTRODUÇÃO

A psoríase, doença que afeta 1% a 2% da população geral¹, pode se manifestar na pele, nas unhas, no couro cabeludo e nas articulações. Na pele, se caracteriza por lesões eritemato-escamosas, com tamanho variado, restritas às topografias usuais como cotovelo, joelho e couro cabeludo, ou acometendo o tegumento de forma difusa¹⁻³.

O prurido (“psora”, no idioma grego³) é parte apenas eventual desta doença que é uma das mais comuns afecções dermatológicas¹.

A causa da psoríase permanece desconhecida³, mas sua predisposição é sabidamente genética^{3, 4}, de herança multifatorial e ligada a vários genes, muitos destes relativos aos Antígenos Leucocitários de Histocompatibilidade (HLA)⁵. Nos pacientes psoriáticos* encontra-se uma frequência maior do que a esperada de alguns antígenos do HLA, embora a ocorrência individual de cada um destes não seja obrigatória. Pesquisas recentes sugerem que diferentes associações de antígenos HLA estariam relacionadas, pelo menos em parte, a tipos clínicos específicos da doença, assim como seriam preditores da forma de evolução³.

Além da predisposição genética, diversos fatores ambientais já foram descritos como desencadeadores ou agravadores de lesão psoriática, entre eles infecções por *Streptococcus* β -hemolíticos⁵, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana^{5, 6}, estresse, drogas^{1, 6} como lítio, bloqueadores beta-adrenérgicos, antimaláricos, antiinflamatórios não-hormonais⁷, interferon- α e corticoesteróides, este último grupo por ocasião da interrupção do seu uso.

* Psoriático: (*adj.*) Relativo à psoríase, psoriaco. (Fortes H, Pacheco G. Dicionário Médico. Rio de Janeiro: Mello FM; 1968.)

Trauma, geralmente físico, também é um importante mecanismo desencadeador de lesão psoriática numa região de pele onde antes não havia, caracterizando o fenômeno isomórfico de Koebner^{3, 2, 1}.

Trata-se de uma doença que tende à cronicidade, alternando períodos de remissão e de exacerbação. O diagnóstico geralmente é feito sem dificuldades, entretanto, existem algumas superposições clínicas que exigem um diagnóstico diferencial mais elaborado⁶; com destaque para a dermatite seborrêica, dermatofitoses, eczemas crônicos, farmacodermias, e no caso da Psoríase Eritrodérmica também os pênfigos, Pitiríase Rubra Pilar e Mícase Fungóide.

Registros antigos de uma doença de pele compatível com a psoríase dos dias atuais são parte do *Corpus Hippocraticum*, obra atribuída à Hipócrates (460-377 A.C.) editada na Alexandria antiga³. É citada por Galeno no século II, Willan e Hebra no século XIX. Progressivamente, a experiência e conhecimentos médicos evoluíram, havendo diversas classificações clínicas propostas atualmente^{3, 1, 2, 4, 8, 6}.

Dessa forma, considerando a importância de conhecer com clareza as características clínicas destes pacientes, para que sirva de subsídio a novas pesquisas, ensino e outras ações que promovam a qualidade de vida, decidiu-se fazer esta pesquisa.

2. OBJETIVO

Conhecer as principais características clínicas dos pacientes com psoríase atendidos pelo Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

3. MÉTODO

3.1 – Delineamento

O presente estudo foi classificado em descritivo, retrospectivo, e transversal.

3.2 – Casuística

A amostra foi constituída por 142 pacientes atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

3.3 – Critérios de elegibilidade

Todo paciente com o diagnóstico clínico de psoríase atendido durante o período de Fevereiro à Dezembro de 1998, foi considerado potencialmente elegível para este estudo.

3.4 – Coleta de dados

Os dados do presente estudo foram coletados através do Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (SAME-HU) durante o período de janeiro à julho de 1999.

3.4.1 – Levantamento dos pacientes com o diagnóstico clínico de psoríase

A partir do banco de dados do Serviço de Dermatologia sobre a atividade Ambulatorial durante o ano de 1998, criado quando da digitação das agendas de consultas, foram selecionados os números de prontuários dos pacientes que tiveram o diagnóstico de psoríase listado no campo respectivo, sem distinção de procedência, sexo ou ocorrência de consultas prévias.

3.4.2 – Criação do banco de dados

De posse da lista dos números de prontuários, totalizando um número de cento e quarenta e dois (142), estes foram consultados no SAME-HU, onde foram preenchidas individualmente as Fichas de Cadastro do estudo⁹, construídas como um formulário eletrônico utilizando o aplicativo Microsoft Access 97 ®. Nas consultas realizadas aos prontuários serviram de fonte todos os registros médicos encontrados, sem restrição de especialidade, de modo que dados relativos ao histórico de saúde como um todo puderam compor subsídio à pesquisa.

Foram verificadas as seguintes variáveis: dados de identificação (idade, sexo, raça, profissão, procedência); dados de exame clínico-dermatológico (tempo de doença, ocorrência de recidivas, ocorrência de pródromos, presença de prurido, presença de dores articulares, presença lesões ungueais, tratamentos anteriores, classificação clínica da psoríase, subtipo no caso de Psoríase Vulgar, distribuição das lesões¹⁰⁻¹²); dados de exame clínico geral (comorbidades, uso crônico de medicações, uso de medicações nas últimas três semanas, antecedentes familiares de psoríase, transfusão de sangue no último ano); dados

sobre o tratamento estabelecido (agentes de uso tópico e posologia, agentes de uso sistêmico e posologia, realização de actinoterapia, tipo de actinoterapia escolhido); dados sobre exames laboratoriais e complementares (inclusive biópsia e exame anátomo-patológico); dados de acompanhamento clínico (solicitação de retorno, suspensão de terapia anterior, introdução de nova terapia).

Adotou-se a Classificação Clínica de Psoríase segundo Fitzpatrick³ para o registro desta variável. (Quadro I)

QUADRO I: Classificação Clínica da Psoríase.	
Não-pustulosa:	Pustulosa:
<p>Psoríase Vulgar*</p> <p>Psoríase Eritrodérmica</p> <p>Psoríase Artropática</p>	<p>Psoríase Pustulosa Palmo-Plantar</p> <p>Psoríase Pustulosa Anular</p> <p>Psoríase Pustulosa Generalizada**</p>

Fonte: Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K. Distúrbios da Cinética e da Diferenciação Celulares. In: Dermatologia - Atlas e Texto. 3th / ed. Santiago: McGraw-Hill Interamericana de Chile; 1998. p. 76-102.

* ver Quadro II

** von Zumbusch

Ainda segundo Fitzpatrick³, a Psoríase Vulgar foi discriminada em seus subtipos. (Quadro II)

QUADRO II: Classificação dos Subtipos de Psoríase Vulgar.

