



## **PSORÍASE – DESCRIÇÃO GERAL**

### **Quais são os objectivos deste folheto?**

A Associação Britânica de Dermatologistas proporciona aos doentes três folhetos informativos sobre psoríase. Este folheto foi elaborado para lhe dar uma descrição geral sobre este assunto e informá-lo(a) sobre o que é a psoríase, o que a provoca, o que podemos fazer acerca dela e onde pode encontrar mais informações. Os dois outros folhetos («Tratamentos tópicos para a psoríase» e «O tratamento da psoríase moderada e grave») dão mais informações sobre os diferentes tipos de tratamento.

### **O que é a psoríase?**

A psoríase é um problema de pele comum que afecta cerca de 2% da população. Ocorre com igual frequência em homens e mulheres de qualquer idade e tende a ir e vir de forma imprevisível. Não é infecciosa nem deixa cicatrizes na pele.

### **O que causa a psoríase?**

A pele é um órgão complexo constituído por diversas camadas diferentes. A camada externa da pele (a epiderme) contém células que se formam no fundo e sobem até à superfície, alterando-se gradualmente à medida que avançam e acabando por morrer antes de serem soltadas pela superfície. Esta viagem demora habitualmente 3 a 4 semanas. Na psoríase, a velocidade de renovação aumenta extraordinariamente na pele afectada e chega ao ponto de as células serem formadas e soltas em apenas 3 ou 4 dias. Ainda não se conhecem ao certo as razões por que isto acontece.

Algumas pessoas são mais susceptíveis de sofrer psoríase do que outras, sobretudo se há alguém na família com esta doença: por outras palavras, é uma doença genética ou hereditária (ver abaixo). No entanto, o que desencadeia o aparecimento de psoríase é frequentemente um acontecimento externo, como uma infecção na garganta, o stress ou lesões da pele.

Na prática, não se consegue detectar uma causa óbvia nos doentes que desenvolvem psoríase ou nos quais esta desaparece e volta a surgir. Habitualmente a luz solar melhora a psoríase, embora por vezes a faça piorar

(sobretudo se a pele se queima). Também o consumo elevado de álcool e o tabagismo podem agravar a psoríase, tal como medicamentos utilizados para tratar outras doenças . como o lítio, alguns comprimidos para a malária e outros medicamentos como betabloqueantes (normalmente usados para tratar a angina e a hipertensão). Aparentemente, não há relação entre a dieta e a psoríase.

### **A psoríase é hereditária?**

Sim, mas a forma como é herdada é complexa e não está bem compreendida. Estão envolvidos muitos genes e mesmo quando a combinação certa de genes é herdada pode não surgir psoríase.

Outras características da hereditariedade da psoríase são:

- Há maior probabilidade de existirem antecedentes familiares de psoríase nas pessoas em que esta surge na juventude do que naquelas em que a doença se desenvolve quando são mais velhas.
- Filhos de uma pessoa com psoríase têm uma probabilidade de cerca de 1 para 4 de também sofrer da doença.
- Se um de dois irmãos gémeos tiver psoríase, o outro irmão tem uma probabilidade de também a ter de 70% se forem gémeos idênticos, mas de apenas 20% se forem gémeos falsos.

### **Quais são os sintomas da psoríase?**

- Para muitas pessoas, o principal problema da psoríase é o seu aspecto e a forma como suscita comentários. Isto pode afectar a sua qualidade de vida.
- A psoríase pode provocar comichão e a pele afectada ficar ferida, o que pode ser doloroso.

Algumas pessoas com psoríase podem ter dor e rigidez nas articulações possivelmente causadas por uma forma de artrite a ela associada e denominada *artropatia psoriásica*. As articulações mais afectadas costumam ser as extremidades dos dedos das mãos e dos pés.

### **Qual é o aspecto da psoríase?**

As lesões da psoríase (frequentemente designadas por *placas*) são cor-de-rosa ou vermelhas, mas cobertas por escamas brancas-prateadas. Estas podem adquirir diversas formas e tamanhos e apresentam fronteiras bem definidas com a pele circundante. Algumas surgem quando a pele sofre danos, por exemplo com um corte ou arranhão: isto é conhecido por fenómeno de Köbner. No couro cabeludo as escamas amontoam-se, pelo que é difícil observar a vermelhidão que está por baixo. Ao contrário, as áreas vermelhas bem definidas são fáceis de ver nas dobras do corpo, como axilas e virilhas, mas raramente são escamosas.

