

ANTONIO ANTUNES DA CRUZ DE BARROS

**PSORÍASE PALMO-PLANTAR: UM ESTUDO CLÍNICO-
EPIDEMIOLÓGICO**

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

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

ANTONIO ANTUNES DA CRUZ DE BARROS

**PSORÍASE PALMO-PLANTAR: UM ESTUDO CLÍNICO-
EPIDEMIOLÓGICO**

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

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Professor Orientador: Prof. Dr. Daniel Holthausen Nunes

Professor Co-orientador: Dr. Jorge José de Souza Filho

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização desse trabalho.

Em especial, gostaria de agradecer ao meu orientador Dr. Daniel Holthausen Nunes e ao co-orientador Dr. Jorge José de Souza Filho pelo entusiasmo e orientação técnica no trabalho.

Agradeço à minha família, em especial à minha mãe Aline Antunes da Cruz pela paciência, carinho, dedicação e apoio dados a mim.

Agradeço aos meus amigos pelo apoio e dedicação prestados, assim como pela diversão e entretenimento que me proporcionaram em horas vagas.

Agradeço aos funcionários do Serviço de Dermatologia e do setor SAME pelo acesso aos seus locais de trabalho e pelo ensino prestado.

Por fim agradeço aos pacientes que, mesmo no anonimato, contribuíram para esta pesquisa.

RESUMO

Objetivos: Definir o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes portadores de psoríase palmo-plantar (PPP).

Método: Estudo retrospectivo do tipo caso-controle, com o grupo controle composto por portadores de psoríase vulgar. Os pacientes foram submetidos a um questionário sobre fatores sociais, possíveis fatores de risco e comorbidades associadas. As variáveis foram testadas pelo teste de qui quadrado.

Resultados: Dos 38 pacientes 19 possuíam PPP e 19, psoríase vulgar, com idade média de 47,05 anos. Dentre os casos 95% dos pacientes sempre tem lesões ou raramente está sem elas. Já no grupo controle achou-se 58%. O estresse estava presente em 97,5% dos pacientes, sem diferença estatística entre os grupos. Os casos possuíam mais associação com dor articular (42%) do que os controles (21%). O tabagismo estava presente em 89,5% dos pacientes com PPP e em 52,5% dos com psoríase vulgar ($p < 0,05$). A história familiar de psoríase estava presente em 52,5% dos pacientes entre os casos e em 16% dos pacientes controles ($p < 0,05$).

Conclusões: A frequência de aparecimento das lesões é significativamente maior nos pacientes portadores de PPP. O estresse é o principal fator desencadeante de lesões nos dois tipos de psoríase. Os pacientes com PPP possuem um risco maior de desenvolver psoríase artropática. O tabagismo possui intensa relação com PPP, com 90 a 100% dos pacientes referindo uso atual ou prévio de cigarro. Os pacientes portadores de PPP parecem possuir uma história familiar de psoríase mais intensa do que pacientes com outras formas da doença.

ABSTRACT

Objectives: To define the clinic-epidemiological profile of patients with palmoplantar psoriasis (PPP).

Method: A retrospective case-control study. The control group presents patients with psoriasis vulgaris. The patients answered a questionnaire about social factors, possible risk factors and associated comorbidities. Data were statistically analyzed by the chi-squared test.

Results: There were analyzed 38 patients, 19 of them have PPP and 19, psoriasis vulgaris. The average age was 47,05 years. In the case group, 95% of the patients always had injuries or rarely were without them, and in the control group, 58%. Stress was present in 97,5% of the patients, without statistic differences between groups. The case group had more association with psoriatic arthritis (42%) than the control group (21%). Smoking habit was present in 89,5% of patients with PPP and in 52,5% of the ones with psoriasis vulgaris ($p < 0,05$). Familiar history of psoriasis was present in 52,5% of the case group patients and in 16% of the control group ($p < 0,05$).

Conclusions: The appearance frequency of injuries is significantly higher in patients with PPP. Stress is the main triggering factor of injuries in the two psoriasis types. The patients with PPP have a higher risk to develop arthritis. Smoking has intense relation with PPP, 90 to 100% of all the PPP patients smoke or have smoked in the past. PPP patients seem to have more intense familiar history of psoriasis than patients with other forms of the illness.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pústulas amareladas, pequenas e confluentes predominando na região tenar em um paciente com PPP.....	01
Figura 2 - Placas eritêmato descamativas hiperqueratósicas palmares caracterizando queratoderma palmo-plantar psoriático.....	02
Figura 3 - Distribuição do sexo entre os grupos.....	14
Figura 4 - Distribuição por faixa etária do grupo controle.....	15
Figura 5 - Distribuição por faixa etária do grupo dos casos.....	15
Figura 6 - Distribuição dos pacientes quanto ao hábito de ingestão de bebidas alcoólicas.....	19
Figura 7 - Distribuição dos pacientes em 3 grupos quanto ao hábito de ingestão de bebidas alcoólicas.....	20
Figura 8 - Distribuição dos pacientes quanto ao hábito de tabagismo ($p < 0,05$).....	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes quanto à frequência de aparecimento das lesões.....	16
Tabela 2 - Fatores precipitantes de lesões.....	17
Tabela 3 - Distribuição dos pacientes quanto à presença de dor articular.....	17
Tabela 4 - Localização da dor articular.....	18
Tabela 5 - Distribuição dos pacientes quanto à ingestão de bebidas alcoólicas.....	19
Tabela 6 - Distribuição dos pacientes quanto à história familiar de psoríase e/ou doenças auto-imunes.....	21
Tabela 7 - Distribuição dos pacientes quanto à história prévia ou atual de doenças auto-imunes.....	22
Tabela 8 - Comorbidades associadas aos casos e controles.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACH	Acetilcolina
DAU	Doenças auto-imunes
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HLA	Antígeno leucocitário humano
HUPEST	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
ICC	Insuficiência cardíaca congestiva
OR	Odds ratio
PMN	Polimorfonucleares
PPP	Psoríase palmo-plantar
PUVA	Fotoquimioterapia com psoraleno
SAPHO	Sinovite acne pustulose hiperostose e osteíte
SWPW	Síndrome de Wolff-Parkinson-White
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
VHS	Velocidade de hemossedimentação

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE FIGURAS	vi
LISTA DE TABELAS	vii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	viii
SUMÁRIO	ix
1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO LITERÁRIA	4
2.1 Formas clínicas da psoríase	4
2.2 Etiologia da psoríase	5
2.2.1 Fatores ambientais relacionados à psoríase	5
2.3 Psoríase palmoplantar	7
2.3.1 Fatores ambientais relacionados à PPP	7
2.3.1.1 Tabagismo e PPP	7
2.3.2 Artrite psoriática, PPP e a síndrome SAPHO	8
2.3.3 PPP e tireoidopatias	9
2.3.4 Tratamento da PPP	9
3 OBJETIVOS	11
3.1 Geral	11
3.2 Específicos	11
4 MÉTODO	12
5 RESULTADOS	14
6 DISCUSSÃO	24
7 CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

NORMAS ADOTADAS	40
APÊNDICE 1	41
APÊNDICE 2	43

1 INTRODUÇÃO

A psoríase é uma dermatose crônica hereditária caracterizada eletivamente por lesões eritemato-escamosas.¹ Sendo relativamente freqüente, pode atingir de 1-3% da população em geral, no entanto a causa é desconhecida.^{1,2}

Cada paciente psoriásico possui sua própria forma de manifestação da doença, existindo uma grande variação na duração, severidade e morfologia da doença.¹ A psoríase palmo-plantar (PPP) é uma entidade incomum, que se manifesta basicamente por 2 tipos de lesões em palmas e plantas: pustulose e queratoderma palmo-plantar.¹⁻³

A pustulose palmo-plantar (Figura 1) é uma erupção recorrente crônica limitada às palmas e plantas, caracterizada por numerosas pústulas profundas, amareladas e estéreis, que se transformam em máculas vermelho-escuras. É freqüente a presença de pele eritematosa e escamosa por entre as pústulas.^{2,4-9}



Figura 1. Pústulas amareladas, pequenas e confluentes predominando na região tenar em um paciente com PPP.

FONTE: Gambichler T, Menzel S, Herde M, Altmeyer P, Hoffmann K. Sweet's syndrome with eruption of pustulosis palmaris. JEADV. 2000 Julho;14(4):327-9.

O queratoderma palmo-plantar (Figura 2) ou psoríase palmo-plantar hiperqueratósica surge em adultos e a presença de placas eritemato-descamativas hiperqueratósicas pode

atingir parcialmente ou acometer toda a palma e/ou planta, possuindo nítida delimitação. O comprometimento da unha ou eventuais lesões em outras regiões confirmam o diagnóstico.^{1,3}



Figura 2. Placas eritêmato descamativas hiperqueratósicas palmares caracterizando queratoderma palmo-plantar psoriático.

FONTE: Sampaio & Rivitti Dermatologia

Até hoje a causa dos vários tipos de psoríase permanece desconhecida, no entanto vários estudos revelam fatores que estão implicados no desencadeamento ou na exacerbação da doença como trauma cutâneo de diversas naturezas, infecções, drogas, estresse emocional, ingestão aumentada de álcool, variações climáticas, distúrbios endócrinos ou metabólicos.^{1,2,5,7,9,10} Levando-se em consideração apenas as formas palmo-plantares é notório que certos fatores acabam por ter uma implicação maior no curso de exacerbação da doença.⁷

Todos os tipos de psoríase podem cursar com manifestações articulares, todavia já foi descrito um tipo específico de espondiloartropatia soronegativa nos pacientes portadores de PPP.^{11,12} No entanto não se sabe se os pacientes com PPP possuem um risco aumentado de evoluir com artrites no curso da doença, quando comparados a outros tipo de psoríase. Ainda percebe-se uma relação aumentada de doenças auto-imunes – principalmente alterações tireoidianas – em alguns tipos de psoríase, incluindo PPP.^{7,11}

Assim eleger-se como problema da pesquisa levantar dados clínicos e epidemiológicos de pacientes portadores de PPP, bem como avaliar possíveis fatores implicados na exacerbação das lesões.

2 REVISÃO LITERÁRIA

2.1 Formas clínicas da psoríase

A psoríase do tipo vulgar consiste na forma mais comum da doença, sendo observada em quase 90% dos doentes. É considerada um distúrbio hereditário e caracteriza-se por pápulas e placas eritemato-escamosas bem delimitadas, de tamanhos variados e que afetam, geralmente de forma simétrica, a face de extensão dos membros, particularmente joelhos, cotovelos, couro cabeludo e região sacra. A curetagem metódica de Brocq, que consiste no raspado das lesões com cureta, fornece importantes sinais clínicos como o sinal da vela, quando, pela curetagem, percebem-se escamas semelhantes às encontradas na raspagem de uma vela; e o sinal do orvalho sangrento ou de Auspitz, quando, pela continuação da raspagem e retirada das escamas, encontra-se superfície vermelho brilhante com pontos hemorrágicos. A evolução é crônica com períodos de exacerbação e acalmia.^{1,2}

As manifestações da doença variam entre os diversos pacientes acometidos. A maior questão é se as diferentes manifestações da psoríase representam diferentes formas de uma mesma doença ou se elas são diferentes entidades patológicas. As diferentes manifestações podem coexistir em um indivíduo, assim como podem aparecer em tempos diferentes na vida de um paciente e ainda diferentes membros de uma família podem mostrar diferentes manifestações de psoríase. Sendo assim torna-se apropriado caracterizar a psoríase como um espectro de apenas uma entidade patológica.³ Todavia, a situação torna-se controversa em respeito às manifestações palmo-plantares. Embora a pustulose palmo-plantar seja incluída por muitos como uma forma de psoríase, a associação está sujeita a debate, sendo que alguns autores consideram condições completamente separadas.^{3,7,8,10,11} Do mesmo modo placas eritemato-escamosas com fissuras de palmas e plantas pode ser diagnóstica como alguns tipos de eczemas crônicos com fissuras, ou como psoríase palmo-plantar hiperqueratósica por outros autores.³ Entretanto se encontra similar disfunção de neutrófilos em pustulose palmo-plantar, queratoderma palmo-plantar psoriático e psoríase, assim como similares efeitos no soro de pacientes com essas doenças. Em adição a isso, em ambas as condições o nível de proteína catiônica eosinofílica no soro dos pacientes é elevado. A causa da localização das lesões em palmas e plantas não é conhecido.⁷ Sendo assim torna-se apropriado incluir as 2 doenças como formas incomuns de psoríase.