Psoríase Vulgar de cotovelos, joelhos e placas isoladas

Psoríase Vulgar de couro cabeludo

Psoríase Vulgar Gutata

Psoríase Vulgar Invertida

Psoríase Vulgar de palmas e plantas

Psoríase Vulgar de tronco

Psoríase Vulgar Ungueal

Fonte: Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K. Distúrbios da Cinética e da Diferenciação Celulares. In: Dermatologia - Atlas e Texto. 3th / ed. Santiago: McGraw-Hill Interamericana de Chile; 1998. p. 76-102.

A variável Raça incluiu as raças branca, negra e amarela.

Nas ocasiões em que os prontuários não continham as informações necessárias para o registro de determinadas variáveis, estas foram ditas “sem registro” (s.r.).

3.5 – Análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados com o auxílio dos aplicativos Microsoft Excel 97 ® e Microsoft Access 97 ®, através dos quais realizaram-se consultas ao banco de dados, as quais permitiram a descrição dos resultados na forma de texto, tabelas e gráficos.

As variáveis categóricas foram expressas por sua frequência (número e percentual).

A variável Idade subsidiou a estratificação dos pacientes por faixas etárias, a qual foi feita segundo a divisão por décadas.

A variável Tempo de Doença, associada à variável Idade, permitiu calcular a faixa etária quando do início da doença.

3.6 – Informações Complementares

Mesmo considerando a confiabilidade dos dados obtidos, uma vez que o diagnóstico é descrito pelo próprio médico, devemos atentar para os seguintes aspectos, relacionados à origem dos dados :

- a) O Serviço de Dermatologia e também o Hospital Universitário são centro de referência para a todo o estado de Santa Catarina: atendem pacientes oriundos de vários municípios, vindos ou não de outras instituições de saúde. Disso decorre que o universo dos pacientes atendidos não corresponde, a rigor, a uma amostragem populacional.
- b) Limita-se, portanto, a analisar o universo dos pacientes atendidos neste Serviço, sabendo de antemão que os resultados apresentados não podem ser extrapolados para Santa Catarina, ou mesmo para Florianópolis ou Região Metropolitana.

4. RESULTADOS

Dos 142 prontuários estudados, 62 pacientes (43,7 % do total) eram do sexo masculino e 80 (56,3 % do total, do sexo feminino). A idade dos pacientes estudados variou entre 07 e 92 anos. A idade média verificada foi de 40,2 anos (média de 44,4 anos entre os homens e 36,9 entre as mulheres).

TABELA I: Distribuição dos pacientes em faixas etárias com intervalos de 10 anos, à época da coleta dos dados.

Faixa etária	Número (n)	Percentual (%)
0 † 10	2	1,4
10 † 20	15	10,6
20 † 30	24	16,9
30 † 40	31	21,8
40 † 50	31	21,8
50 † 60	15	10,6
60 † 70	16	11,3
70 † 80	7	4,9
80 † 90	-	-
90 † 100	1	0,7
Total	142	100

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicada ao conjunto de prontuários dos pacientes psoriáticos atendidos durante o ano de 1998 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Observou-se que 127 (89%) pacientes eram brancos, 7 (5%) negros e em 8 (6%) prontuários não havia registro de raça.

TABELA II: Distribuição dos pacientes segundo a procedência.

Cidade	Número (n)	Percentual (%)
Florianópolis	60	42,3
Outras cidades da Grande Florianópolis*	61	43,0
Imbituba	3	2,1
Balneário Camboriú	3	2,1
Garopaba	2	1,4
Outras cidades**	12	8,4
Outros Estados	1	0,7
Total	142	100,0

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicada ao conjunto de prontuários dos pacientes psoriáticos atendidos durante o ano de 1998 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

* Angelina, Antônio Carlos, Biguaçu, Palhoça, Paulo Lopes, Santo Amaro da Imperatriz, São José e São Pedro de Alcântara.

** Cidades com (n) < 2.

TABELA III: Distribuição dos pacientes segundo a profissão.

Profissão	Número (n)	Percentual (%)
Do lar	33	23,2
Estudante	18	12,7
Aposentado	10	7,0
Doméstica	9	6,3
Comerciante ou comerciário	8	5,6
Auxiliar de serviços gerais	7	4,9
Costureira	6	4,2
Vigilante	6	4,2
Pedreiro	6	4,2
Autônomo	5	3,5
Auxiliar de escritório	6	4,2
Agricultor	4	2,8
Desempregado	3	2,1
Motorista	3	2,1
Pescador	2	1,4
Auxiliar de laboratório	2	1,4
Outras Profissões*	14	9,9
Total	142	100,0

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicada ao conjunto de prontuários dos pacientes psoriáticos atendidos durante o ano de 1998 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

* Profissões com (n) < 2.

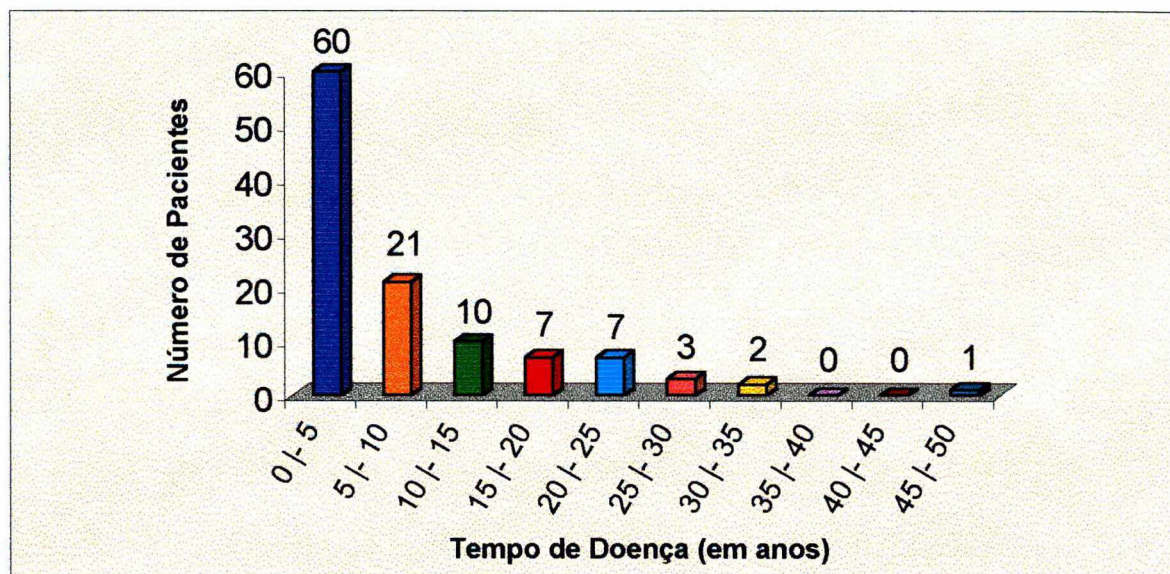


Figura 1. Distribuição dos pacientes psoriáticos atendidos durante o ano de 1998 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina segundo o tempo de doença (em anos).