A gravidade da psoríase varia com o tempo e de pessoa para pessoa. Quando é ligeira, pode existir apenas uma ou duas placas: quando é mais grave, estas podem surgir em grande número.

As placas podem assumir diversos padrões na pele:

- O padrão mais comum é a *psoríase em placas crónica estável*. As placas persistentes tendem a aparecer simetricamente e sobretudo nos joelhos, cotovelos, tronco e couro cabeludo, embora qualquer área possa estar envolvida.
- A *psoríase gutata* é outra variante. Na maioria dos casos é observada em crianças e é por vezes desencadeada quando a garganta está inflamada. As manchas da psoríase gutata são normalmente pequenas (muitas vezes com menos de 1 cm de diâmetro), mas numerosas.
- Na *psoríase instável*, as placas perdem as suas margens nítidas e bem definidas, aumentam e por vezes aglomeram-se. Podem também surgir algumas novas. Por vezes, a pele torna-se toda vermelha . uma doença denominada *psoríase eritrodérmica*. A psoríase instável tem de ser tratada com preparações brandas, pois as mais fortes podem fazê-la piorar.
- Existem dois tipos principais de *psoríase pustular*. A primeira e mais comum envolve apenas as palmas das mãos e as plantas dos pés (*pustolose palmoplantar*) e as áreas vermelhas contém um misto de novas pústulas amarelas (com pus) e pústulas secas castanhas e mais velhas. Este tipo desaparece lentamente e é frequente responder mal ao tratamento. Um tipo de psoríase pustular diferente, não relacionado e mais generalizado, pode afectar qualquer parte da pele e é mais grave.

Se procuradas com cuidado, podem também encontrar-se frequentemente alterações nas unhas. Estas surgem em até metade dos doentes com psoríase. As mais marcantes são:

- Unhas com picadas irregulares (endentações) à superfície.
- Áreas circulares de descoloração sob a unha.
- Separação entre a unha e o seu leito.
- Espessamento das unhas.

### **Como se diagnostica a psoríase?**

- A psoríase costuma ser fácil de reconhecer e é raro ser necessária uma biopsia.
- Caso a crise de psoríase tenha sido desencadeada por ter a garganta inflamada, o médico pode colher uma amostra para realizar um esfregaço onde verifica se estão presentes bactérias designadas estreptococos hemolíticos. Caso estejam, o tratamento antibiótico pode ajudar.
- Se tiver dores nas articulações, o médico pode pedir uma análise ao sangue para excluir artrite reumatóide. Se várias das suas articulações estiverem inflamadas ou sensíveis pode ter de ser visto por um reumatologista, um especialista em doenças das articulações.

## A psoríase pode ser curada?

Não. Porém, o tratamento de controlo dos sinais e sintomas é habitualmente eficaz. A pele torna-se menos escamosa e pode ficar com um aspecto totalmente normal. No entanto, mesmo que a psoríase desapareça após o tratamento há a tendência para que reapareça. Isto pode não suceder durante anos, mas também pode acontecer passadas poucas semanas.

## Como é que a psoríase pode ser tratada?

O tratamento depende do tipo de psoríase que tem e da sua gravidade.

### 1. *Terapias tópicas.*

Os tratamentos tópicos que são directamente aplicados sobre a pele designam-se por terapias tópicas. Entre estes contam-se os cremes, as pomadas, as pastas e as loções. Se a sua psoríase for ligeira, grande parte do seu tratamento consistirá em terapias tópicas. Este tipo de tratamentos é tratado em mais pormenor noutro dos nossos folhetos («Tratamentos tópicos para a psoríase») e inclui os seguintes:

- Emolientes. Os emolientes reduzem a escamação e podem ser usados as vezes que forem necessárias.
- Ácido salicílico. As preparações que contêm ácido salicílico podem ajudar a aliviar as placas com forte escamação.
- Esteróides tópicos. É frequente os esteróides mais fracos não funcionarem muito bem em zonas de psoríase espessas, mas o seu efeito pode ser melhor na face ou em pregas de pele. As mais fortes podem provocar efeitos secundários, um dos quais é tornar a pele mais fina. O médico vigiará de perto a sua utilização. Por vezes, a psoríase volta rapidamente quando o tratamento com esteróides tópicos é interrompido.
- Preparações de alcatrão. Tomar um banho com alcatrão medicinal pode ajudar a remover as escamas soltas. Os cremes e as pomadas de alcatrão ajudam a maioria dos doentes, mas podem sujar muito e manchar a roupa.
- Ditranol. Este pode ser utilizado em casa na psoríase ligeira ou moderada, sobretudo quando são receitados cremes laváveis com água. O ditranol é frequentemente utilizado como terapia de contacto curto, aplicando-se normalmente nas áreas com psoríase, e não na pele normal entre elas, e lavando-se passados 30 a 60 minutos. A dosagem do ditranol é gradualmente aumentada a cada 3-5 dias. Se as áreas a tratar ficarem inflamadas, o tratamento deve parar até que a inflamação desapareça, mas pode ser depois retomado a uma concentração mais baixa. À medida que a psoríase passa, as áreas tratadas ficam gradualmente manchadas de castanho. As manchas desaparecem nas duas semanas seguintes. Muitos doentes conseguem fazer desaparecer a psoríase em 6 semanas com este tratamento. Alguns doentes não respondem à terapia de contacto curto ou a psoríase pode ser demasiado extensa para tratar em casa.

Assim, podem ser tratados numa consulta externa de dermatologia ou internados numa enfermaria de dermatologia durante até 2-3 semanas. Na consulta externa, o doente teria de ir à consulta durante 1 a 2 horas por dia e receber banhos de alcatrão e/ou luz ultravioleta, além de aplicações de ditranol sob a forma de uma pasta mais consistente do que a utilizada em casa para o tratamento de contacto curto. Ocasionalmente, o ditranol irrita a pele e provoca inflamação e lesões nas áreas tratadas e em volta destas. A face não deve ser tratada com ditranol a não ser por indicação médica, pois o contacto com os olhos tem de ser evitado e as manchas podem ficar com mau aspecto. O ditranol não mancha só a pele e o vestuário, mas também as banheiras e os chuveiros. Estes devem ser limpos imediatamente para evitar manchas permanentes.

- Análogos da vitamina D. São várias as preparações de vitamina D utilizadas para tratar a psoríase: calcipotriol, calcitriol e tacalcitol. Estas são seguras, de utilização limpa e não mancham a pele. O tratamento é aplicado uma (tacalcitol) ou duas (calcipotriol e calcitriol) vezes ao dia e pode durar o tempo que for necessário. Pode ocorrer irritação, sobretudo na face, nádegas e zona genital e estes tratamentos só devem ser aplicados nestas áreas por indicação específica do seu médico.
- Análogos da vitamina A. O tazaroteno é um gel de vitamina A que é aplicado uma vez ao dia sobre as manchas de psoríase. Pode ocorrer irritação se for aplicado na face ou nas pregas de pele. **É importante informar o seu médico se estiver grávida ou a amamentar e deve evitar engravidar durante o tratamento.**

### ***Tratamentos tópicos para locais especiais***

- Pregas de pele e face. Pode receitar-se um creme ou pomada de esteróides leve ou uma preparação de alcatrão para ser aplicada uma ou duas vezes ao dia. A revisão regular pelo seu médico assegurará que as quantidades utilizadas permanecem dentro de limites seguros.
- Couro cabeludo. Pode utilizar-se um champô de alcatrão medicinal ou de óleo de coco além de uma loção de esteróides ou calcipotriol para o couro cabeludo. As preparações de alcatrão ou de óleo de coco devem ser bem esfregadas no couro cabeludo à noite e lavadas na manhã seguinte com um champô de alcatrão. Utilizar uma touca de banho durante a noite ajuda o tratamento a penetrar e protege a almofada de manchas.
- Unhas. Não existe um tratamento sempre eficaz. As unhas devem ser cortadas rentes para evitar que se prendam.