Outros autores ainda classificam a psoríase quanto ao tipo de lesão sendo observadas lesões eritemato-descamativas, lesões eritrodérmicas ou ainda lesões pustulosas. Segundo Tay *et al.*¹³ a psoríase pustulosa pode ser dividida em formas localizadas ou generalizadas, dependendo da área de aparecimento das pústulas. Psoríase pustulosa generalizada é também dividida em 5 grupos: psoríase pustulosa generalizada aguda (Von Zumbusch), psoríase pustulosa generalizada da gravidez, psoríase pustulosa circinada e anular, psoríase pustulosa juvenil e infantil e formas localizadas fora das plantas, palmas ou unhas. As formas localizadas podem ser subdivididas em pustulose palmo-plantar ou acropustulose (acrodermatite contínua de Hallopeau).^{1,13}

2.2 Etiologia da psoríase

A causa da psoríase é desconhecida. A predisposição à doença é geneticamente determinada. Estudos populacionais mostram marcada agregação familiar com 30% dos doentes referindo um parente afetado. A concordância da psoríase em gêmeos monozigóticos é de 65% a 70%, enquanto que para gêmeos dizigóticos é de 15% a 20%. A não ocorrência de 100% entre os monozigóticos indicaria que fatores ambientais contribuem na etiologia da moléstia.¹

2.2.1 Fatores ambientais relacionados à psoríase

Diversos fatores já foram identificados como sendo agravadores das lesões psoriásicas. Alguns antígenos HLA mostram uma relação estreita com portadores de psoríase, sendo o mais comum o HLA-Cw6. Trauma cutâneo de diversas naturezas, seja físico, químico, elétrico, cirúrgico ou inflamatório, pode determinar o aparecimento de lesão em área não comprometida anteriormente – fenômeno isomórfico ou reação de Koebner. Esse fenômeno pode ser verificado em 38 a 76% dos doentes. Algumas infecções já foram implicadas no desencadeamento ou agravamento da psoríase. Há mais de 50 anos se reconhece o possível papel do estreptococo beta-hemolítico no desencadeamento da psoríase aguda, em gotas. Doentes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) apresentam exacerbação importante da moléstia.¹ No passado, vinculou-se as erupções da PPP à presença de focos bacterianos, principalmente dentários e amigdalianos, que determinariam fenômenos de hiperssensibilidade tipo I nas regiões palmo-plantares.^{14,15} Drogas como lítio, beta-bloqueadores, antimaláricos e antiinflamatórios não hormonais, via de regra, agravam a psoríase. A administração seguida de interrupção de corticóide sistêmico pode resultar no agravamento da condição ou até no desenvolvimento de forma grave de psoríase – a psoríase

pustulosa generalizada, forma que também pode ser desencadeada por hipocalcemia.^{1,2} O estresse emocional é muitas vezes, relacionado, pelo doente, ao desencadeamento ou exacerbação da doença, ocorrendo em cerca 40% dos pacientes.¹ Alguns autores têm sugerido que fatores psicológicos, como o estresse, podem ter importante papel na patogênese não só da psoríase, como também de outras doenças dermatológicas como dermatite atópica, acne, vitiligo e hiperidrose.^{1,9} Distúrbios endócrinos e metabólicos, alguns tipos de alimentos assim como variações climáticas também já foram implicados com a etiopatogenia da doença.^{1,2}

Sempre se suspeitou que o tabagismo e o etilismo podem causar efeitos deletérios na psoríase. No entanto os resultados de estudos realizados são frequentemente conflitantes e não conclusivos. É uma freqüente variação na metodologia dificulta a comparação direta entre os estudos. Além disso, a possibilidade de influência de outras variáveis e um difícil controle adequado persiste como um problema constante. A prevalência de psoríase é 3 vezes maior em pacientes que estão sendo tratados para alcoolismo. Entretanto, não foram identificadas diferenças nos padrões de ingestão de álcool ou de outros fatores sociais para distinguir os alcoólicos com psoríase daqueles sem a doença de pele. E até hoje se pergunta se o estresse causado pela doença não pode ter como conseqüência o alcoolismo, levando a uma associação maior entre eles, todavia, com uma relação causal inversa.¹⁶ O álcool pode não apenas funcionar como um gatilho na psoríase como também pode influenciar o curso e natureza da doença. O etilismo parece exacerbar a doença pré-existente, assim como torná-la mais severa e mais extensa.¹⁷⁻¹⁹ A não interrupção do etilismo pode contribuir com uma maior morbidade da doença além de causar resistência ao tratamento. Em contraste, a abstinência pode induzir a remissão.²⁰ Alguns mecanismos foram propostos para explicar a interação entre álcool e psoríase incluindo supressão da imunidade mediada por células e intensificação da proliferação do linfócito indutor da mitogênese, todavia estudos confirmatórios são necessários.^{21,22}

Vários estudos têm mostrado uma ligação entre o tabagismo e a psoríase. No entanto, assim como com o álcool, há discrepâncias que precisam ser entendidas. Algumas doenças ligadas ao tabagismo também podem estar associadas com psoríase. Um estudo caso-controle demonstrou uma significativa associação entre tabagismo e psoríase.²³ É notório que etilismo e tabagismo são estreitamente relacionados, por isso um controle meticuloso e análise estatística fiel são necessários para estabelecer as associações entre a doença e esses fatores.^{23,24} O cigarro pode influenciar a psoríase através de uma variedade de mecanismos. Células polimorfonucleares (PMN) são proeminentes no infiltrado inflamatório da psoríase e elas podem ser morfológica e funcionalmente alteradas pelo cigarro.^{25,26} O ato de fumar

ainda produz dano oxidativo ao tecido e, ao mesmo tempo, há uma relação inversa entre tabagismo e ingestão de frutas e vegetais (com substâncias antioxidantes). Assim o nível de antioxidantes em pacientes psoriásicos é baixo e o dano oxidativo pode ser agravado tanto pelo cigarro quanto pelo álcool.^{27,28}

2.3 Psoríase palmo-plantar

A PPP, seja ela do tipo pustulosa ou hiperqueratósica afeta mulheres mais frequentemente do que homens e tem sido encontrado em vários estudos que é mais comum em fumantes. Trabalhos recentes mostram que 95% a 100% dos pacientes estudados eram fumantes.⁶⁻⁸ Outras associações também já foram feitas. Cerca de 40% dos pacientes tem anticorpos anti-tireóideos, 36% relatam piora das lesões em tempos quentes e 47% tem períodos de maior deterioração da pele durante o estresse.^{5,7,11} Outros autores têm também demonstrado uma alta incidência de manifestações osteoarticulares (afetando a articulação esternoclavicular assim como articulações axiais e periféricas) em pacientes com PPP. Mais recentemente um grupo de reumatologistas tem proposto o acrônimo SAPHO para identificar a associação entre sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte.¹¹ Apesar de a psoríase em geral poder cursar com manifestações articulares, a PPP, principalmente do tipo pustular, pode evoluir com este tipo específico de espondiloartropatia soronegativa.¹¹

2.3.1 Fatores ambientais relacionados à PPP

A PPP, sendo uma forma de psoríase é influenciada igualmente pelos mesmos fatores ambientais.¹ Todavia, alguns fatores – principalmente o tabagismo – parecem ser implicados mais estreitamente no curso e exacerbação da PPP, quando comparados a outras formas mais comuns de psoríase, como a psoríase vulgar.¹¹

2.3.1.1 Tabagismo e PPP

Apesar de vários estudos apontarem uma ligação entre tabagismo e psoríase, observa-se uma relação mais forte entre PPP e tabagismo, do que em outras formas de psoríase. A PPP, principalmente do tipo pustulosa, possui a mais impressionante ligação com tabagismo quando comparado a qualquer outra doença de pele.²⁹ Vários estudos apontam que 95-100% dos pacientes portadores de PPP são fumantes ou ex-fumantes no início da doença.^{5,7,8,11,29} Em adição a isso 90% dos pacientes são mulheres e o risco da mulher que é fumante desenvolver PPP é 74 vezes maior do que uma mulher saudável não fumante da mesma

idade.^{30,31} Alguns estudos ainda apontam que ao cessar o tabagismo o paciente com PPP pode obter melhora considerável, além de um tratamento mais satisfatório.³⁰

Estudos realizados mostram teorias do porquê da grande relação de PPP com tabagismo. As pústulas da PPP tipo pustulosa são localizadas na parte mais baixa do estrato córneo e são preenchidas com neutrófilos e eosinófilos. Na derme papilar subpustular há um denso infiltrado de mastócitos e linfócitos e o padrão normal do ducto espiral terminal das glândulas sudoríparas écrinas é perdido.⁵ A fisiopatologia na PPP tipo hiperqueratósica é semelhante, embora não se saiba ao certo o porquê de ocorrerem lesões diferentes nos diferentes pacientes. O suor e o aparelho das glândulas sudoríparas têm importante papel na patogênese da PPP. As fibras simpáticas que inervam as glândulas sudoríparas são colinérgicas e a acetilcolina (ACH) é o principal indutor do suor. A enzima sintetizadora da ACH, colina-acetiltransferase, e a enzima que degrada a ACH, acetilcolinesterase, regulam o nível de ACH. Esta age diretamente nas células em dois tipos diferentes de receptores, nicotínicos e muscarínicos, podendo alterar uma variedade de funções celulares como adesão e motilidade celular, regulando o influxo de cálcio via receptor nicotínico.⁵ A nicotina é excretada pelos ductos das glândulas écrinas palmares e plantares³⁰ e age como agonista nos receptores nicotínicos sendo, deste modo, capaz de reproduzir os mesmos efeitos da ACH nas células, mas em contraste, ela não é degradada pela acetilcolinesterase. Então a nicotina é capaz de realizar uma superestimulação, embora a questão de que a nicotina pode superestimular ou dessensibilizar os receptores nicotínicos tem sido discutida. Há estudos que dizem que o fumo aumenta o número de receptores nicotínicos no cérebro humano *in vitro*, no epitélio brônquico humano *in vivo* e *in vitro* e nas células PMN *in vivo*.⁵

2.3.2 Artrite psoriática, PPP e a síndrome SAPHO

Alguns pacientes psoriásicos, durante a evolução da doença, desenvolvem artralgia e/ou artrite em uma ou mais articulações do corpo que, quando investigadas, não levam a nenhum diagnóstico específico de uma outra doença reumatológica, obtendo então o diagnóstico de artrite psoriásica, ou psoríase artropática. Esta ocorre em 5 a 7% dos doentes, em geral naqueles com lesões cutâneas disseminadas. A forma mais freqüente é uma mono ou oligoartrite assimétrica de fácil controle e bom prognóstico, que afeta particularmente as articulações interfalangeanas distais ou proximais. A velocidade de hemossedimentação (VHS) está aumentada, porém o fator reumatóide e os fatores antinucleares estão ausentes.¹

Como muitas doenças reumatológicas o diagnóstico de artrite psoriásica é sindrômico, envolvendo vários critérios, pois não existem testes específicos baseados em um único fator

que esteja envolvido na patogênese da doença. Alguns autores propuseram critérios diagnósticos, no entanto eles possuem uma alta especificidade associada a uma baixa sensibilidade.³² O fenótipo, a prevalência e a história natural da artrite psoriásica e sua precisa relação com psoríase se mantêm incompletamente entendidos e, como consequência, as investigações sobre os mecanismos da doença são impedidas.³³