TABELA IV: Distribuição dos pacientes, segundo o sexo, em faixas etárias com intervalos de 10 anos, à época do início da doença.

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
0 - 10	3	2,1	8	5,6	11	7,7
10 - 20	5	3,5	13	9,2	18	12,7
20 - 30	14	9,9	16	11,3	30	21,1
30 - 40	11	7,7	21	14,8	32	22,5
40 - 50	11	7,7	12	8,5	23	16,2
50 - 60	10	7,0	3	2,1	13	9,2
60 - 70	7	4,9	4	2,8	11	7,7
70 - 80	1	0,7	2	1,4	3	2,1
80 - 90	-	-	-	-	-	-
90 - 100	-	-	1	0,7	1	0,7
Total	62	43,7	80	56,3	142	100

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicada ao conjunto de prontuários dos pacientes psoriáticos atendidos durante o ano de 1998 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

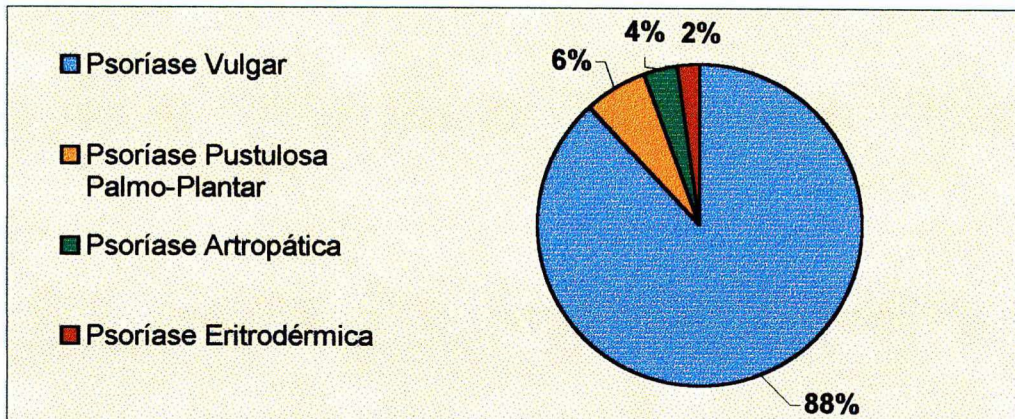


Figura 2. Distribuição dos pacientes psoriáticos atendidos durante o ano de 1998 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina segundo as formas clínicas de psoríase.

TABELA V: Distribuição dos pacientes segundo as formas clínicas de psoríase.

Doença	Número (n)	Percentual (%)
Psoríase Vulgar	125	88,0
Psoríase Pustulosa Palmo-Plantar	9	6,3
Psoríase Artropática	5	3,5
Psoríase Eritrodérmica	3	2,1
Total	142	100

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicada ao conjunto de prontuários dos pacientes psoriáticos atendidos durante o ano de 1998 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

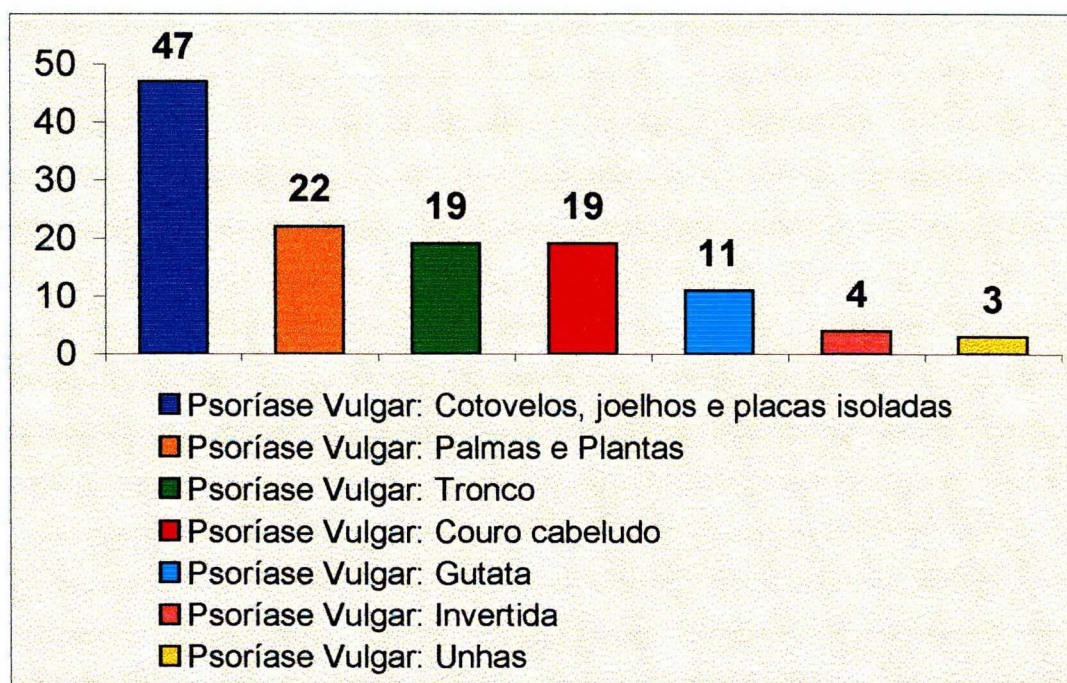


Figura 3. Distribuição dos pacientes com Psoríase Vulgar atendidos durante o ano de 1998 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina segundo o subtipo da doença.

TABELA VI: Distribuição dos pacientes com Psoríase Vulgar, segundo o subtipo da doença.

Doença	(n)	(%)
Psoríase Vulgar: Cotovelos, joelhos e placas isoladas	47	37,6
Psoríase Vulgar: Palmas e Plantas	22	17,6
Psoríase Vulgar: Tronco	19	15,2
Psoríase Vulgar: Couro cabeludo	19	15,2
Psoríase Vulgar: Gutata	11	8,8
Psoríase Vulgar: Invertida	4	3,2
Psoríase Vulgar: Unhas	3	2,4
Total	125	100

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicada ao conjunto de prontuários dos pacientes psoriáticos atendidos durante o ano de 1998 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

O acometimento ungueal foi registrado em 22 (15,5%) pacientes, dos quais 3 (2,1%) tinham nas lesões das unhas a única, ou principal, manifestação da doença (Psoríase Vulgar Ungueal).

TABELA VII: Distribuição dos pacientes psoriáticos quanto a localização das lesões.