## **2. Fototerapia** (consulte o folheto informativo próprio)

Este termo refere-se ao tratamento com várias formas de luz ultravioleta, por vezes auxiliado pela toma de determinados comprimidos. É benéfico se a psoríase for extensa, se não desaparecer com o tratamento tópico, ou se voltar rapidamente depois de aparentar desaparecer. O tratamento tópico prossegue habitualmente durante a fototerapia.

Podem ser administrados através de máquinas especiais dois tipos de luz ultravioleta (UV): UVA e UVB. Estas são partes distintas da luz solar normal. O tratamento com UVA é auxiliado tomando um medicamento conhecido por *psoraleno*. uma associação conhecida por terapia PUVA. O tratamento com UVB não requer comprimidos.

Os tratamentos com UVB e PUVA têm de ser administrados com grande cuidado e terá de dirigir-se ao serviço de dermatologia 2 ou 3 vezes por semana durante várias semanas. Pode encontrar mais pormenores noutros folhetos publicados pela Associação Britânica de Dermatologistas («**O tratamento da psoríase moderada e grave**» e «**Fototerapia**»).

### **3. Tratamentos internos**

A ideia de utilizar comprimidos para tratar a psoríase é atraente, mas os que são eficazes apresentam riscos potenciais, pelo que não são utilizados na psoríase se for possível controlá-la de maneiras mais simples. Além disso, terá normalmente de continuar a seguir alguma terapia tópica mesmo quando toma os comprimidos.

O seu dermatologista analisará os riscos consigo se iniciar este tipo de tratamento. Todos os comprimidos requerem análises ao sangue e muitos interferem com outros medicamentos. As doentes do sexo feminino não devem engravidar enquanto tomam qualquer dos comprimidos para a psoríase e com alguns deles é também importante que os doentes do sexo masculino não engravidem a sua parceira.

Os comprimidos em questão incluem a acitretina (relacionada com a vitamina A), a ciclosporina (suprime o sistema imunitário), o metotrexato (retarda a velocidade a que as células da pele se dividem na psoríase) e a hidroxocarbamida (conhecida anteriormente por hidroxíureia - também retarda a velocidade a que as células da pele se dividem). Existem diversas formas de tratamento injectáveis para a psoríase grave (adalimumab, etanercept e infliximab). Pode encontrar pormenores sobre estes tratamentos em «**O tratamento da psoríase moderada e grave**». Estão também disponíveis folhetos informativos específicos sobre estes tratamentos.

### **O que posso fazer?**

- Ajuda ensinar as pessoas à sua volta o que é a psoríase. Uma explicação simples transforma frequentemente ideias erradas em apoio. Certifique-se de que sabem que não é infecciosa.
- Se possível, fume menos e reduza o consumo de álcool.
- Pense em contactar outras pessoas com psoríase através de um grupo de apoio.
- A gestão do stress pode ser útil.
- Utilize sempre os tratamentos que lhe foram receitados.

## **Onde posso encontrar mais informações sobre a psoríase?**

*Ligações para grupos de apoio a doentes:*

The Psoriasis Association, Dick Coles House, 2 Queensbridge, Northampton, NN4 7BF

Tel: 0845 676 0076 Internet: [www.psoriasis-association.org.uk](http://www.psoriasis-association.org.uk)

Psoriatic Arthropathy Alliance, PO Box 111, St Albans, Herts, AL2 3JQ

Tel: 01923 672 837 Internet: [www.paalliance.org](http://www.paalliance.org)

Psoriasis Scotland Arthritis Link Volunteers, 54 Bellevue Road, Edinburgh, EH7 4DE

Tel: 0131 556 4117 Internet: [www.psoriasisScotland.org.uk](http://www.psoriasisScotland.org.uk)

**Este folheto tem como objectivo prestar informações correctas acerca do assunto e resulta de opiniões consensuais de representantes da Associação Britânica de Dermatologistas: no entanto, a informação que contém pode por vezes diferir dos conselhos que o seu médico lhe dá.**

**ASSOCIAÇÃO BRITÂNICA DE DERMATOLOGISTAS  
FOLHETO INFORMATIVO PARA OS DOENTES  
PRODUZIDO EM MARÇO DE 2005  
ACTUALIZADO EM MARÇO DE 2009**