O acrônimo SAPHO, que inclui sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte foi utilizado pela primeira vez por Chamot *et al.* em 1987.³⁴ Os pacientes com esta síndrome tipicamente apresentam-se com componentes músculo-esqueléticos na parede anterior do tórax,³⁵ e a radiografia simples pode revelar lesões líticas, escleróticas ou lesões mistas como alterações em articulações sinoviais e sincondroses.³⁶⁻³⁸ Embora o envolvimento da pele não seja absolutamente necessário para o diagnóstico da síndrome SAPHO, muitos pacientes têm também algum tipo de dermatose pustular, mais comumente pustulose palmo-plantar, acne cística severa ou outro tipo de psoríase pustulosa.³⁷⁻³⁹

2.3.3 PPP e tireoidopatias

Em doenças dermatológicas auto-imunes, como vitiligo ou alopecia, observa-se um aumento da incidência de tireoidopatias e/ou anticorpos anti-tireoidianos.⁴⁰ No entanto a associação de PPP com doenças auto-imunes não é bem documentada na literatura.⁴¹ Mulheres com PPP apresentem um significativo aumento em patologias da tireóide quando comparadas com a população em geral na mesma área geográfica. Estas patologia incluem sintomas de hipo e hipertireoidismo, presença de nódulos, além de cirurgia na tireóide, tratamento com levotiroxina ou drogas antitireoidianas.⁴² A literatura tem referido uma prevalência de 16-25% de doenças na tireóide em pacientes com PPP.^{11,40,42} É notório lembrar que um nódulo tireoidiano pode ser induzido pelo efeito de cigarro,⁴² assim como este pode causar efeitos adversos nas secreções e ações de hormônios tireoidianos, que podem aumentar a incidência de hipotireoidismo subclínico ou piorar um hipotireoidismo presente.⁴⁴ Além disso, constitui um fator de risco para a doença de Graves.⁴⁵

2.3.4 Tratamento da PPP

O tratamento da PPP é insatisfatório e poucos pacientes chegam a um resultado bom ou excelente. Muitas terapêuticas diferentes têm sido utilizadas, como monoterapia com retinóide sistêmico, fotoquimioterapia com psoraleno (*psoralen photochemotherapy* – PUVA), ciclosporina, metotrexate, liarozole, radioterapia dentre outros. Estudos vêm sendo feitos até hoje comparando diferentes terapias, a fim de obter o melhor resultado. Todavia

muitos destes estudos são de curta duração com um pequeno número de participantes. Assim quando se compara as diversas terapias com placebo obtém-se uma significativa redução da doença. No entanto, ao comparar-se as diferentes terapias entre si os resultados são contraditórios e confusos. Alguns aspectos já foram notados: corticóides tópicos potentes agem melhor se forem feitos sob oclusão; a terapia com PUVA parece não trazer benefício extra se for utilizado psoraleno tópico. Em geral os melhores resultados foram encontrados associando-se retinóides sistêmicos em conjunção com PUVA oral. Vale lembrar que o uso a longo tempo de retinóides sistêmicos é dificultado pelos seus efeitos colaterais. Deste modo, a terapia ideal para PPP continua desconhecida.⁸

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

A PPP é uma incomum doença de pele, mas que oferece grande desconforto e diminuição da qualidade de vida, além de o tratamento ser insatisfatório. Sendo assim é importante observar quais fatores estão implicados em uma maior prevalência da doença. Através do presente estudo deseja-se avaliar fatores sócio-econômicos, epidemiológicos e de hábitos de vida que apresentam uma relação direta com PPP, observando-se assim o perfil desses pacientes.

3.2 Específicos

Avaliando-se os fatores clínico-epidemiológicos da PPP se deseja testar possíveis associações causais entre as variáveis estudadas. Dentre elas entram fatores sócio-econômicos como sexo e idade.

Fatores já sabidamente relacionados com PPP, como tabagismo, também serão testados estatisticamente.

Outros fatores como etilismo, estresse, variações climáticas (tempo frio e tempo quente), tireoidopatias e artrite psoriásica serão pesquisadas, afim de desvendar fatores precipitantes que possam estar relacionadas a PPP, assim como possíveis comorbidades associadas.

4 MÉTODO

A presente pesquisa é retrospectiva, observacional e se constitui de um estudo caso-controle, de caráter quanti e qualitativo.

A amostragem do estudo foi obtida no Ambulatório de Psoríase do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HUPEST), sendo estudados todos os pacientes portadores de PPP que freqüentam o serviço, além do mesmo número de pacientes de psoríase vulgar, que foram incluídos na pesquisa pela ordem cronológica de suas consultas.

A população de estudo inclui um total de 38 pacientes, sendo 19 deles portadores de PPP (casos) e 19 com psoríase vulgar (controles), sendo eles de idades variadas e de ambos os sexos.

Os casos, ou seja, pacientes portadores de PPP, foram incluídos no estudo observando as manifestações clínicas de pústulas recorrentes e crônicas sem foco bacteriano local ou pele hiperqueratósica em palma e/ou plantas, assim como biópsia da pele sugestiva de lesões psoriasiformes.¹

Já nos pacientes portadores de psoríase vulgar – incluídos dentro dos controles – os critérios de inclusão foram essencialmente clínicos, ou seja, pacientes que apresentaram placas eritemato-descamativas características da doença, além dos sinais que surgem com a curetagem metódica de Brocq.¹

Os pacientes excluídos do estudo foram aqueles que não apresentaram história clínica de PPP ou psoríase vulgar.

Todos os pacientes aceitaram a participação no estudo através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1). Após isso foram submetidos a um questionário – com pouca diferenciação dos casos para os controles – (apêndice 2), o qual interrogava o tempo de início e freqüência de aparecimento das lesões, fatores relacionados com a exacerbação da doença, história concomitante de dor articular, uso de álcool e cigarro, comorbidades associadas, além de história familiar e pessoal de doenças de pele ou auto-imunes. As informações colhidas na anamnese foram preenchidas como de rotina nos prontuários dos pacientes. Além disso, houve registro das informações em um questionário de estudo, de acesso exclusivo ao pesquisador responsável e mantido em sigilo. Não houve riscos adicionais para os pacientes selecionados ao estudo, pois estes não foram submetidos a qualquer tipo de tratamento ou procedimento, que não seja aquele preconizado. Como

benefício, receberam orientações para entender, prevenir ou aliviar seu quadro clínico, melhorando seu bem-estar.

As variáveis qualitativas são descritas em números absolutos e proporções e as variáveis quantitativas, medidas de tendência central e dispersão. A diferença entre as variáveis é proposta através da razão de chances (odds ratio – OR) e testada pelo teste de qui quadrado, associado ao teste com correção de continuidade de Yates (teste exato de Fischer). Uma associação entre as variáveis foi considerada estatisticamente significativa quando “p” apresentou-se menor que 0,05.

A presente pesquisa foi aprovada no comitê de ética da UFSC no ano de 2006, através do número 193/06.

5 RESULTADOS

Do total de pacientes 19 (50%) eram do sexo feminino e 19 (50%) do masculino, sendo 10 (52,5%) e 9 (47,5%) femininos, e 9 (47,5%) e 10 (52,5%) masculinos para PPP e psoríase vulgar respectivamente (Figura 3). Não houve diferença estatisticamente significativa para a variável sexo ($p > 0,05$).

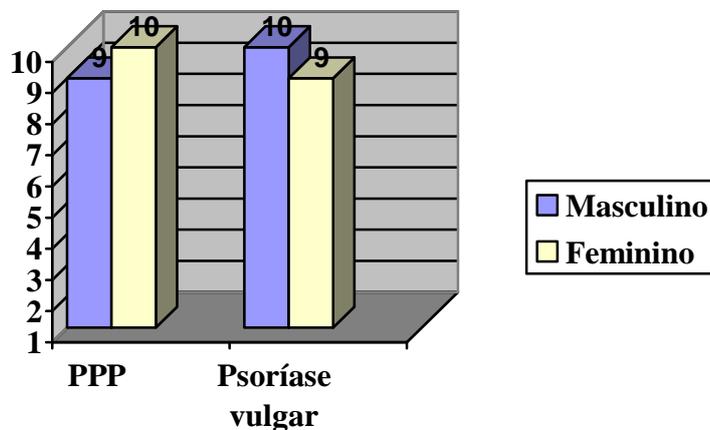


Figura 3. Distribuição do sexo entre os grupos.

Entre os pacientes do grupo dos casos 10 (52,5%) possuíam PPP do tipo hiperqueratósica, enquanto 9 (47,5%) do tipo pustulosa. Dos pacientes portadores de queratoderma, 3 (30%) eram mulheres, enquanto 7 (70%) eram homens. Já nos pacientes com pustulose palmo-plantar 7 (77,5%) eram mulheres, enquanto 2 (22,5%) eram homens. Analisando essas duas variáveis separadamente, comparando com psoríase vulgar, não se observa diferença estatisticamente significativa tanto para queratoderma quanto para pustulose ($p > 0,05$), apesar de ser notória a predominância percentual.

A idade média dos pacientes foi de $47,05 \pm 11,06$ anos [19-68]. No grupo controle a média foi de $48,79 \pm 9,91$ anos [26-68] e no grupo dos portadores de PPP de $45,32 \pm 11,70$ anos [19-60]. Não houve diferença estatisticamente significativa para a variável idade ($p > 0,05$). Distribuindo os pacientes pela faixa etária percebe-se uma predominância de pacientes entre 40 e 49 anos no grupo controle (Figura 4) e de 50 a 59 anos entre os casos (Figura 5).

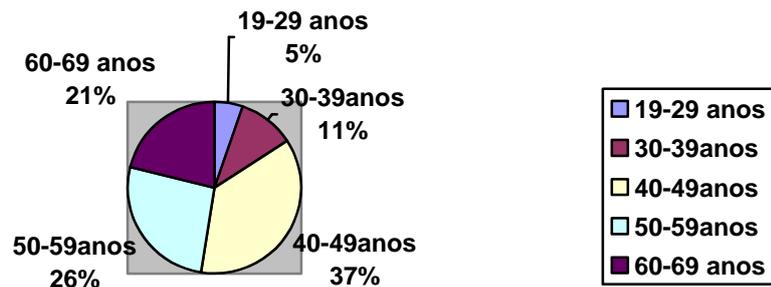


Figura 4. Distribuição por faixa etária do grupo controle.

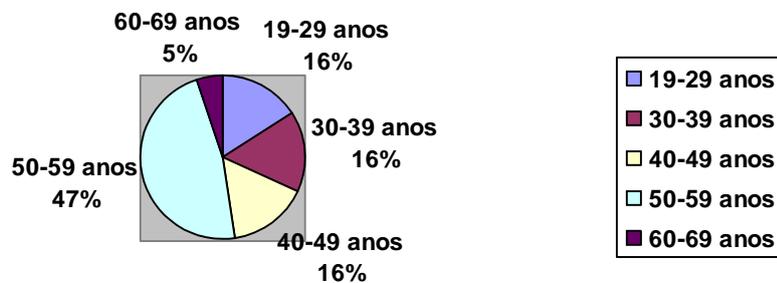


Figura 5. Distribuição por faixa etária do grupo dos casos.

O tempo médio de início das lesões nos pacientes foi de $12,29 \pm 7,89$ anos [1-35]. No grupo controle a média foi de $13,37 \pm 7,03$ anos [5-35] e no grupo dos pacientes com PPP de $11,21 \pm 8,43$ anos [1-30]. Não houve diferença estatisticamente significativa para a variável de tempo de início das lesões ($p > 0,05$).

A idade média do início de aparecimento das lesões nos pacientes foi de $34,79 \pm 12,92$ anos [7-55]. No grupo controle a média foi de $35,42 \pm 15,36$ anos [7-55] e no grupo dos casos de $34,16 \pm 10,74$ anos [11-49]. Não houve diferença estatisticamente significativa para a variável de idade de início das lesões ($p > 0,05$).