Localização*	Número (n)	Percentual (%) ^a
Membros inferiores (exceto pés)	76	53,5
Membros superiores (exceto mãos)	73	51,4
Couro cabeludo	62	43,7
Pés	43	30,3
Mãos	34	23,9
Tronco	26	18,3
Abdome	6	4,2
Disseminada	6	4,2
Região sacra	5	3,5
Região da face	5	3,5
Região cervical	4	2,8
Genitália externa	4	2,8
Região glútea	3	2,1
Região inguinal e/ou axilar	3	2,1
Região retroauricular	3	2,1
Região pubiana	2	1,4

Fonte: Ficha de cadastro aplicada ao conjunto de prontuários dos pacientes psoriáticos atendidos durante o ano de 1998 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

* Um mesmo paciente pode ter apresentado mais de uma localização.

^a: Os percentuais foram calculados em relação ao número total de pacientes.

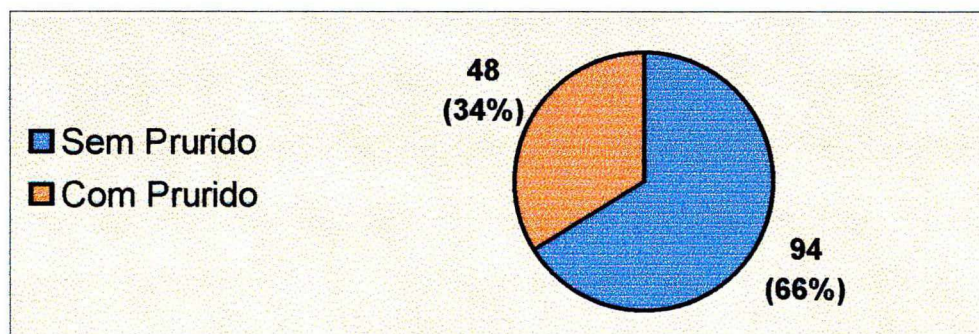


Figura 4. Distribuição dos pacientes psoriáticos atendidos durante o ano de 1998 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina segundo a presença de prurido.

TABELA VIII: Distribuição dos pacientes psoriáticos segundo a presença de comorbidades.

Comorbidade*	Número (n)	Percentual (%)^a
Hipertensão arterial sistêmica	14	9,9
Diabetes mellitus	9	6,3
Asma	3	2,1
Dermatite seborrêica	3	2,1
Ansiedade / estresse	2	1,4
Arritmia	2	1,4
DPOC	2	1,4
Enxaqueca	2	1,4
Etilismo	2	1,4
Gastrite	2	1,4
Obesidade Mórbida	2	1,4
Anemia por deficiência de ferro	1	0,7
Angina instável	1	0,7
Dermatite atópica	1	0,7
Dislipidemia	1	0,7
Doença diverticular do cólon	1	0,7
Dores osteomusculares	1	0,7
Hérnia hiatal	1	0,7
Paralisia facial	1	0,7
Prolactinoma	1	0,7
Retocolite ulcerativa idiopática	1	0,7
Síndrome de Wolfram**	1	0,7
Urticária	1	0,7

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicada ao conjunto de prontuários dos pacientes psoriáticos atendidos durante o ano de 1998 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

* Um mesmo paciente pode ter apresentado mais de uma comorbidade.

^a: Os percentuais foram calculados em relação ao número total de pacientes.

** Diabetes insipidus, diabetes mellitus, atrofia do nervo óptico e surdez.

TABELA IX: Distribuição dos pacientes psoriáticos segundo o uso de medicamentos não relacionados à terapêutica específica da psoríase.

Medicamento*	Número (n)	Percentual (%)^a
Bloqueadores beta-adrenérgicos	9	6,3
Diuréticos	9	6,3
Inibidores da ECA**	4	2,8
Metil-dopa	4	2,8
Benzodiazepínicos	3	2,1
Hipoglicemiantes orais	3	2,1
Estrógenos conjugados	2	1,4
Ácido acetil-salicílico	1	0,7
Amiodarona	1	0,7
Anovulatórios orais	1	0,7
Antidepressivos	1	0,7
Bloqueadores do canal de cálcio	1	0,7
Cálcio	1	0,7
Cimetidina	1	0,7
Corticóides via inalatória	1	0,7
Insulina	1	0,7
Omeprazol	1	0,7
Rutosido, Miroton, Castanha da Índia***	1	0,7
Sulfassalazina	1	0,7

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicada ao conjunto de prontuários dos pacientes psoriáticos atendidos durante o ano de 1998 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

* Um mesmo paciente pode ter feito uso de mais de um medicamento.

** ECA.: Enzima de conversão da angiotensina.

*** Venocur Triplex®

^a: Os percentuais foram calculados em relação ao número total de pacientes.

A presença de história familiar foi registrada positiva para 3 (2,1%) pacientes, e foi negativa ou não registrada para 139 (97,9%).

No tocante ao tratamento da psoríase, 84 (59,1%) pacientes relataram alguma forma de tratamento prévio à consulta no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

A conduta terapêutica estabelecida no Serviço em questão incluiu medicamentos tópicos para 135 (95,1%) pacientes, medicamentos sistêmicos para 22 (17,6%) pacientes, e Actinoterapia, segundo o Método de Goeckerman - uso tópico de coaltar seguido de banho de luz ultravioleta do tipo B – para 15 (10,5%) pacientes; considerando que um mesmo paciente pode ter feito uso de mais de uma modalidade terapêutica.

TABELA X: Distribuição dos pacientes psoriáticos segundo o uso de medicamento tópico.

Medicamento de Uso Tópico*	Número (n)	Percentual (%)^a
Corticosteróides	124	87,3
Ácido salicílico	74	52,1
Alcatrão / Coaltar 4%	68	47,9
Uréia	43	30,3
Piritiona Zíncica	4	2,8

Fonte: Ficha de cadastro aplicada ao conjunto de prontuários dos pacientes psoriáticos atendidos durante o ano de 1998 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

* Um mesmo paciente pode ter feito uso de mais de um medicamento tópico.

^a: Os percentuais foram calculados em relação ao número total de pacientes.

TABELA XI: Distribuição dos pacientes psoriáticos segundo o uso de medicamento de uso sistêmico.

Medicamento de Uso Sistêmico*	Número (n)	Percentual (%)^a
Metotrexato	12	8,5
Antihistamínicos	6	4,2
Antibióticos	3	2,1
Ácidos graxos poliinsaturados**	1	0,7
Ansiolítico	1	0,7

Fonte: Ficha de cadastro aplicada ao conjunto de prontuários dos pacientes psoriáticos atendidos durante o ano de 1998 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

* Um mesmo paciente pode ter feito uso de mais de um medicamento sistêmico.

** Proepa ®

^a: Os percentuais foram calculados em relação ao número total de pacientes.

TABELA XII: Distribuição dos pacientes psoriáticos segundo a realização de Exames Laboratoriais.

Exame Laboratorial*	Número (n)	Percentual (%) ^a
Cultura para fungos	28	19,7
Micológico direto	28	19,7
Hemograma	25	17,6
TGO, TGP	18	12,7
Creatinina	17	12,0
Uréia	17	12,0
Glicemia de jejum	16	11,3
Parcial de urina	16	11,3
Fosfatase alcalina	15	10,6
Gama GT	11	7,7
VDRL	7	4,9
Colesterol e Triglicerídeos	6	4,2
ASLO	5	3,5
VHS	5	3,5
Bilirrubinas	3	2,1
Anti HIV _{1 e 2}	2	1,4
Curva glicêmica de 24h	2	1,4
FAN	2	1,4
TAP, KPTT	2	1,4
Eletroforese de proteínas	1	0,7
Hemoglobina glicosilada	1	0,7
Proteínas totais e frações	1	0,7

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicada ao conjunto de prontuários dos pacientes psoriáticos atendidos durante o ano de 1998 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

* Para um mesmo paciente pode ter sido requisitado mais de um exame laboratorial.

^a Os percentuais foram calculados em relação ao número total de pacientes.

Dentre os exames complementares, 8 (5,6%) pacientes realizaram Teste de Contato, 2 (1,4%) “Prick Test” e 83 (58%) submeteram-se a biópsia da(s) lesão(ões) para estudo anátomo-patológico. (Figura 5)

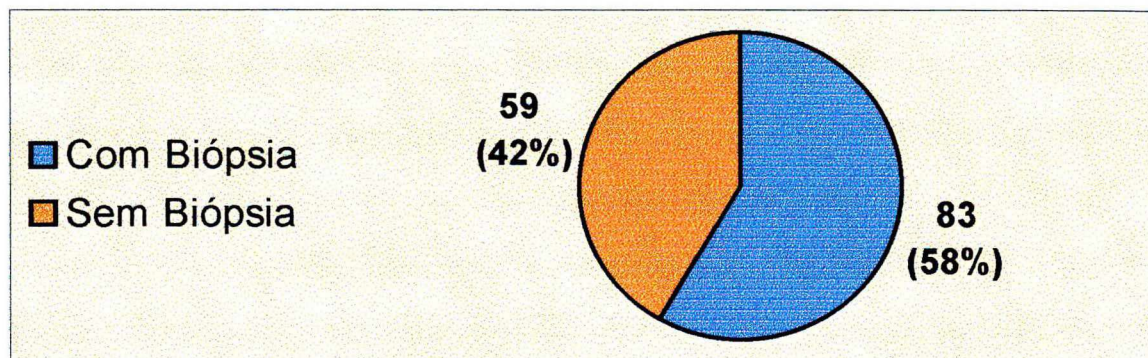


Figura 5. Distribuição dos pacientes psoriáticos atendidos durante o ano de 1998 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina segundo a realização de biópsia.

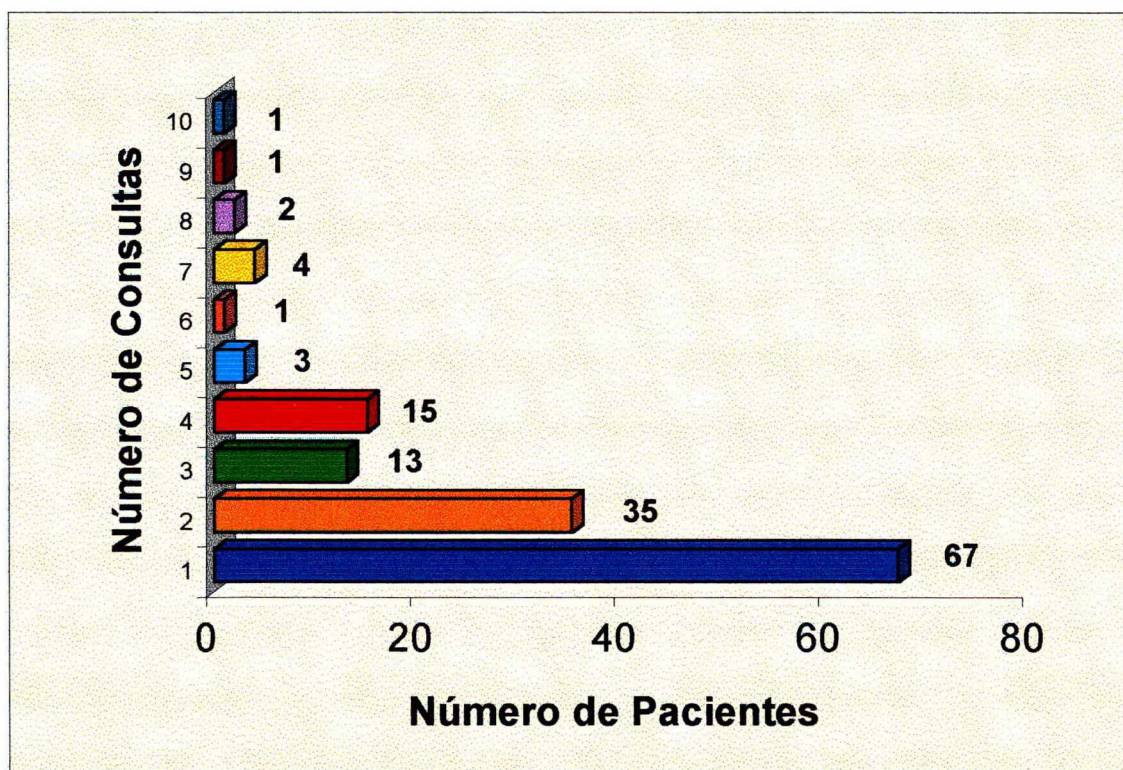


Figura 6. Distribuição dos pacientes psoriáticos atendidos durante o ano de 1998 no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina segundo o número de consultas no período.

Os 142 pacientes psoriáticos estudados implicaram em 320 atendimentos ambulatoriais no Serviço de Dermatologia e 2 (1,4%) internações hospitalares para tratamento da doença no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, durante o ano de 1998.

5. DISCUSSÃO

Os desafios que acompanham esta doença envolvem médicos e pacientes. Os primeiros pela peculiaridade das diferentes formas clínicas^{1,6}, cujo reconhecimento preciso tem ganho importância à medida que as pesquisas avançam, e também devido a persistência exigida para tratar uma doença que tende à recidiva, sem, no entanto, desanimar. Já os pacientes pelo desconforto, físico e psíquico, que a psoríase frequentemente representa.

De apresentação clínica que varia desde pequenas placas localizadas até acometimento disseminado da pele e formação de pústulas, ou também, lesões ungueais e mais raramente acometimento articular, a psoríase é uma doença multifacetada^{1,6,3}. Variável também, é o impacto psicológico desta doença, o qual não guarda proporção com a extensão de pele acometida¹³.

Dados norte-americanos apontam a psoríase como responsável por 10 à 15% dos motivos de consulta aos dermatologistas, e um gasto estimado de 1,6 bilhão de dólares por ano com o tratamento da moléstia^{13,1}. No Brasil, Lima Filho & Radtke¹⁴ encontraram o diagnóstico de psoríase representando 5,19% dos motivos de consultas em um Ambulatório de Dermatologia de um Hospital público.