Considerando todos os pacientes 22 (58%) deles referiram estar sempre com lesões, independente do tratamento ou de fatores precipitantes; 7 (18,5%) referiram raramente se encontrar sem lesões; 7 (18,5%) apresentam lesões em decorrência dos fatores precipitantes; e 2 (5%) não apresentam lesões apenas com a utilização de tratamento adequado. Considerando apenas os casos, 15 (79%) deles referiram estar sempre com lesões; 3 (16%) referiram raramente se encontrar sem lesões; e 1 (5%) apresenta lesões em decorrência dos fatores

precipitantes. No grupo controle, 7 (37%) deles referiram estar sempre com lesões; 4 (21%) referiram raramente se encontrar sem lesões; 6 (31,5%) apresentam lesões em decorrência dos fatores precipitantes; e 2 (10,5%) não apresentam lesões apenas com a utilização de tratamento adequado (Tabela 1). Entre os pacientes com PPP 18 (95%) referiram que raramente se encontram sem lesões ou sempre apresentam lesões, enquanto nos pacientes com psoríase vulgar esse número foi de 11 (58%). Analisando a associação entre as variáveis têm-se OR = 13,09. O paciente portador de PPP parece possuir uma frequência mais elevada de lesões raramente se encontrando sem elas ($p < 0,05$).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes quanto à frequência de aparecimento das lesões.

Frequência do aparecimento de lesões	Casos n = 19	Controles n = 19
Sempre com lesões	15 (79)	7 (37)
Raramente sem lesões	3 (16)	4 (21)
Lesões em decorrência de fatores precipitantes	1 (5)	6 (31,5)
Sem lesões apenas com tratamento adequado	0	2 (10,5)

FONTE: Protocolo de estudo aplicado no HUPEST-UFSC em 2006
Valores entre parênteses indicam percentagem

Os fatores desencadeantes analisados foram: trauma de qualquer natureza, estresse, medicamentos, tempo frio e quente, infecções, alimentos ou outros fatores que fossem citados pelos pacientes. Das 38 pessoas incluídas no estudo, 37 (97,5%) referiram piora das lesões com o estresse; 18 (47,5%) durante o tempo frio; 5 (13%) com o uso de cigarros; 3 (8%) após traumas físicos; 3 (8%) após a ingestão de bebidas alcoólicas; 2 (5,5%) durante o tempo quente; 1 (2,5%) com a ingestão de alimentos temperados; 1 (2,5%) com o contato com poeira; 1 (2,5%) com o contato com água sanitária; e 1 (2,5%) após infecções de orofaringe (amigdalites). No grupo controle 18 (95%) referiram piora das lesões com o estresse; 8 (42%) durante o tempo frio; 2 (10,5%) com o uso de cigarros; 1 (5,5%) após infecções de orofaringe; e 1 (5,5%) após a ingestão de bebidas alcoólicas. Entre os casos, 19 (100%) referiram piora das lesões com o estresse; 10 (52,5%) durante o tempo frio; 3 (16%) com o uso de cigarros; 3 (16%) após traumas físicos; 2 (10,5%) durante o tempo quente; 2 (10,5%) após a ingestão de

bebidas alcoólicas; 1 (5,5%) com o contato com poeira; 1 (5,5%) com a ingestão de alimentos temperados; e 1 (5,5%) com o contato com água sanitária (Tabela 2). Não se notou diferença estatisticamente significativa para nenhum dos fatores analisados ($p > 0,05$).

Tabela 2. Fatores precipitantes de lesões.

Fatores precipitantes	Casos n = 19	Controles n = 19
Estresse	19 (100)	18 (95)
Trauma	3 (16)	0
Medicamentos	0	0
Tempo frio	10 (52,5)	8 (42)
Tempo quente	2 (10,5)	0
Infecções	0	1 (5,5)
Alimentação	1 (5,5)	0
Outros	7 (37)	3 (16)

FONTE: Protocolo de estudo aplicado no HUPEST-UFSC em 2006
Valores entre parênteses indicam percentagem

A história de dor articular estava presente em 13 (34%) dos 38 pacientes, sendo que 12 deles possuíam diagnóstico de psoríase artropática e em 1 paciente a causa da dor era desconhecida. No grupo controle observou-se 4 (21%) pacientes com dor articular, tendo todos eles diagnóstico de psoríase artropática. Entre os casos 9 (47,5%) possuíam história de dor articular; 8 deles com diagnóstico de artrite psoriásica e 1 sem diagnóstico (Tabela 3). Não houve diferença estatisticamente significativa para a variável dor articular ($p > 0,05$).

Tabela 3. Distribuição dos pacientes quanto à presença de dor articular.

Presença de dor articular	Casos n = 19	Controles n = 19
PA	8 (42)	4 (21)
NPA	1 (5,5)	0
Sem dor articular	10 (52,5)	15 (79)

FONTE: Protocolo de estudo aplicado no HUPEST-UFSC em 2006
Legenda: PA = com dor articular e diagnóstico de psoríase artropática; NPA = com dor articular sem diagnóstico de psoríase artropática
Valores entre parênteses indicam percentagem

Os pacientes que apresentavam dor articular foram interrogados quanto a localização da mesma (Tabela 4). A média do tempo de início da dor articular foi de $5,08 \pm 3,75$ anos [2-15]. No grupo controle esse número foi de $4,5 \pm 1,80$ anos [2-7]. Entre os casos a média foi de $5,38 \pm 4,38$ anos [2-15]. Um paciente portador de PPP apresentava dor em quadril há um mês sem diagnóstico, portanto não foi incluído dentre esses números haja vista a gama de fatores causadores possíveis.

Tabela 4. Localização da dor articular.

Localização	Casos n = 19	Controles n = 19
Joelhos	6 (31,5)	4 (21)
Tornozelos	3 (16)	3 (16)
Mãos	4 (21)	1 (5,5)
Pés	1 (5,5)	2 (10,5)
Quadril	2* (10,5)	0
Cotovelos	4 (21)	2 (10,5)

FONTE: Protocolo de estudo aplicado no HUPEST-UFSC em 2006

* Um dos pacientes não possuía diagnóstico de psoríase artropática
Valores entre parênteses indicam percentagem

Quanto ao questionamento sobre a ingestão de bebidas alcoólicas, 18 (47,5%) pacientes se disseram abstêmios; 10 (26,5%) referiram uso ocasional, em quantidade moderada; 9 (23,5%) referiram uso ocasional, em grande quantidade, chegando a estado de embriaguez; e 1 (2,5%) referiu uso diário em quantidade capaz de determinar embriaguez. Dentre os pacientes com psoríase vulgar 12 (63%) se disseram abstêmios; 4 (21%) referiram uso ocasional, em grande quantidade, chegando a estado de embriaguez; 2 (10,5%) referiram uso ocasional, em quantidade moderada; e 1 (5,5%) referiu uso diário em quantidade capaz de determinar embriaguez. Nos pacientes com PPP observou-se que 8 (42%) referiram uso ocasional, em quantidade moderada; 6 (31,5%) se disseram abstêmios; e 5 (26,5%) referiram uso ocasional, em grande quantidade, chegando a estado de embriaguez (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos pacientes quanto à ingestão de bebidas alcoólicas.

Uso de bebidas alcoólicas	Casos n = 19	Controles n = 19
Grupo A	12 (63)	6 (31,5)
Grupo B	2 (10,5)	8 (42)
Grupo C	4 (21)	5 (26,5)
Grupo D	0	0
Grupo E	0	0
Grupo F	1 (5,5)	0
Grupo G	0	0

FONTE: Protocolo de estudo aplicado no HUPEST-UFSC em 2006

Legenda: Grupo A = pessoas abstêmias, isto é, não usam definitivamente qualquer tipo de bebida alcoólica; Grupo B = uso ocasional, em quantidades moderadas; Grupo C = uso ocasional, em grande quantidade, chegando a estado de embriaguez; Grupo D = uso freqüente em quantidade moderada; Grupo E = uso diário em pequena quantidade; Grupo F = uso diário em quantidade capaz de determinar embriaguez; Grupo G = uso diário em quantidade exagerada, chegando o paciente a avançado estado de embriaguez

Valores entre parênteses indicam percentagem

Dividindo-se os pacientes em 2 grupos, sendo um deles etilistas (sem importar a quantidade e freqüência) e outro não etilistas, tem-se que 7 (37%) – dos pacientes do grupo controle – e 13 (68,5%) – dentre os casos – são etilistas (Figura 6). Analisando a variável etilismo por este aspecto não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

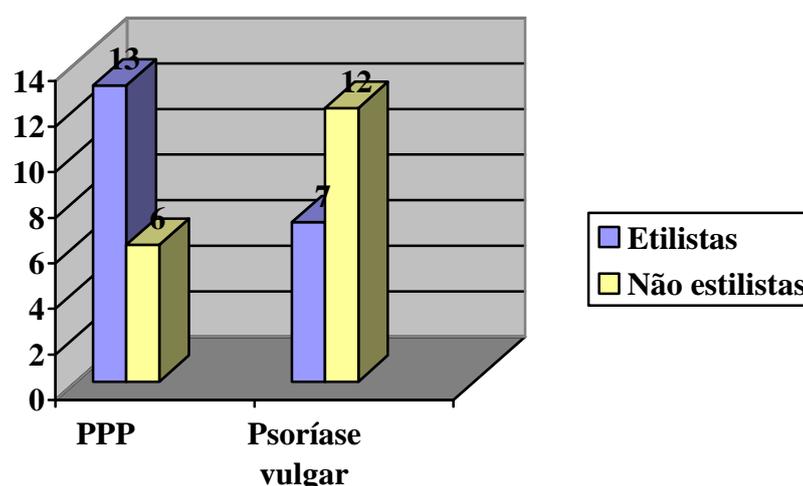


Figura 6. Distribuição dos pacientes quanto ao hábito de ingestão de bebidas alcoólicas

Dividindo-se os pacientes entre 3 grupos – sendo o primeiro composto por abstêmias, o segundo por pacientes que bebem em quantidade moderada (etilistas 1) e o terceiro por

pacientes que bebem em grande quantidade (etilistas 2) – observa-se um resultado diferente. Tem-se assim que 12 (63%) pacientes do grupo controle são abstêmios, 2 (10,5%) bebem em quantidade moderada e 5 (26,5%) bebem em grande quantidade. Entre os casos estes números são 6 (31,5%), 8 (42%) e 5 (26,5%) respectivamente (Figura 5). Deste modo analisando a variável etilismo em grande quantidade não se observou diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$). No entanto foi observada diferença estatisticamente significante analisando a variável etilismo em quantidade moderada ($p < 0,05$).

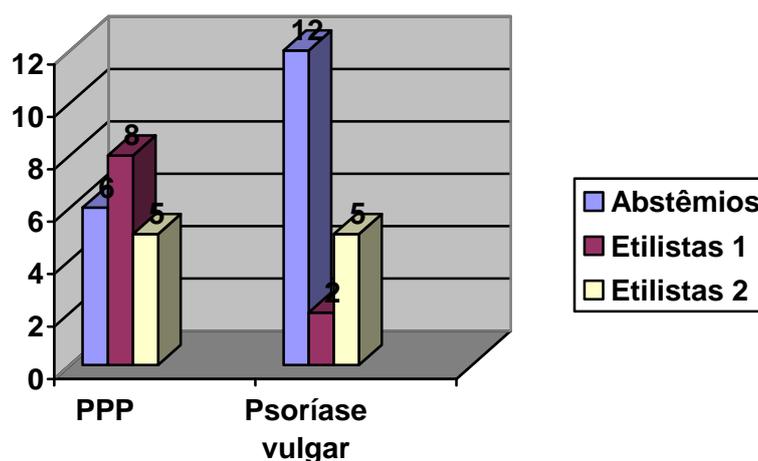


Figura 7. Distribuição dos pacientes em 3 grupos quanto ao hábito de ingestão de bebidas alcoólicas.

Analisando o hábito de tabagismo, observou-se que 18 (47,5%) pacientes são fumantes, 9 (23,5%) são ex-fumantes e 11 (29%) são não tabagistas. No grupo controle tem-se 9 (47,5%) fumantes, 1 (5%) ex-fumante e 9 (47,5%) não tabagistas. Entre os casos estes números foram de 9 (47,5%), 8 (42%) e 2 (10,5%) respectivamente. Dividindo-se os pacientes em 2 grupos, sendo 1 composto por fumantes ou ex-fumantes e o outro composto por não tabagistas observa-se que 10 pacientes (52,5%) do grupo controle se encaixam no primeiro grupo e 9 (47,5%) no segundo. Dentre os casos estes números são de 17 (89,5%) e 2 (10,5%) respectivamente (Figura 8). Observa-se assim que os pacientes portadores de PPP possuem uma relação direta com o hábito de fumar ($p < 0,05$). Todavia, ao dividir os pacientes em 3 grupos – fumantes, ex-fumantes e não fumantes – e analisando-os não se observa diferença estatisticamente significativa para a variável fumante ($p > 0,05$), mas se observa para a variável ex-fumante ($p < 0,05$).

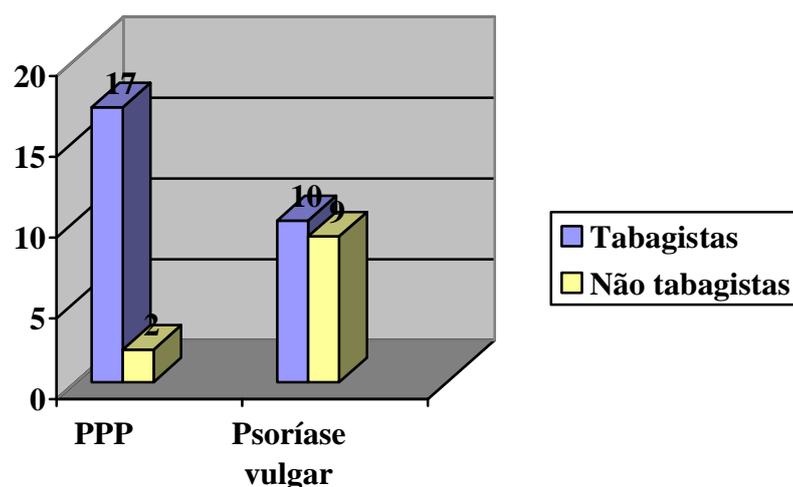


Figura 8. Distribuição dos pacientes quanto ao hábito de tabagismo. ($p < 0,05$)

A história familiar de psoríase está presente em 3 (16%) pacientes do grupo controle; e em 10 (52,5%) pacientes portadores de PPP. Observa-se assim que os pacientes com PPP parecem possuir uma história familiar de psoríase mais intensificada do que os pacientes com psoríase vulgar ($p < 0,05$). Quanto a história familiar de doenças auto-imunes observa-se que ela é positiva em 6 (31,5%) paciente portadores de PPP (2 casos de vitiligo, 2 casos de hipotireoidismo, 1 de lupus eritematoso sistêmico e 1 de vitiligo mais hipotireoidismo), enquanto nenhum (0%) paciente do grupo controle tem doença auto-imune na família (Tabela 6). Apesar da diferença percentual não houve diferença estatisticamente significativa para a variável de história familiar de doenças auto-imunes ($p > 0,05$). A história familiar de outras doenças de pele também foi pesquisada, no entanto, entre os 2 grupos não se observou nenhum caso positivo.

Tabela 6. Distribuição dos pacientes quanto à história familiar de psoríase e/ou doenças auto-imunes.

História familiar	Casos n = 19	Controles n = 19
Positiva para psoríase	10 (52,5)	3 (16)
Negativa para psoríase	9 (47,5)	16 (84)
Positiva para DAU	6 (31,5)	0
Negativa para DAU	13 (68,5)	19 (100)

FONTE: Protocolo de estudo aplicado no HUPEST-UFSC em 2006

Legenda: DAU = doenças auto-imunes

Valores entre parênteses indicam percentagem

Dos pacientes do grupo controle 3 (16%) apresentam história prévia ou atual de doenças auto-imunes (2 casos de hipotireoidismo e 1 de nefropatia auto-imune), mesmo valor encontrado entre os casos (2 casos de hipotireoidismo e 1 de vitiligo), conforme mostra a tabela 7. Não se observou diferença estatisticamente significativa para a variável de história prévia ou atual de doenças auto-imunes ($p > 0,05$). A história prévia ou atual de outras doenças de pele também foi pesquisada, no entanto, entre os 2 grupos não se observou nenhum caso positivo.

Tabela 7. Distribuição dos pacientes quanto à história prévia ou atual de doenças auto-imunes.

História pessoal	Casos n = 19	Controles n = 19
Positiva para DAU	3 (16)	3 (16)
Negativa para DAU	16 (84)	16 (84)

FONTE: Protocolo de estudo aplicado no HUPEST-UFSC em 2006

Legenda: DAU = doenças auto-imunes

Valores entre parênteses indicam percentagem

Outras comorbidades que pudessem estar associadas à doença de pele também foram pesquisadas entre os casos e os controles (Tabela 8). No entanto, analisando-as não foi encontrada nenhuma diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Tabela 8. Comorbidades associadas aos casos e controles

Comorbidades	Casos n = 19	Controles n = 19
HAS	5 (26,5)	4 (21)
DM	4 (21)	1 (5,5)
Hipercolesterolemia	1 (5,5)	1 (5,5)
Gastrite	0	1 (5,5)
ICC	0	1 (5,5)
Epilepsia	0	1 (5,5)
Cardiopatía	0	1 (5,5)
Cirrose hepática	0	1 (5,5)
Glaucoma	1 (5,5)	0
SWPW	1 (5,5)	0
Esteatose hepática	1 (5,5)	0

FONTE: Protocolo de estudo aplicado no HUPEST-UFSC em 2006

Legenda: HAS = Hipertensão arterial sistêmica; DM = Diabetes Mellitus; ICC = Insuficiência cardíaca congestiva; SWPW = Síndrome de Wolff-Parkinson-White

Valores entre parênteses indicam percentagem

6 DISCUSSÃO

A incidência exata de PPP permanece desconhecida, embora saiba se tratar de um subtipo incomum de psoríase. No nosso caso continua praticamente impossível determinar a prevalência da doença, já que toda amostra foi obtida de um ambulatório de psoríase, não sendo possível determinar a real prevalência desta forma de psoríase na população. Haja vista a relativa raridade da doença torna-se dificultosa a determinação de um tratamento que seja satisfatório. Do mesmo jeito, a baixa amostragem dos poucos estudos realizados não facilita a identificação do perfil clínico-epidemiológico do paciente com PPP. Somando-se a isso se tem a discussão de quais formas clínicas pertencem ao espectro da PPP. Até hoje não há um consenso que determine que pustulose palmo-plantar e queratoderma palmo-plantar sejam subtipos de PPP. Para melhor estudo da doença e tentativa de identificação de fatores de risco, as duas enfermidades foram consideradas como formas incomuns de psoríase, na presente pesquisa.

Diferentes estudos demonstraram que a PPP é mais freqüente no sexo feminino.^{5,6,11} Alguns autores propõe que a população feminina dentro da enfermidade chega a 90%.^{30,31} No entanto a maioria dos estudos realizados inclui apenas a forma pustulosa da doença, sendo que não é possível determinar se o subtipo queratodérmico possui uma incidência maior em algum dos sexos. Na presente pesquisa notou-se uma predominância do sexo feminino nos pacientes com pustulose palmo-plantar (77,5%), ao mesmo tempo em que, dentre os pacientes com queratoderma, o sexo masculino foi o mais comum (70%). Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa, os resultados são comparáveis a outros estudos, que mostram a predominância feminina na pustulose. Eriksson *et al.*,⁷ estudando pacientes com pustulose palmo-plantar, mostrou uma predominância do sexo feminino de 88,14%. Este número na pesquisa de García *et al.*¹¹ foi de 76,47%. Vale lembrar que estudos específicos de queratoderma palmo-plantar psoriásico não são feitos em quantidade suficiente para que se possa realmente comprovar a maior incidência deste subtipo entre os homens. O porquê das diferentes lesões serem predominantes nos diferentes sexos não é conhecido e nem teorias têm sido propostas. Sendo assim permanece indeterminada a predominância de queratoderma entre os sexos, ao mesmo tempo em que se percebe uma maior prevalência de pustulose em mulheres.

A idade dos pacientes incluídos nos casos variou de 19 a 60 anos, com um pico de ocorrência dos 50 aos 59 anos (47%). No grupo controle a idade variou de 26 a 68 anos com um pico de ocorrência dos 40 aos 49 anos (37%). A psoríase em geral possui uma maior predominância na terceira e quarta década de vida¹, assemelhando-se, assim ao grupo controle estudado. Sendo um subtipo de psoríase a PPP costuma se comportar da mesma forma, considerando o aspecto da faixa etária dos pacientes.² Alguns autores propõe uma idade média geralmente semelhante à 40 anos.⁶ García *et al.* encontraram em seu estudo uma idade média de 40 anos, variando de 28 à 67 anos,¹¹ dados semelhantes aos encontrados na presente pesquisa.

Quanto à idade de aparecimento das lesões, a psoríase pode surgir em qualquer época da vida.^{1,2} A maioria dos autores costuma considerar a terceira e quarta década como predominantes para o início das lesões, no entanto até mesmo nos extremos da vida podem ocorrer lesões psoriásicas. A idade média de início das lesões foi bastante semelhante entre os casos e os controles, cerca de 35 anos, dado pouco inferior ao encontrado no estudo de Eriksson *et al.*, que mostrou uma idade média de 42 anos.⁷ Todavia, é impossível afirmar que em nosso meio a psoríase costuma se manifestar mais cedo do que em outros lugares, apenas tomando como ponto esse dado. Do mesmo modo o tempo de início das lesões fica totalmente influenciado pela época em que o estudo foi realizado, não sendo, portanto, conveniente afirmar quanto tempo a doença costumar durar, mesmo porque na maioria dos pacientes as lesões costumam aparecer durante toda a vida, após a primeira aparição. Na nossa pesquisa, tanto casos quanto controles tiveram um tempo médio de início das lesões de aproximadamente 12 anos. É notório que este número pode estar sendo superestimado, haja vista que a maioria das pessoas não procura o médico imediatamente após o aparecimento de alguma lesão. Sendo assim os pacientes que freqüentam ambulatórios de dermatologia normalmente já tem a doença há mais tempo, podendo haver outras pessoas com a doença ainda sem diagnóstico e um tempo menor de início das lesões.

A psoríase em geral pode produzir uma série de efeitos na qualidade de vida, que incluem estresse psicológico, estigmas e desconforto físico. Esses efeitos podem funcionar como uma cascata e acabar por causar problemas emocionais, disfunção social, baixo rendimento na escola ou no trabalho e baixa da auto-estima. Tradicionalmente os médicos têm trabalhado com parâmetros para medir a qualidade de vida dos pacientes psoriásicos. Esses medem principalmente a severidade da doença e incluem porcentagem do corpo acometida, presença de placas ou eritemas, freqüência de aparecimento das lesões e presença de outros sintomas como artrite.⁴⁶⁻⁴⁸ Dentre os fatores utilizados para estimar a qualidade de vida do

paciente psoriásico a frequência de aparecimento das lesões foi estudada na presente pesquisa. No grupo controle 11 (58%) pacientes referiram estar sempre com lesões ou raramente se encontrar sem lesões, independente do tratamento realizado ou da presença de fatores precipitantes. Entre os casos este número foi de 18 (95%). Apesar de se notar que a qualidade de vida costuma ser mais baixa em pacientes com PPP, quando comparados a pacientes com outras formas de psoríase, não há estudos que mostrem diretamente que a frequência de aparecimento de lesões é maior nesses pacientes. No entanto algumas pesquisas demonstram dados que indiretamente podem ser semelhantes aos encontrados. Pettey e colaboradores em seu estudo mostrou que as formas palmo-plantares de psoríase causam um maior desconforto físico do que outros subtipos da mesma doença,⁴⁹ não significando logicamente que estes pacientes pudessem ter uma maior frequência de aparecimento de lesões, pois outros parâmetros também foram avaliados. Da mesma forma, diferentes outros estudos têm demonstrado que, apesar de diferentes terapias estar sendo utilizadas o tratamento da PPP é insatisfatório na maioria das vezes,^{50,51} o que tem como consequência lógica um maior tempo com lesões. Na presente pesquisa observou-se uma frequência elevada de lesões, no entanto os pacientes não foram interrogados quanto à qualidade de vida.

Apesar de ser uma doença bem estudada até hoje não se descobriu a etiologia exata da psoríase. Tudo que se sabe é que há uma correlação com antígenos HLA – sugerindo uma origem genética –, assim como diversos fatores precipitantes já foram elucidados. Estes fatores podem, além de exacerbar lesões pré-existentes, iniciar lesões em locais previamente saudáveis.¹ Dos pacientes estudados 19 (100%) pacientes com PPP referiram piora das lesões com o estresse emocional. Entre os casos esse número foi de 18 (95%). Sempre se soube que a psoríase é diretamente influenciada pelo estresse, no entanto os estudos mostram números pouco inferiores a estes achados na presente pesquisa. Rodríguez *et al.*, em seu estudo achou uma prevalência de 85% de ansiedade em pacientes com PPP, além de uma exacerbação das lesões com o estresse em 90% dos pacientes.⁹ Além disso, outros estudos tentam comprovar biologicamente o papel do estresse na psoríase. Diferentes autores demonstraram que durante o estresse psicológico hormônios advindos principalmente da glândula adrenal ativada se elevam e podem ser os responsáveis pela não remissão de lesões psoriásicas, ou ainda pela exacerbação das mesmas.^{52,53} Os mesmos estudos mostraram que a remissão espontânea das lesões são diretamente relacionadas ao nível de hormônios do estresse, principalmente glicocorticóides e catecolaminas.⁵²

Diversos outros fatores precipitantes têm sido relacionados com psoríase, além do estresse psicológico. Alguns fatores são mais relacionados com algum subtipo de psoríase

como a infecção estreptocócica e a psoríase em gotas.¹ Quanto a PPP esses fatores não estão bem elucidados. O que se sabe até o momento é que há uma grande relação entre PPP e tabagismo, no entanto essa associação é geralmente crônica, e muitos pacientes já são ex-fumantes no início das lesões, fator que faz-nos pensar se o cigarro pode ou não levar ao desencadeamento agudo de lesões, ou se a interrupção do uso pode ocasionar a remissão das lesões.^{4,5,7,11,30} Dos pacientes com PPP em nosso estudo 3 (16%) referiram piora das lesões com o trauma físico, 10 (52,5%) com o tempo frio, 3 (16%) com o uso de cigarros, 2 (10,5%) com o uso de bebidas alcoólicas, 2 (10,5%) com o tempo quente, 1 (5,5%) com o contato com poeira, 1 (5,5%) com a ingestão de alimentos temperados, 1 (5,5%) com o contato com água sanitária e nenhum (zero) após infecções de orofaringe. Nos pacientes com psoríase vulgar esses números foram de 0 (zero), 8 (42%), 2 (10,5%), 1 (5,5%), 0(zero), 0(zero), 0(zero) e 1 (5,5%) respectivamente.

O fenômeno de Koebner foi descrito pela primeira vez em 1877 por Heinrich Koebner, se referindo ao aparecimento de lesões psoriásicas como consequência do trauma na pele previamente sadia. Os pacientes acabam por desenvolver lesões em locais de escoriações, tatuagens, dentre outros.⁵⁴ Mais tarde outras doenças cutâneas foram também reconhecidas por poderem apresentar o mesmo tipo de reação.^{54,55} Alguns autores sugerem que tal fenômeno está presente em 36 a 76% dos pacientes com psoríase.¹ Todavia poucos estudos demonstraram que pacientes com PPP possuem também o risco de desenvolver lesões após o trauma. Os dados encontrados na presente pesquisa são discordantes quanto aos encontrados na literatura, pois dentre os 19 pacientes com psoríase vulgar, nenhum referiu o desencadeamento de lesões cutâneas após o trauma de pele. No entanto é notório que tais pacientes constituem o grupo controle do estudo e a amostragem exageradamente baixa – em comparação com a percentagem de pessoas com psoríase na população – pode ter contribuído para tais resultados. Além disso, os dados encontrados por outros autores referem-se a experimentos realizados, ou seja, os pacientes foram submetidos a traumas cutâneos e em seguida examinados para se visualizar o fenômeno de koebnerização,⁵⁴ diferente dos dados desta pesquisa os quais foram colhidos através de um questionamento. Já ao avaliarmos os dados dentre os casos, encontramos resultados semelhantes aos já descritos. Eriksson *et al.* estudando pacientes com PPP teve como resultado que 11,86% dos pacientes referiam piora das lesões após trauma cutâneo,⁷ dado semelhante ao encontrado (15,79%). No entanto os estudos são poucos e a ocorrência de lesão psoriásica após o trauma não é o foco principal deles. Portanto torna-se inadequado dizer que pacientes com PPP podem sofrer lesões pela reação de Koebner, embora a negativa dessa afirmação também não seja verdadeira. Da

mesma forma, são necessárias novas pesquisas, preferencialmente mais invasivas, para poder afirmar que o trauma é um fator de risco para o aparecimento de lesões psoriásicas palmo-plantares. É importante citar também que o trauma não se enquadra apenas nos ferimentos físicos, mas também às situações que levam a lesão cutânea como ressecamento, substâncias irritantes (sabão e produtos de limpeza), dermatite de contato alérgica, que nem sempre são referidos pelo paciente. Na presente pesquisa os pacientes que referiram lesões após traumas o fizeram citando apenas ferimentos de pele.

Variações climáticas constituem outro ponto já bastante conhecido como fator de risco para psoríase em geral. O tempo frio sempre foi considerado como um fator agravador de lesões em mais de 50% dos pacientes psoriásicos. Tanto que se elege como parte do tratamento a exposição solar pelo maior tempo possível. Seguindo o mesmo raciocínio, a maior parte dos pacientes refere melhora das lesões durante as estações mais quentes, como o verão.^{1,2} Dados semelhantes foram encontrados na presente pesquisa, haja vista que mais de 40% dos pacientes com psoríase vulgar referiram piora das lesões durante o tempo frio, enquanto nenhum deles referiu piora no tempo quente. Entretanto ao considerar o subtipo PPP o raciocínio torna-se inverso dentro da literatura. A maioria dos pacientes costuma referir piora das lesões durante o tempo quente. Alguns autores sugerem que cerca de 36% dos pacientes com PPP referem ser verdadeira tal afirmação.^{2-5,7} Diferentemente dos dados da literatura apenas 2 (10,5%) pacientes com PPP referiram piora das lesões com o tempo quente, enquanto 10 (52,5%) referiram com o tempo frio. O tempo quente parece melhorar as lesões psoriásicas causando uma imunossupressão na pele. Os raios ultravioletas advindos do sol diminuem a população de células de Langerhans presentes na pele, reduzindo assim a inflamação e causando significativa remissão das lesões.⁵⁶ No caso da PPP o tempo quente parece piorar as lesões interferindo diretamente na temperatura das palmas e plantas, e o mesmo pode ocorrer após infecções de orofaringe.⁵⁷ Vale lembrar que os estudos que incluem o tempo quente como fator de risco para PPP trabalham exclusivamente com os subtipos pustulosos. Sendo assim é possível explicar o porquê de os pacientes com PPP da presente pesquisa referirem piora das lesões com o tempo frio majoritariamente, haja vista que metade deles possuíam o subtipo hiperqueratósico. Além disso, outras variáveis podem influenciar as lesões durante as variações climáticas, podendo ser causa de confusão para tal análise. No entanto, por si sós tais afirmativas não explicam o porquê dos pacientes da pesquisa referirem piora das lesões principalmente no tempo frio. São necessários mais estudos de pacientes com PPP, e de preferência com exame físico dos pacientes durante

diferentes estações do ano, para podermos afirmar se o tempo quente ou frio pode agravar lesões pré-existentes, ou ainda piorar lesões antigas.

Outro resultado interessante encontrado após a aplicação do protocolo foi quanto às infecções de orofaringe, pois nenhum paciente com PPP referiu ser um fator precipitante, enquanto apenas um com psoríase vulgar referiu tal fato. Embora a idéia de que as lesões de PPP sejam um fenômeno tipo *ide* que ocorra após infecções – geralmente de orofaringe – tenha sido abandonada¹, diversos autores têm sugerido que há uma associação entre essas variáveis.^{2,7,11,15} García *et al.* encontrou que 41,18% dos pacientes com PPP possuíam história prévia de amigdalites de repetição.¹¹ Já Eriksson *et al.*⁷ encontrou apenas 20,34% dos pacientes que referiram piora das lesões após infecções de vias aéreas altas – e não apenas amigdalites. Outras pesquisas mais específicas, como de Asada *et al.*,⁵⁷ demonstraram que a amigdalectomia pode ser eficiente se utilizada como parte do tratamento na PPP. Entretanto os números são contraditórios entre os diferentes estudos, além de que teorias sobre a patogenia da associação amigdalites-PPP não estejam sendo propostas. Portanto, a precariedade de informações obtidas faz com que se precise de novos estudos, que comprovem tal associação, além de propor uma teoria que explique o porquê da ocorrência de tal fenômeno.

Cada paciente psoriásico possui sua forma de manifestação da doença, havendo grandes diferenças quanto à severidade, freqüência, resposta ao tratamento e fatores precipitantes. Sendo assim alguns pacientes podem perceber piora das lesões após diferentes estímulos que, no entanto são prejudiciais apenas para aquele paciente. Por isso é comum encontrar como risco para psoríase, fatores que nem foram ainda estudados, pois é ínfima a quantidade de pacientes que refere piora das lesões após o contato. Como exemplo pode-se citar os fatores achados em apenas um paciente dentro de todo o estudo como o contato com a poeira ou água sanitária, ou ainda com a ingestão de alimentos temperados. O uso de cigarro e bebidas alcoólicas como fator agravador das lesões psoriásicas será comentado mais adiante.

Apesar de uma considerável percentagem de pacientes com psoríase apresentarem dor articular sem outras causas que não a própria psoríase, o diagnóstico e a patogenia da psoríase artropática ainda continua não bem elucidado.³² A dor articular costuma acometer pacientes com formas disseminadas e geralmente é de fácil controle. Apesar de exames complementares mostrarem uma atividade inflamatória sistêmica – pelo aumento de VHS – não há exames específicos para o diagnóstico, que é feito pela clínica e por exclusão. Alguns autores propõe que até 10% dos pacientes com psoríase podem vir a desenvolver artrite psoriásica no curso da doença.^{1,2} A incidência exata em pacientes com PPP não é conhecida embora saiba-se que

estes podem desenvolver um tipo específico de doença reumatológica – a síndrome SAPHO.³³ Dos pacientes estudados 13 (34%) apresentavam dor articular, e apenas um deles não possuía diagnóstico de psoríase artropática. A incidência elevada pode ser facilmente explicada pelo método de obtenção da amostra. Todos os pacientes incluídos no estudo freqüentam o ambulatório de psoríase do HUPEST-UFSC sendo, portanto pacientes que apresentam formas mais severas da doença e que necessitem de um tratamento mais agressivo, como o uso de imunossupressores. Logo, estes pacientes possuem mais risco de desenvolver este tipo de artrite. Dentre os casos foi observada uma incidência de 42%, o dobro da observada nos controles (21%). Uma avaliação específica para evidenciar a presença de síndrome SAPHO não foi realizada. A incidência levemente mais elevada do que a descrita na literatura nos pacientes controles pode ser explicada pela obtenção da amostra, como citado acima. Já aquela encontrada entre os casos se assemelha a outros estudos já realizados. García *et al.*¹¹ descreveu uma incidência de dor articular de 64,70% em pacientes com PPP. Já Eriksson *et al.*⁷ achou 42,37% de pacientes com PPP e artralgia. No entanto, como o diagnóstico de psoríase artropática não é simples, não é possível afirmar que todos estes pacientes apresentavam esta patologia. Analisando a psoríase em geral observa-se uma incidência máxima de 10% de pacientes com artrite psoriásica. Os poucos estudos realizados revelam números bem maiores para pacientes com PPP. O porquê disso não é sabido, nem teorias foram propostas. Os pacientes com PPP parecem ter mais risco de desenvolver artrite psoriásica quando comparados a outros tipos de psoríase. Estudos comprobatórios e que sugiram uma teoria para tal patogenia são necessários para elucidar o porquê da diferença de incidência de artrite entre as patologias.

A associação de psoríase e alcoolismo ainda não está bem definida. O mesmo pode-se dizer com relação à PPP.¹⁶ Na primeira divisão realizada nos resultados não houve significância estatística para as duas variáveis. No entanto ao dividir em 3 grupos se percebeu uma associação entre etilistas moderados com PPP, mas não com grande etilistas. Logicamente não poderemos ter tal associação como verdadeira. Para explicar tal erro estatístico diversos pontos devem ser tomados. Em primeiro lugar já é possível perceber que nem sempre se obtém a verdade dos pacientes já que todos eles responderam ao protocolo em um primeiro contato com o examinador. Sendo assim é possível que muitos pacientes que utilizam bebidas alcoólicas não mencionaram a verdade na entrevista. Além disso, não se sabe ao certo se o etilismo pode ser uma consequência da psoríase, haja vista a qualidade de vida deteriorada dos pacientes. Algumas outras pesquisas mostraram uma relação entre psoríase e o hábito de ingestão e bebidas alcoólicas, entretanto não conseguiram estabelecer qual seria a

relação causal delas.¹⁶ Outro ponto extremamente importante é que o paciente que tem o hábito de beber pode ter várias outras variáveis de confusão, não se sabendo ao certo se há realmente uma relação com álcool e psoríase. Dentre essas variáveis podemos citar o hábito do tabagismo além de a precariedade na ingestão de verduras ou outros alimentos saudáveis. Portanto, apesar dos resultados encontrados após a análise do protocolo de estudo, não se chegou a uma conclusão se o etilismo influi nas lesões ou na sua remissão, tanto para psoríase vulgar, quanto para PPP. Os dados obtidos são totalmente infiéis, além de que a presença de variáveis de confusão impossibilita uma análise estatística correta.

A relação de tabagismo e PPP já é bastante conhecida na literatura.^{1,2} Confirmando dados já previamente achados obteve-se na presente pesquisa uma percentagem de 89,5% de fumantes ou ex-fumantes nos pacientes com PPP, número consideravelmente maior do que o encontrado entre os pacientes controles (52,5%). Com uma diferença estatisticamente significativa a associação comprova mais uma vez que o tabagismo constitui um fator de risco para o desenvolvimento de PPP. Eriksson *et al.* encontrou 94,92% de pacientes fumantes no início do desenvolvimento das lesões de PPP.⁷ No estudo de Hagforsen e colaboradores esse número foi de 95%.⁵ Já García *et al.* encontrou 100% de pacientes fumantes ou ex-fumantes no início da doença.¹¹ O número encontrado na maioria dos estudos varia de 90 a 100%, sempre demonstrando essa intensa relação. Analisando estatisticamente os pacientes em 3 grupos sendo um de não fumantes, um de fumantes e um de ex-fumantes observa-se uma diferença estatisticamente significativa para o grupo de ex-fumantes apenas. Entretanto tal dado estatístico é facilmente explicado pelo fato de que o primeiro passo para o tratamento da PPP é a interrupção do tabagismo, mesmo não se sabendo ao certo se isto promove um melhor prognóstico para estes pacientes.³⁰ As teorias para explicar tal associação são várias, a maioria delas envolvendo receptores nicotínicos e as glândulas écrinas.⁵ No entanto nada foi bem esclarecido ainda e outros estudos envolvendo dados imunohistológicos devem ser realizados a fim de desvendar qual a patogenia que o cigarro pode causar nesses pacientes.

Ao analisar a história familiar de psoríase foram considerados apenas parentes de 1º e 2º grau (mãe, pai, filhos ou irmãos). Dos pacientes com psoríase vulgar 3 (16%) referiram possuir um parente com a doença, dado levemente inferior àquele encontrado na literatura (30%).^{1,2} Dos pacientes com PPP 10 (52,5%) referiram possuir pelo menos um parente com a doença. Vale lembrar que todos os subtipos de psoríase foram considerados, sendo que na maioria das vezes a história familiar era positiva para psoríase vulgar (8 pacientes referiram ter um parente com psoríase vulgar, enquanto 2 referiram ter um parente com PPP). A incidência pouco inferior de história familiar de psoríase nos pacientes controles pode ser

explicada pela falta de representatividade da amostra. Além de pequena os pacientes foram obtidos pela ordem cronológica de suas consultas, o que pode ter causado esta variação percentual. Já ao analisar os pacientes do grupo dos casos observa-se uma incidência de história familiar de psoríase bem maior daquela apresentada na literatura. García *et al.* observou 11,76% dos pacientes portadores de PPP com história familiar de psoríase.¹¹ Já Eriksson e colaboradores encontrou 35,59%, sendo que destes, 13,56% tinha história familiar de PPP e os outros de psoríase vulgar. A associação genética de psoríase, incluindo PPP, já é conhecida, no entanto se trata de uma doença multifatorial e, portanto fatores ambientais também são responsáveis pelo desencadeamento da doença.¹ O porquê da alta incidência familiar de psoríase nos pacientes com PPP da presente pesquisa não é explicado, pois outros estudos mostram números pouco inferiores. Apesar de ter sido demonstrado uma diferença estatisticamente significativa para tal associação, não é comprovado que pacientes com PPP possuem uma história familiar de psoríase mais intensa do que pacientes com outro tipo de psoríase. Pode-se afirmar isso pelo fato de que o percentual de pacientes controles com história familiar de psoríase ter sido abaixo do exposto pela literatura. Da mesma forma dentre os casos este percentual foi muito mais elevado do que outras pesquisas mostram, embora pouco estudos tenham sido feito avaliando tal fator. No entanto tais resultados sugerem que a pustulose e o queratoderma palmo-plantar sejam realmente subtipos de psoríase, haja vista a rica história familiar positiva.

A história familiar de doenças auto-imunes foi consideravelmente maior nos pacientes com PPP. Dos 19 pacientes, 6 (31,5%) possuíam algum parente com este tipo de patologia – contrastando com 0% dentre os controles –, sendo 2 casos de vitiligo, 2 casos de hipotireoidismo, 1 de lupus eritematoso sistêmico e 1 de vitiligo mais hipotireoidismo. No entanto ao se verificar história prévia ou atual de doenças auto-imunes não se identificou diferença estatisticamente significativa, pois nos 2 grupos haviam 3 (16%) pacientes em que ela era positiva. A associação de PPP e doenças auto-imunes ainda não está bem estabelecida, do mesmo modo com relação às tireoidopatias. Entretanto se percebem alterações tireoidianas em cerca de 40% dos pacientes com PPP.⁵ Na presente pesquisa observamos uma associação estatisticamente significativa entre história familiar de doenças auto-imunes e PPP. Todavia não se observa associação de doenças auto-imune e PPP no próprio paciente. Dois erros estatísticos poderiam estar causando tais resultados contraditórios. Em primeiro lugar poderíamos citar novamente que a amostra de pacientes controles pode não estar sendo representativa da doença, devido ao método de escolha dos pacientes. Neste caso poderíamos estar observando uma associação falsamente positiva entre doenças auto-imunes e PPP. Outro

ponto que deveríamos lembrar é que muitas vezes as doenças auto-imunes, incluindo tireoidopatias podem agir silenciosamente e ser detectadas apenas através de exames complementares. Portanto pacientes que entraram no estudo poderiam estar desenvolvendo alguma dessas doenças, no entanto ainda não saber de sua existência. Sendo assim poderia haver associação verdadeiramente positiva para doenças auto-imunes e PPP, no entanto não estar sendo detectada pela falta de exames complementares realizados (pois a detecção de doenças auto-imunes nos pacientes foi feita apenas pela anamnese).

Com relação às comorbidades apresentada pelos pacientes, observou-se resultados mais significativos apenas com relação a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Entre os casos 5 (26,5%) eram hipertensos e 4 (21%) diabéticos. Entre os controles esses números foram de 4 (21%) e 1 (5,5%) respectivamente. No entanto não se observou diferença estatisticamente significativa entre estas variáveis. Alguns estudos têm demonstrado que a inflamação crônica que ocorre em diferentes doenças – como artrite reumatóide – pode levar a um risco aumentado de doenças cardiovasculares.⁵⁸ Observa-se também uma associação entre estas doenças e psoríase, sem, no entanto, haver diferença entre psoríase vulgar e PPP. Outras comorbidades citadas pelos pacientes, sem relação cardiovascular, parecem não ter associação com psoríase.

7 CONCLUSÃO

1. A forma pustulosa de PPP parece ser mais comum no sexo feminino enquanto a forma hiperqueratósica no sexo masculino.
2. A idade média dos pacientes portadores de PPP não difere da idade dos pacientes com outros subtipos de psoríase.
3. A frequência de aparecimento das lesões é significativamente maior nos pacientes portadores de PPP, do que pacientes com psoríase vulgar.
4. Tanto pacientes portadores de PPP quanto pacientes portadores de psoríase vulgar referem como principal fator desencadeante de lesões o estresse. Outros fatores não parecem ser mais significantes para um tipo de psoríase do que para outro.
5. Os pacientes portadores de PPP possuem um risco maior de desenvolver psoríase artropática na evolução de sua doença, do que pacientes com psoríase vulgar, embora não se tenha notado diferença estatisticamente significativa.
6. O tabagismo possui intensa relação com PPP, sendo que de 90 a 100% dos pacientes referem o uso atual ou prévio de cigarro.
7. Os pacientes portadores de PPP parecem possuir uma história familiar de psoríase mais intensa do que pacientes com outras formas da doença.
8. A relação de doenças auto-imunes e PPP não foi bem estabelecida e estudos adicionais são necessários a fim de observar se há ou não associação
9. Pacientes com PPP possuem o mesmo risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares quando comparados a pacientes com psoríase vulgar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sampaio SAP, Rivitti EA. Erupções eritêmato-escamosas. In: Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1998. p. 170-9.
2. Fitzpatrick TB. Dermatologia: atlas e texto. 3ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 1998.
3. Kerkhof PCMV, Kuijpers ALA, Feind AK. On the nosology of palmoplantar psoriasis. JEADV. 1996 Setembro;7(2):184-6.
4. Sampaio SAP, Rivitti EA. Erupções pustulosas. In: Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1998. p. 249-54.
5. Hagforsen E, Einarsson A, Aronsson F, Nordlind K, Michaelsson G. The distribution of choline acetyltransferase- and acetylcholinesterase-like immunoreactivity in the palmar skin of patients with palmoplantar pustulosis. Br J Dermatol. 2000 Fevereiro;142(2):234-42.
6. Christophers E. Pustular eruptions of palms and soles. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K. Dermatology in general medicine. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 1993. p. 648-54.
7. Eriksson M-O, Hagforsen E, Lundin IP, Michaelsson G. Palmoplantar pustulosis: a clinical and immunohistological study. Br J Dermatol. 1998 Março;138(3):390-8.
8. Chalmers R. Management of palmoplantar pustulosis. Clin Exp Dermatol. 2002 Junho;27(4):328-9.
9. Rodríguez MS, Cabrera AN, Tejera SA, Neda FGM, Alom SD, García ME, et al. The role of psychological factors in palmoplantar pustulosis. JEADV. 2002 Julho;16(4):325-7.
10. Kerkhof PCMV. Pustulosis palmaris et plantaris. JEADV. 2000 Julho;14(4):248.
11. García RG, Ramón SS, Olmedo LAC. Palmoplantar pustulosis: a clinicoepidemiological study. The relationship between tobacco use and thyroid function. JEADV. 2003 Maio;17(3):276-9.
12. Costner ML, Sontheimer RD. Osteoarthritis in 84 Japanese patients with palmoplantar pustulosis. J Am Acad Dermatol. 1995 Setembro;33(3):543.
13. Tay Y-K, Tham S-N. The profile and outcome of pustular psoriasis in Singapore: a report of 28 cases. Int J Dermat. 1997 Abril;36(4):266-71.

14. Niizeki H, Yokoyama M, Inamoto N, Nishikawa T, Naruse T, Inoko H, et al. Lack of association of the interleukin-1 receptor antagonist gene with palmoplantar pustulosis in Japanese. *Eur J Immunogen.* 2003 Agosto;30(4):249-52.
15. Rodríguez MS, Cabrera AN, Bustínduy MG, Neda FGM, Alom SD, García ME, et al. Palmoplantar pustulosis associated with gastric *Helicobacter pylori* infection. *Clin Exp Dermatol.* 2002 Novembro;27(8):720.
16. Higgins E. Alcohol, smoking and psoriasis. *Clin Exp Dermatol.* 2000 Março;25(2):107-10.
17. Rosset M, Oki G. Skin disease in alcoholics. *Q J Stud Alc.* 1971;32:1017-24.
18. Monk B, Neill SM. Alcohol consumption and psoriasis. *Dermatologica.* 1986;173:57-60.
19. Poikilonen K, Rennal A, Karvonen J, Lanharanta J, Karkkainen P. Alcohol intake: a risk factor for psoriasis in young and middle aged men? *Br Med J.* 1990;300:780-3.
20. Vincenti GE, Blunden SM. Psoriasis and alcohol abuse. *J Royal Army Med Corps.* 1987;133:77-8.
21. Tonnensen H. Reversibility of alcohol induced immune depression. *Br J Addiction.* 1992;87:1025-8.
22. Schopf RE, Ockenfels HM, Morsches B. Ethanol enhances the mitogen-driven lymphocyte proliferation in patients with psoriasis. *Acta Derm Venereol.* 1996;76:260-3.
23. Mills CM, Srivastava ED, Harvey IM. Smoking habits in psoriasis: a case controlled study. *Br J Dermatol.* 1992;127:18-21.
24. Higgins EM, du Vivier AWP, Peters TJ. Smoking, drinking and psoriasis. *Br J Dermatol.* 1993;129:749-50.
25. Sonnex TS, Carrington P, Norris P, Greaves MW. Polymorphonuclear leucocyte random migration and chemotaxis in psoriatic and healthy adult smokers and non-smokers. *Br J Dermatol.* 1988;119:653-9.
26. Cox N. Polymorphonuclear leukocytes in psoriatic smokers. *Br J Dermatol.* 1989;121:143.
27. Naldi L, Parazzini F, Peli L, Chatenoud L, et al. Dietary factors and the risk of psoriasis. Results of an Italian casecontrol study. *Br J Dermatol.* 1996;134:101-6.
28. Higgins EM, Chew E, Ward R, Peters TJ. Antioxidant levels in psoriasis. *Clin Sci* 1994;86(30):27.

29. O'Doherty Macintyre C. Palmoplantar pustulosis and smoking. *Br Med J*. 1985;291:861-4.
30. Michaëlsson G, Gustafsson K, Hagforsen, E. The psoriasis variant palmo-plantar pustulosis can be improved after cessation of smoking (carta). *J Am Acad Dermatol*. 2006 Abril;54(4):737-8.
31. Hagforsen E, Michaëlsson K, Lundgren E, Olofsson H, Petersson A, Lagumdžija A, et al. Women with palmoplantar pustulosis have disturbed calcium homeostasis and a high prevalence of diabetes mellitus and psychiatric disorders: a case control study. *Acta Derm Venereol*. 2005;85:225-32.
32. Salvarani C, Olivieri I, Cantini F, Macchioni, Boiardi L. Psoriatic arthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 1998;10:299-305.
33. Winchester R. Psoriatic arthritis and the spectrum of syndrome related to the SAPHO (synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis and osteitis) syndrome. *Curr Opin Rheumatol*. 1999 Julho;11(4):251
34. Chamot Am, Benhaumou Cl, Kahn MF, Beraneck L, Kaplan G, Prost A. Le syndrome pustulose hyperostose osteite (SAPHO). Resultats d'une enquete nationale: 85 observations. *Rev Rhum Mal Osteoartic*. 1987;54:187-96.
35. Sonozaki H, Mitsui H, Miyanaga Y. Clinical features of 53 cases with pustulotic arthro-osteities. *Ann Rheum Dis*. 1981;40:547-53.
36. Jurik AG. Anterior chest wall involvement in patients with pustulosis palmoplantaris. *Skel Radiol*. 1990;19:271-7.
37. Kahn MF, Chamot AM. SAPHO syndrome. *Rheum Dis Clin North Am*. 1992;18:225-46.
38. Kahn MF, Kahn MA. The SAPHO syndrome. *Baillier's Clin Rheum*. 1994;8:333-62.
39. Sofman MS, Prose NS. Dermatoses associated with sterile lytic bone lesions. *J Am Acad Dermatol*. 1990;23:494-8.
40. Rosén K, Mobacken H, Nilson L-A. Increased prevalence of antithyroid antibodies and thyroid diseases in pustulosis palmoplantaris. *Acta Derma Venereol*. 1981;61:237-40.
41. Burden AD, Kemmett D. The spectrum of the nail involvement in palmoplantar pustulosis. *Br J Dermatol*. 1996;134:1079-1082.
42. Rosén K, Lindtedt G, Mobacken H, Nyström E. Thyroid function in patients with pustulosis palmoplantaris. *J Am Acad Dermatol*. 1988;19:1009-16.

43. Borup-Christensen S, Ericsson U-B, Janzon L. Influence of cigarette smoking on goiter formation, thyroglobulin and thyroid hormone levels in women. *Clin Endocrinol.* 1984;58:615-618.
44. Muller B, Zullwski H, Huber P, Ratcliffe JG, Staub JJ. Impaired action of thyroid hormone associated with smoking in women with hypothyroidism. *N Engl J Med.* 1995;333:964-9.
45. Shine B, Fells P, Edwards OM, Weetman AP. Association between Graves ophthalmopathy and smoking. *Lancet.* 1990;335:1261-4.
46. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML et al. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41:401-7.
47. Anderson RT, Rajagopalan R. Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37:41-50.
48. Arruda LHF, Moraes APF. The impact of psoriasis on quality of life. *Br J Dermatol.* 2001;144(58):33-6.
49. Pettey AA, Balkrishnan R, Rapp SR, Fleischer AB, Feldman SR. Patients with palmoplantar psoriasis have more physical disability and discomfort than patients with other forms of psoriasis: implications for clinical practice. *J Am Acad Dermatol.* 2003 Agosto;49(2):271-5.
50. Farber EM, Nall L. Nonpustular palmoplantar psoriasis. *Cutis.* 1992;50:407-10.
51. Epstein E, Maibach HI. Palms and soles. In: Roenigk HH, Maibach HI. *Psoriasis.* 2nd ed. New York: Marcel Dekker. 1991:121-130.
52. Weigl BA. The significance of stress hormones (glucocorticoids, catecholamines) for eruptions and spontaneous remission phases in psoriasis. *Int J Dermatol.* 2000 Setembro;39(9):678-88.
53. Richards HL, Ray DW, Kirby B, Mason D, Plant CJ, Main DG, et al. Response of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis to psychological stress in patients with psoriasis. *Br J Dermatol.* 2005 Dezembro;153(6):1114-20.
54. Miller RAW. The Koebner phenomenon. *Int J Dermatol.* 1982;21:192-7.
55. Weiss G, Shemer A, Trau H. The koebner phenomenon: review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2002 Maio;16(3):241-8.
56. Duarte I, Buense R, Kobata C. Fototerapia. *An Bras Dermatol.* 2006 Fevereiro;81(1):74-82.
57. Asada H, Miyagawa S, Tamura M, Azukizawa H, Tanemura A, Yamaguchi Y, et al. Evaluation of provocation test monitoring palmoplantar temperature with the use

of thermography for diagnosis of focal tonsillar infection in palmoplantar pustulosis. *J Dermatol Science*. 2003;32:105-13.

58. Christophers E. Comorbidities in psoriasis. *JEADV*. 2006;20(2):52-5.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a Normatização para Trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina. Resolução aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina em 17 de novembro de 2005.

APÊNDICE 1

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Clínica Médica
Hospital Universitário**



Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, Antonio Antunes da Cruz de Barros, estudante de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina estou realizando no Hospital Universitário uma pesquisa chamada “Psoríase palmo plantar: um estudo clínico-epidemiológico”, sob orientação do Dr. Daniel Holthausen Nunes, dermatologista do hospital.

O estudo tem como objetivo definir o perfil clínico dos pacientes com a forma de psoríase citada, além de procurar possíveis fatores de risco relacionados com a doença.

Se você aceitar participar do estudo, será atendido no ambulatório de dermatologia, será feita a consulta de rotina e receberá o tratamento também de rotina, será dado a você um questionário, o qual você responderá e os dados nele contidos será totalmente sigiloso.

Você não será submetido a nenhum procedimento diferente do habitual, os dados serão coletados em protocolo no momento das consultas, bem como serão preenchidos em seu prontuário hospitalar.

Haverá sigilo das informações. Os dados serão utilizados anonimamente, sem identificação, respeitando-se seu sigilo e a sua privacidade.

Se não aceitar participar deste estudo não haverá qualquer comprometimento ao seu tratamento que será feito aqui no ambulatório, como é feito de rotina para todos os pacientes.

Pode-se deixar de participar do estudo assim que desejar, sem qualquer penalização, formas de ressarcimento ou indenização.

No caso de dúvidas ou desistência de participação no estudo, apenas você precisa comunicar ao pesquisador pelo telefone: Antonio Antunes da Cruz de Barros (48) 3025-1018/ 8409-2611 ou comunicar sua desistência na recepção do ambulatório de dermatologia do HU ou pelo telefone do ambulatório .

Pesquisador:

Antonio Antunes da Cruz de Barros

Orientador:

Dr. Daniel Holthausen Nunes

Paciente:

Telefone para contato:

Florianópolis, de de 200

APÊNDICE 2

Universidade Federal de Santa Catarina

Departamento de Clínica Médica

Hospital Universitário

Serviço de Dermatologia



“Psoríase palmo-plantar: um estudo clínico epidemiológico”

Questionário de Estudo

1. Dados do paciente:

Nome:

Idade:

Comorbidades:

Sexo:

2. Anamnese:

Tipo morfológico da PPP

Pustulosa

Hiperqueratósica

(apenas pacientes do grupo dos casos)

Tempo de início das lesões

Frequência do aparecimento das lesões

Fatores que precipitam aparecimento das lesões:

Trauma

Estresse

Medicamentos

Tempo frio

Tempo quente

Infecções Qual (is)

Alimentação qual (is)

Outros Qual (is)

História de dor articular

Sim

Não

Há quanto tempo?

Quais articulações?

3. Relação com o álcool:

A B C D E F G

Grupo A – pessoas abstêmias, isto é, não usam definitivamente qualquer tipo de bebida alcoólica

Grupo B – uso ocasional, em quantidades moderadas

Grupo C – uso ocasional, em grande quantidade, chegando a estado de embriaguez

Grupo D – uso freqüente em quantidade moderada

Grupo E – uso diário em pequena quantidade

Grupo F – uso diário em quantidade capaz de determinar embriaguez

Grupo G – uso diário em quantidade exagerada, chegando o paciente a avançado estado de embriaguez

4. Relação com tabagismo:

A B C D

Grupo A – não fumante

Grupo B – ex-fumante

Grupo C – fumante de menos de 20 cigarros por dia

Grupo D – fumante de mais de 20 cigarros por dia

5. Hereditariedade:

História familiar de doenças de pele	Sim	Não
Qual? _____		
História familiar de psoríase	Sim	Não
História familiar de doenças auto-imunes	Sim	Não
Qual? _____		

6. História mórbida pessoal:

História prévia ou atual de doença de pele	Sim	Não
Qual? _____		
História prévia ou atual de doenças auto-imunes	Sim	Não
Qual? _____		