De acordo com a literatura, ambos os sexos são acometidos pela doença em igual proporção^{3, 2, 13}. Em nossa pesquisa houve um discreto predomínio do sexo feminino, mas nenhuma relevância foi atribuída a isto.

Em nossa amostra o aparecimento da psoríase ocorreu predominantemente ao longo da 3^a e 4^a décadas da vida, sendo o início da

doença mais precoce para o sexo feminino, que alcançou 40,9% do total nas primeiras quatro décadas da vida, enquanto para os homens ficou em 23,2% no mesmo período. Esses dados vão de encontro a literatura mundial.

A ocorrência predominante em brancos, como foi relatada, é característica dessa doença. É sabido que no Brasil, a miscigenação de raças é regra, e a ausência de pardos nos registros não condiz com a realidade, não devendo ser considerada.

Na distribuição dos pacientes segundo a procedência, revelou-se o predomínio das cidades mais próximas do Hospital pesquisado, sendo estas, coincidentemente, cidades litorâneas cuja colonização teve importante componente europeu, continente este, onde a psoríase parece ser mais comum¹⁵.

Embora seja conhecido o papel que fatores psicogênicos podem ter na gênese e manutenção da psoríase¹⁶, não houveram achados que a caracterizassem como dermatose ocupacional. As profissões mais encontradas entre os pacientes psoriáticos parecem não guardar significado clínico.

O tempo de doença analisado, mostrando mais de um terço dos pacientes com a doença há mais de 5 anos, ao mesmo tempo que revela cronicidade, é uma quantificação apenas relativa, pois detecta somente os doentes crônicos que mantiveram o vínculo com o médico ao longo do tempo. Faltam os pacientes que abandonaram o tratamento mas continuam doentes, aqueles que vivem um período de remissão, e também os que através do aprendizado e correta informação mantêm a doença controlada. Assim, sugere-se a existência de uma proporção maior que a encontrada de pacientes crônicos.

A Psoríase Vulgar é a forma clínica mais comum da doença, fazendo jus ao nome. Comporta subtipos, os quais também foram discriminados, e revelou-se o predomínio da doença restrita a cotovelos, joelhos e placas isoladas, sendo muito frequente o acometimento do couro cabeludo concomitante. A Psoríase Vulgar com predomínio em palmas e plantas foi mais frequente (22 pacientes)

que o acometimento pela forma pustulosa nessa mesma região (9 pacientes). A Psoríase Vulgar Gutata, com 11 pacientes, remete aos avanços científicos recentes, que ampliaram o horizonte da gênese da doença, quando apontaram agentes infecciosos, mais precisamente os Estreptococos β -hemolíticos do grupo A, como responsáveis indiretos, pelo desencadeamento de parte dos casos de Psoríase Vulgar Gutata³.

A Psoríase Artropática e a Psoríase Eritrodérmica, formas raras da doença, representaram, em conjunto, apenas 5,5% dos diagnósticos, sendo que, ao mesmo tempo, encerram maior gravidade, chegando a responder por mais de 50% dos pacientes numa pesquisa cuja amostra envolveu apenas pacientes psoriáticos que necessitaram internação hospitalar¹⁶. Na forma Artropática é frequente o acometimento ungueal¹, mas é sabido, e assim é relatado, que este acometimento pode acontecer em quaisquer das formas de Psoríase¹⁵, além do que, para 3 (2,4%) de nossos pacientes, as lesões ungueais foram a única ou principal manifestação clínica da doença. Podem ser encontradas depressões puntiformes, hiperkeratose subungueal, onicólise e manchas amarelo-acastanhadas, como manchas de óleo sob a placa ungueal³. Em nossa amostra 15,5% dos pacientes tinham lesões ungueais, mas esta proporção pode chegar a 25%³. Ressalta-se o difícil tratamento desta forma clínica.

As localizações mais frequentes de lesão psoriática na amostra, respectivamente membros inferiores (exceto pés) e membros superiores (exceto mãos), são relacionadas à predileção da forma mais prevalente – Psoríase Vulgar - por superfícies extensoras, como joelho e cotovelo, embora muito comum também seja o acometimento de couro cabeludo. Já no subtipo Gutata os sítios mais acometidos são o tronco e região proximal de membros³, e deve-se lembrar de diferenciar de doenças com apresentações semelhantes, como a Pitiríase Rósea de Gibert, Lues secundária e farmacodermias. A ocorrência de lesões

disseminadas, que foi de 4,2%, é relacionada a formas mais severas de apresentação da doença.

O prurido é um achado eventual⁸, acomete uma minoria de pacientes e sua intensidade tem sido correlacionada ao estado emocional do indivíduo¹⁵.

Na análise das comorbidades encontradas, prevaleceram doenças comuns à população geral, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, numa frequência baixa, contrariando hipóteses levantadas no passado, quando se supôs que a diabete mellitus guardava forte associação com psoríase, mas estudos posteriores, com delineamento adequado, apontaram a favor da coincidência¹⁶.

Atenção maior merecem os medicamentos não relacionados à terapêutica específica da psoríase e usados pelos psoriáticos, no mais das vezes, no tratamento de comorbidades. Dentre estes, encontramos em nossa amostra drogas cujo potencial para causar desencadeamento ou agravamento de lesão psoriática já está bem documentado na literatura mundial^{7,1,6}. É o caso dos bloqueadores beta-adrenérgicos, usados por 9 (6,3%) dos pacientes pesquisados, receitados por cardiologistas e neurologistas, relativos ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica na maior parte dos casos e à profilaxia das crises de enxaqueca na menor parte. A metil-dopa é outra droga usada no tratamento da hipertensão, que pode participar no agravamento da psoríase¹⁷.

O interrogatório sobre uso de medicamentos é parte indispensável da consulta médica. É fundamental ao médico, em especial o dermatologista, conhecer a relação das drogas mais frequentemente envolvidas com o desencadeamento da psoríase. Nos casos em que o uso concomitante foi detectado, é indicado a comunicação ao especialista responsável pela prescrição, para uma reavaliação e possível substituição do medicamento por um de outro grupo farmacológico. Muitos dos pacientes dessa amostra foram assim conduzidos.

Quando nos permitimos ir além da visão fragmentada dos dados clínicos oferecida numa análise estatística e voltamos a pensar no paciente como um todo, podemos reconhecer na experiência clínica, combinações de dados que se repetem, em vários pacientes, consagrando, assim, apresentações clássicas da psoríase induzida por drogas, como é o caso do paciente, na maioria das vezes idoso, fora da faixa etária mais comum de início da doença, mas que o faz, enquanto por trás desse processo está o início recente de medicações, frequentemente bloqueadores beta-adrenérgicos, drogas que podem desencadear a doença.

A história familiar de psoríase é descrita classicamente para um terço dos pacientes^{18,4,3}. Em nossa pesquisa a avaliação desta variável foi prejudicada pelo alto índice de prontuários cujo registro da história familiar não foi encontrado, mas também não foi dito ausente.

O alto índice (59,1%) de pacientes que relataram alguma forma de tratamento prévio de psoríase, anterior ao atendimento no Ambulatório pesquisado, é um indicador explícito das dificuldades de manejo e controle desta doença crônica. A auto-medicação e a troca frequente de médicos certamente impulsionaram este índice.

Uma discussão mais extensa sobre o tratamento da psoríase extrapola os objetivos deste trabalho, mas, enquanto fator modificador da condição clínica dos pacientes¹⁹, merece seu espaço.

Encontramos, dentre as condutas clínicas tomadas, um predomínio dos medicamentos de uso tópico, principalmente dos corticosteróides, nas suas diversas apresentações e potências, do ácido salicílico, importante agente queratolítico, alcatrão ou coaltar, agentes com propriedades redutoras, e uréia, emoliente com potencial queratolítico. Por outro lado, nenhum paciente fez uso de calcipotriol, droga análoga sintética da vitamina D3, de eficácia comparável à betametasona, e com poucos efeitos colaterais. Estes medicamentos condizem

com o tratamento da psoríase na fase crônica, com lesões pouco numerosas, justamente a forma clínica mais prevalente descrita.

Subtipos de psoríase com maior gravidade, ou de localizações especiais, costumam necessitar que outros recursos sejam empregados¹⁹. Em couro cabeludo de muito valor são os xampus especiais, com princípios ativos, como corticosteróides, piritiona zíncica e outras preparações como é o caso da vaselina salicilada, todos presentes na amostra pesquisada. Destacamos que o acometimento de couro cabeludo pode ter sido subnotificado, devido à superposição clínica com a dermatite seborrêica. Na Psoríase Vulgar Gutata com evidência de infecção ativa por Estreptococos, principalmente vias aéreas superiores, convém proceder o tratamento com antibióticos, como foi o caso de 3 (2,1%) pacientes, embora esta conduta não esteja relacionada com a remissão do quadro dermatológico¹⁷, que geralmente ocorre. A actinoterapia destaca-se por sua eficácia, podendo branquear uma psoríase extensa em um número relativamente pequeno de dias, sendo bem indicada na psoríase crônica de lesões numerosas e na Psoríase Gutata. No Serviço em questão o Método de Goeckerman foi o único exequível no período pesquisado devido à não existência de cabines de luz ultravioleta do tipo A (UVA) naquele período, a qual permitiria a realização também de actinoterapia pelo processo conhecido como PUVA, que consiste na administração sistêmica de substâncias psoralênicas seguido de banhos de luz UVA.

Destacamos a ausência de pacientes que tenham feito uso de acitretina, derivado retinóide de uso sistêmico com bons resultados^{19,1}, possivelmente pelo alto custo do tratamento. Outro destaque na amostra foi o uso do agente citostático metotrexato, também conhecido no Brasil pelo nome de ametofterina. Este antagonista do ácido fólico, empregado em 12 (8,5%) pacientes, é conhecido pelo resultados excelentes e custo acessível à boa parte dos pacientes. Por outro lado, os resultados são temporários e a droga tem o

potencial de causar dano hepático, renal e de medula óssea, entre outros. É consenso que os pacientes candidatos ao uso sejam corretamente selecionados, devendo ser contra-indicado em pacientes etilistas, ou com lesão hepática, gastrointestinal suscetível à sangramento, doença cardíaca ou renal, e pacientes imunodeprimidos. Os exames laboratoriais sugeridos são hemograma completo, transaminases, fosfatase alcalina, bilirrubina e creatinina, prévios ao início do medicamento e repetidos no 30º dia e depois em intervalos regulares²⁰. A realização de biópsia hepática de rotina nesses pacientes é controversa, dada a incidência variável de cirrose hepática conforme a dose: 3% na dose de 1,5g mas 25% na dose de 4g.. Por outro lado, sabe-se que os exames laboratoriais não apresentam correlação com a extensão do dano hepático, daí a preocupação em biopsiar. Em nossa amostra, nenhum paciente foi submetido a biópsia hepática, no entanto, os exames laboratoriais foram abundantes, como descrito, respondendo por grande porção de todos os exames realizados, ficando abaixo apenas dos exames micológico direto e cultura para fungos, partes do diagnóstico diferencial de certos tipos de psoríase com infecções fúngicas.

Ressalta-se também o possível emprego de outros imunossupressores no tratamento da Psoríase, como a ciclosporina, droga que atualmente pode ser fornecida, sob autorização especial, pelo Sistema Único de Saúde.

Dos exames complementares, a biópsia de pele, realizada na maioria dos pacientes (58%), tem papel auxiliar no diagnóstico diferencial da doença, mas não é obrigatória¹. Uma vez realizada, sugere-se incluir nos procedimentos de estudo anátomo-patológico das lesões de região plantar, a realização de colorações específicas para fungos, considerada a semelhança que pode alcançar, mesmo à nível histológico, as alterações observadas na psoríase com as da infecção fúngica.

Oitenta por cento dos pacientes necessitaram de até 3 consultas no período de um ano, e destes, 58% apenas uma, enquanto sabemos que a evolução natural

da psoríase é arrastada, compatível com um contato mais frequente com o médico assistente. Motivo relacionado ao número relativamente pequeno de retornos pode residir na tendência do paciente à adquirir uma progressiva independência, acertada ou não, do médico; bem como o tempo prolongado de espera na marcação de uma reconsulta, dentro do Sistema Único de Saúde.

A raridade do tratamento em regime de internação hospitalar, 2 (1,4%) pacientes, guarda relação com a falta de uma Unidade de Internação Hospitalar em Dermatologia no Hospital pesquisado e também com a baixa frequência de casos graves.

6. CONCLUSÕES

A partir da pesquisa das principais características clínicas dos pacientes com psoríase atendidos pelo Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina durante o ano de 1998 conclui-se que:

- A psoríase acomete principalmente a raça branca e o início da doença é mais precoce no sexo feminino, ocorrendo predominantemente ao longo da 3^a e 4^a décadas de vida;
- Mais de um terço dos pacientes atendidos têm a doença há mais de 5 anos, revelando cronicidade;
- Psoríase Vulgar é a forma clínica mais comum, e dentre seus subtipos, destaca-se o acometimento de cotovelos, joelhos e placas isoladas;
- A Psoríase Artropática e a Psoríase Eritrodérmica são formas raras;
- É frequente o uso de medicamentos com potencial de desencadear ou agravar a psoríase, por parte dos pacientes, no tratamento de comorbidades;
- A maioria dos pacientes chega ao médico já tendo realizado alguma forma de tratamento para psoríase prévio;
- A biópsia de pele é o exame complementar mais frequentemente realizado;
- Os corticosteróides são os medicamentos tópicos mais empregados, enquanto dentre os tratamentos sistêmicos predominam o metotrexato e a actinoterapia;
- É rara a necessidade de tratamento em regime de internação hospitalar.

7. REFERÊNCIAS

1. Camisa C. Handbook of psoriasis. Malden, MA, USA: Blackwell Science; 1998.
2. Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG. Psoriasis. In: Textbook of dermatology. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific; 1975. p. 1469-532.
3. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K. Distúrbios da Cinética e da Diferenciação Celulares. In: Dermatologia - Atlas e Texto. 3th / ed. Santiago: McGraw-Hill Interamericana de Chile; 1998. p. 76-102.
4. Sampaio SAP, Rivitti EA. Alterações morfológicas cutâneas epidermo-dérmicas. In: Dermatologia. 1 ed. São Paulo: Artes Médicas; 1998. p. 167-85.
5. Peakman M, Vergani D. Immune-mediated skin disease. In: Basic and clinical immunology. New York: Churchill Livingstone; 1997. p. 233-41.
6. Stern RS. Psoriasis. Lancet 1997;350(9074):349-53.
7. Souza MAA, Santos OLR, Carneiro SCS, Maceira JP, Pereira AC, Jr. Psoríase eritrodérmica induzida por piroxicam: relato de um caso. An Bras Dermatol 1992;67(3):117-9.

8. Azulay RD, R. AD. Dermatoses Eritêmato-escamosas. In: Dermatologia. 2th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p. 69-74.
9. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS. Using Secondary Data. In: Designing clinical research : an epidemiologic approach. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988. p. 53-63.
10. Ramsay B, Lawrence CM. Measurement of involved surface area in patients with psoriasis. Br J Dermatol 1991;124(6):565-70.
11. Fleischer AB, Jr., Feldman SR, Rapp SR, Reboussin DM, Exum ML, Clark AR, et al. Disease severity measures in a population of psoriasis patients: the symptoms of psoriasis correlate with self-administered psoriasis area severity index scores. J Invest Dermatol 1996;107(1):26-9.
12. van de Kerkhof PC. On the limitations of the psoriasis area and severity index (PASI) [letter]. Br J Dermatol 1992;126(2):205.
13. Zanolli MD. Psoriasis and Reiter's Syndrome. In: Sams WM, Lynch PJ, editors. Principles and practice of dermatology. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 1996. p. 341-62.
14. Lima Filho JHC, Radtke MC. Avaliação Parcial das Atividades Clínicas do Ambulatório de Dermatologia do Serviço de Dermatologia da UFSC no ano de 1998. In: VIII Jornada Sul-Brasileira de Dermatologia; 1999; Blumenau: Sociedade Brasileira de Dermatologia - Regional Santa Catarina; 1999.

15. Gonzaga HFS, Consolaro A. Condições e manifestações clínicas na psoríase. *J Bras Med* 1994;66(4):196-209.
16. Manela M, Miranda M, Pereira A, Jr. Aspectos clínicos e epidemiológicos da psoríase. *An Bras Dermatol* 1988;63(2):57-61.
17. Freedberg IM, Fitzpatrick TB. Psoriasis. In: *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 5th / ed. New York: McGraw-Hill Health Professions Division; 1999. p. 495-521.
18. Naldi L, Parazzini F, Brevi A, Peserico A, Veller Fornasa C, Grosso G, et al. Family history, smoking habits, alcohol consumption and risk of psoriasis. *Br J Dermatol* 1992;127(3):212-7.
19. Koo J. How and Why to Use Sequential Therapy for Psoriasis. *Skin & Aging* 1998;6(10):42-6.
20. O'Connor GT, Olmstead EM, Zug K, Baughman RD, Beck JR, Dunn JL, et al. Detection of hepatotoxicity associated with methotrexate therapy for psoriasis. *Arch Dermatol* 1989;125(9):1209-17.

RESUMO

A psoríase é uma doença que pode se manifestar na pele, nas unhas, no couro cabeludo e nas articulações. A causa desta doença, uma das mais comuns afecções dermatológicas, permanece desconhecida, mas sua predisposição é sabidamente genética. Diversos fatores ambientais já foram descritos como provocadores ou agravadores de lesão psoriática, entre eles infecções, drogas, trauma e componentes psicogênicos. No presente estudo, buscando conhecer as principais características clínicas dos pacientes com psoríase, foram revistos os prontuários dos 142 pacientes psoriáticos atendidos em um Hospital Universitário durante o ano de 1998.

A forma clínica mais comum foi a Psoríase Vulgar, e dentre seus subtipos, destacou-se o acometimento de cotovelos, joelhos e placas isoladas. A Psoríase Artropática e a Psoríase Eritrodérmica representaram, em conjunto, apenas 5,5% dos diagnósticos. Houve predomínio da raça branca e o início da doença foi mais precoce no sexo feminino, ocorrendo predominantemente ao longo da 3^a e 4^a décadas de vida. Mais de um terço dos pacientes atendidos tinham a doença há mais de 5 anos e a maioria já tinha realizado alguma forma de tratamento para psoríase prévio. Foi frequente o uso de medicamentos com potencial de desencadear ou agravar a psoríase, por parte dos pacientes, no tratamento de comorbidades. A biópsia de pele foi o exame complementar mais frequentemente realizado e rara foi a necessidade de tratamento em regime de internação hospitalar. Trata-se de uma doença multifacetada cujos desafios que lhe acompanham envolvem médicos e pacientes.

SUMMARY

Psoriasis is a disease that might manifest itself on the skin, nails, scalp and joints. The cause of this disease, one of the most common dermatologic affections, remains uncovered, but its predisposition is known to be genetic. Several ambient factors have been described to bring about or aggravate the psoriatic lesion, such as infections, drugs, trauma and psychogenic components. In the present study, expecting to know the main clinic characteristics of the patients with psoriasis, 142 prontuaries of psoriatic patients assisted in one University Hospital during the year of 1998 were reviewed.

The most common clinical form was Psoriasis Vulgaris, and among its subdivisions, the one with affection of elbows, knees, and scaly patches. The Psoriatic Arthropathy and Psoriatic Erythroderma represented, together, only 5,5% of the diagnosis. There was a predominance of the white race and the beginning of the disease was earlier in the feminine sex, mainly during the 3rd and 4th decades of their lives. More than one third of the patients assisted had had the disease for more than 5 years and most of them had already used some sort of treatment for psoriasis. It was often the usage of drugs (by the patients) with the potential of causing or aggravating psoriasis, in the treatment of comorbidities. The biopsy of the skin was the most frequent complementary exam and rare was the need of treatment in hospital internation regime. It's a multifaceted disease which challenges involve doctors and patients.

**TCC
UFSC
CM
0423**

N.Cham. TCC UFSC CM 0423
Autor: Conti, Maurício Am
Título: Perfil clínico dos pacientes com



972807992

Ac. 253572

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM