



PSORÍASE: MUITO ALÉM DA PELE- O IMPACTO SISTÊMICO E PSICOLÓGICO NO PACIENTE COM A DOENÇA IMUNOLÓGICA

Raphael Siza de Oliveira e Oliveira¹, Thiago Silva Zanuto², Camila Melo de Freitas Oliveira³, Helena Braule Pinto Simeão⁴, Igor Henrique Correia Magalhaes⁵, Isabela Abud de Andrade⁶, Joana Bader Sadala Brandão⁶, Júlia Bobato Ramos de Almeida⁷, Laura Souza de Jesus⁶, Letícia Barroso Luniere⁴, Luiza Fernanda Mendonça Nicolau⁶, Mariana Belo de Almeida⁸, Wallace Silva Ataides⁹, Natalia da Silva Ataide¹⁰.

TIPO DE ARTIGO

RESUMO

A psoríase é uma doença inflamatória crônica autoimune, não contagiosa, que afeta cerca de 2 a 5% da população mundial. Influenciada por fatores emocionais, ambientais e genéticos, ela se manifesta por lesões avermelhadas e descamativas, principalmente em placas na pele. A doença envolve a hiperplasia epidérmica e uma resposta imune inadequada, com linfócitos T ativados e macrófagos liberando citocinas como TNF- α , fundamentais no processo inflamatório. A fisiopatologia inclui alterações no queratinócito e na resposta imunológica, com envolvimento de células como queratinócitos e dendríticas, resultando em condições como psoríase vulgar, gutata, eritrodérmica, inversa e palmo-plantar. Tratamentos incluem o uso de emolientes, análogos da vitamina D, metotrexato e imunobiológicos, além de terapias alternativas como a aloe vera, que possui propriedades anti-inflamatórias e cicatrizantes, auxiliando na redução dos sintomas.

Palavras-chave: Psoríase; Autoimune; Emocional; Pele.



PSORIASIS: MUCH MORE THAN JUST THE SKIN- THE SYSTEMIC AND PSYCHOLOGICAL IMPACT ON PATIENTS WITH THIS IMMUNE DISEASE

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic, non-contagious, autoimmune inflammatory disease that affects approximately 2 to 5% of the world's population. Influenced by emotional, environmental and genetic factors, it manifests as reddish, scaly lesions, mainly in plaques on the skin. The disease involves epidermal hyperplasia and an inadequate immune response, with activated T lymphocytes and macrophages releasing cytokines such as TNF- α , which are fundamental in the inflammatory process. The pathophysiology includes changes in keratinocytes and the immune response, with involvement of cells such as keratinocytes and dendritic cells, resulting in conditions such as vulgaris, guttate, erythrodermic, inverse and palmoplantar psoriasis. Treatments include the use of emollients, vitamin D analogues, methotrexate and immunobiologicals, in addition to alternative therapies such as aloe vera, which has anti-inflammatory and healing properties, helping to reduce symptoms.

Keywords: Psoriasis; Autoimmune; Emotional; Skin.

Instituição afiliada – 1. Graduado em Medicina pela Universidade Nilton Lins; 2. Graduando em medicina pela Faculdade de Rio Verde; 3. Graduada em Medicina pela Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis; 4. Graduanda em Medicina pela Faculdade Metropolitana de Manaus; 5. Graduando em Medicina pela Faculdade Brasileira Multivix; 6. Graduanda em Medicina pela Faculdade Nilton Lins; 7. Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina Faceres; 8. Graduada em Medicina pela Faculdade Nilton Lins; 9. Graduado em Medicina pela Universidade Estácio de Sá, 10. Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Mineiros.

Dados da publicação: Artigo recebido em 13 de Julho e publicado em 03 de Setembro de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p1051-1062>

Autor correspondente: Raphael Siza de Oliveira e Oliveira email_do_autor@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença inflamatória crônica autoimune e não contagiosa, influenciada por fatores emocionais, ambientais e genéticos. Caracteriza-se por lesões avermelhadas e descamativas, geralmente em placas na pele. A doença envolve hiperplasia epidérmica e ativação imune inadequada, com predominância de linfócitos T e macrófagos. Linfócitos T ativados interagem com células apresentadoras de antígeno e queratinócitos, liberando citocinas como TNF- α , que são cruciais no processo inflamatório. A psoríase afeta cerca de 2 a 5% da população global e 2,5% da amostra de pacientes no Brasil. Pode surgir em qualquer idade, sendo mais comum entre 20-30 anos e 50-60 anos. As formas clínicas incluem psoríase vulgar (placas avermelhadas e escamosas), psoríase gutata (lesões em forma de gotas), psoríase eritrodérmica (eritema intenso), psoríase inversa (lesões úmidas e sem escamação) e psoríase palmo-plantar (afeta mãos e pés com placas espessas). A fisiopatologia da psoríase é marcada por alterações no queratinócito e na resposta imunológica, influenciadas por predisposição genética. Células plasmocitóides, mieloides e dendríticas na epiderme e derme ativam células Th1 e Tc1, produzindo HLA-DR e mediadores inflamatórios como IFN- γ . O sistema imune inato e adquirido são envolvidos, com queratinócitos e células dendríticas liberando citocinas que ativam o sistema imune adquirido. Alterações típicas incluem acantose, paraceratose e hiperkeratose, com presença de microabscessos de Munro e aumento dos vasos no derma papilar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura – método que se caracteriza por reunir e sintetizar resultados de pesquisas – realizada no período de julho de 2024 à agosto de 2024, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed e Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Foram utilizados os descritores: Psoríase; Autoimune; Emocional; Pele. Assim sendo, desta busca foram encontrados 48 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português; publicados no período de 2007 a 2020, com



prioridade em artigos mais atuais e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordaram a temática estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão. Após os critérios de seleção restaram 13 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados

RESULTADOS

Psoríase é uma doença inflamatória crônica autoimune, não contagiosa, que possui influência de diversos fatores, como emocional, ambiental e genético, esta patologia se caracteriza por lesões avermelhadas e descamativas, normalmente em placas que atingem a pele. A patologia descrita envolve hiperplasia epidérmica e ativação imune inadequada na pele e articulações, caracterizada por uma predominância de linfócitos T e macrófagos. Há interação entre linfócitos T ativado, células apresentadoras de antígeno (APC) e células residentes, como queratinócitos. A comunicação entre essas células ocorre por meio de citocinas, com o fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) sendo uma das mais importantes.

Assim sendo, vale destacar que a fisiologia da psoríase se baseia a partir de um distúrbio no queratinócitos ou um distúrbio na resposta imunológica e até mesmo na predisposição genética do paciente. Sobre a fisiopatologia dessa doença autoimune, é importante destacar que as alterações na psoríase são causadas pela ativação de células plasmocitoides, mieloides e dendríticas na epiderme e derme. Essas células promovem a produção de células Th1 e Tc1, que desencadeiam a produção de HLA-DR e mediadores inflamatórios como IFN- γ , reativando o processo inflamatório. A doença envolve tanto o sistema imunológico inato quanto o adquirido. As células do sistema inato, como queratinócitos e células dendríticas, quando ativadas, liberam citocinas e proteínas que ativam o sistema imune adquirido. A proteína SLC9A3R1, presente nos queratinócitos, é reconhecida pelo sistema imune, levando a modificações genéticas nos linfócitos T, que secretam citocinas como IL-17 e IL-22, promovendo proliferação contínua dos queratinócitos (Sanchez A. P. G., 2010).

Na inflamação psoriásica, a IL-12 ativa linfócitos TCD4 e CD8, que se diferenciam em Th1 e Tc1, sintetizando citocinas como TNF- α , IFN- γ , e outras, intensificando a resposta inflamatória. As citocinas, como IL-6 e IL-8, liberadas pelos queratinócitos,



**PSORÍASE: MUITO ALÉM DA PELE- O IMPACTO SISTÊMICO E PSICOLÓGICO NO PACIENTE
COM A DOENÇA IMUNOLÓGICA**

Oliveira *et. al.*

também contribuem para a proliferação celular e formação de lesões. As lesões são caracterizadas por hiperproliferação de queratinócitos e infiltração de células inflamatórias, como neutrófilos, formando placas celulares na pele, características da psoríase. O ciclo inflamatório contínuo leva a lesões teciduais, com prurido sendo um sintoma comum, associado ao aumento de mastócitos na pele afetada (Lima E. et al., 2011).

Além disso, é de suma importância destacar que assim como a maioria das doenças autoimunes a psoríase apresenta diversos biomarcadores. No ano de 1989, foram identificados os primeiros biomarcadores da psoríase foram eles o TNF- α e a IL-6, mas outros componentes também participam da inflamação, como a resistina, a osteopontina entre outros. Cabe destacar que, níveis elevados de leptina e resistina no sangue correlacionam-se com maior gravidade da doença, sendo que a resistina está associada ao aumento de citocinas pró-inflamatórias. A osteopontina (OPN), uma glicoproteína que intensifica respostas imunes de padrão Th1 e inibe respostas Th2, é encontrada em níveis elevados em indivíduos com psoríase. Além disso, as citocinas IL-18, IL-22 e o fator transformador de crescimento beta 1 (TGF- β 1) também estão elevados. A IL-18 intensifica a resposta inflamatória, enquanto a IL-6 estimula a produção de proteínas da fase aguda da inflamação, como a proteína C reativa (PCR) e a amilase A sérica (SAA). Ambas, PCR e SAA, são proteínas de fase aguda positiva, sendo seus níveis significativamente elevados em pacientes com psoríase, com a SAA sendo um marcador ainda mais específico do que a PCR (Oliboni L. et al., 2016).

Sobre a epidemiologia da psoríase observa-se que essa doença autoimune afeta aproximadamente 2 a 5% da população mundial. No Brasil, os dados disponíveis são do Censo Dermatológico da Sociedade Brasileira de Dermatologia, que indicou que a psoríase foi diagnosticada em cerca de 1.349 pessoas, entre um total de 54.519 pacientes atendidos por dermatologistas em instituições públicas e privadas, representando 2,5% dessa amostra (Tokuyama M. et al., 2020). Assim sendo, acredita-se que a psoríase atinge cerca de 1 a 3% da população entre homens e mulheres, na faixa etária de 10 a 45 anos (El-Dairi & House, 2019).

Em diversas regiões, a doença afeta homens e mulheres de forma igual. Embora possa surgir em qualquer idade, a psoríase é mais comum em pessoas entre 50 e 69 anos e entre 18 e 39 anos, com a idade de início influenciada por fatores genéticos e

ambientais (Lebwohl M., 2018).

A patologia pode começar em qualquer fase da vida, mas é mais comum entre os vinte e trinta anos, e também entre os cinquenta e sessenta anos. A doença possui diversas formas clínicas, que variam dependendo da localização das lesões.

A psoríase vulgar, ou psoríase crônica em placas, é caracterizada por lesões pápulo-eritematosas e escamosas, que afetam principalmente áreas extensoras como cotovelos, joelhos, couro cabeludo e região lombar. Essas lesões formam placas eritematosas de formato oval ou redondo, bem delimitadas, de tamanhos variáveis, cobertas por escamas espessas, pouco aderentes, de cor prateada ou acinzentada. Em alguns casos, essas escamas podem ser substituídas por queratina dura e firmemente aderida. A remoção das escamas revela um ponteadado hemorrágico, e as lesões podem causar leve prurido e, ocasionalmente, sangramento. Além disso, pode-se observar ao redor das placas um anel esbranquiçado conhecido como anel de Woronoff (Tokuyama M. et al.,2020).

Figura 1-Representação das formas clínicas da psoríase. A psoríase vulgar em placas



Fonte: Psoríase Brasil

A psoríase gutata é uma forma de psoríase que se manifesta por pequenas lesões vermelhas em forma de gotas, geralmente com cerca de 1 cm de diâmetro, distribuídas pelo tronco, região lombar, braços, pernas e couro cabeludo. Esta condição, que é a segunda forma mais comum de psoríase, afeta principalmente crianças, adolescentes e adultos jovens, sendo frequentemente desencadeada por infecções respiratórias, como as causadas por *Streptococcus* ou vírus, além de estresse emocional, trauma físico ou uso de fármacos antimaláricos. Representando cerca de

2% de todos os casos de psoríase, as erupções geralmente persistem por cerca de dois meses antes de clarearem, podendo também afetar simultaneamente mãos e pés, resultando em mobilidade restrita e fissuras dolorosas (Pinto et al.,2012).

Figura 2-Representação das formas clínicas da psoríase. A psoríase gutata



Fonte: Psoríase Brasil

A forma eritrodérmica é a manifestação mais severa da doença, caracterizada por eritema e descamação intensos que cobrem pelo menos 90% da superfície corporal. Esta condição pode se desenvolver lentamente a partir de um quadro de psoríase vulgar ou surgir de forma repentina como a primeira manifestação da doença. Indivíduos com essa forma de psoríase correm o risco de desenvolver complicações graves, como pneumonia e insuficiência cardíaca. O tratamento se concentra na prevenção de infecções e no controle dos sintomas.

Figura 2-Representação das formas clínicas da psoríase. psoríase eritrodérmica



Fonte: Psoríase Brasil

A psoríase inversa apresenta um padrão inverso às outras lesões. São lesões que apresentam de forma mais úmida, localizadas principalmente em áreas de dobras e sem

escamação, uma vez que estão sujeitas à irritação pelo suor e pelo atrito. Também aparecem no couro cabeludo, joelhos e cotovelos. Podem ainda ser confundidas com dermatites e serem do tipo eritematosas, sem escamas e com placas brilhantes (AMIM M, et al., 2020).

Figura 3-Representação das formas clínicas da psoríase. Psoríase inversa



Fonte: Psoríase Brasil

A psoríase palmo-plantar é uma forma de psoríase que afeta predominantemente as mãos e solas dos pés, ocorrendo em cerca de 12% dos pacientes, sendo mais comum em mulheres e em pessoas entre 40 e 60 anos, especialmente fumantes. Essa condição se manifesta por placas bem delimitadas, que podem variar de finas a espessas, frequentemente resultando em fissuras e dor, comprometendo áreas de maior atrito. As lesões geralmente começam com uma coloração branca, evoluindo para castanhas e desaparecendo lentamente com descamação devido à inflamação. Em alguns casos, as lesões palmoplantares se assemelham às do eczema crônico ou apresentam um eritema semelhante ao observado nas flexuras, e a presença de pústulas estéreis recorrentes pode agravar o quadro, tornando o tratamento difícil e impactando significativamente a qualidade de vida dos pacientes.

Figura 4-Representação das formas clínicas da psoríase. Psoríase palmo-plantar



A psoríase ungueal afeta entre 80 a 90% dos pacientes com psoríase em algum momento da doença. As alterações na matriz ungueal se manifestam clinicamente através de "pitting" (pequenas depressões nas unhas), aumento da espessura, fragilidade ungueal (onicorrexe) e manchas brancas (leuconíquia). Quando o leito ungueal é afetado, surgem manchas de óleo ou placas de cor salmão, além de espessamento subungueal (hiperqueratose), descolamento da unha (onicólise) e hemorragias em estilhaço (Carneiro, et al.,2007).

Figura 5-Representação das formas clínicas da psoríase. Psoríase ungueal



Fonte: Psoríase Brasil

O diagnóstico da psoríase é geralmente feito com base na avaliação clínica, embora em casos incomuns ou diagnósticos incertos, uma biópsia de pele possa ser necessária para confirmação. Os principais diagnósticos diferenciais incluem: infecções fúngicas, pitiríase, rubra pilar, líquen plano, lúpus cutâneo, eczemas, micose fungoide, parapsoríase em placas, sífilis secundária, pitiríase rósea e doença de Bowen. Características típicas da formação da placa psoriásica incluem a dilatação dos vasos na papila dérmica, edema dérmico e um infiltrado perivascular composto por macrófagos, monócitos, células T CD8 positivas, e granulócitos neutrofílicos, que formam os microabcessos de Munro, uma marca registrada da psoríase. Outras alterações importantes na epiderme incluem acantose, paraceratose e hiperqueratose. A acantose se refere ao espessamento da camada espinhosa com proliferação de queratinócitos, enquanto a paraceratose indica um defeito na cornificação, onde os queratinócitos nucleados persistem na camada córnea. A hiperqueratose é o espessamento da camada córnea. Ao mesmo tempo, a dilatação e o aumento dos vasos no derma papilar facilitam a migração de células imunológicas para as áreas afetadas, mantendo a doença em atividade (Parra et al., 2019).



**PSORÍASE: MUITO ALÉM DA PELE- O IMPACTO SISTÊMICO E PSICOLÓGICO NO PACIENTE
COM A DOENÇA IMUNOLÓGICA**

Oliveira *et. al.*

Outrossim, vale destacar que os fatores psicossociais interferem grandemente na manifestação dos sintomas da psoríase. Nesse âmbito, destaca-se que o estresse emocional pode agravar a psoríase, pois a aparência das lesões provoca constrangimento e pode levar a uma baixa autoaceitação e isolamento social, contribuindo para um ciclo de estresse e deterioração do quadro clínico. As pessoas com psoríase, especialmente em estágios mais avançados, enfrentam desafios sociais significativos devido às mudanças em sua aparência, o que pode resultar em discriminação e afetar negativamente sua qualidade de vida. A pele é um órgão sensível ao estresse, manifestando alterações como a psoríase, que se agrava com o estresse emocional. O estresse ativa o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e o sistema nervoso autônomo, elevando níveis de cortisol e outros mediadores inflamatórios, o que exacerba a inflamação e a proliferação de queratinócitos. A IL-18, uma citocina envolvida em respostas imunes e processos neuroinflamatórios, também desempenha um papel no agravamento da psoríase em resposta ao estresse. Biomarcadores como a alfa-amilase salivar têm sido identificados como indicadores confiáveis do estresse psicossocial e podem ser úteis na avaliação do impacto emocional na psoríase.

Sobre o tratamento da psoríase cabe destacar que existe várias formas tratamento e meios para atenuar as manifestações clínicas. A aloe vera, popularmente chamada de babosa, é uma planta xerófita da família Asphodelaceae com propriedades terapêuticas que são amplamente utilizadas em cosméticos. Ela contém mais de 75 compostos ativos no gel e na casca, com efeitos farmacológicos variados. O gel da planta possui antraquinonas e acemannano, que têm ação antibacteriana, além de ácido salicílico, que oferece um efeito queratolítico, ajudando a reduzir a espessura das escamas. Suas propriedades incluem ação anti-prurido, emoliente, anti-inflamatória, antimicrobiana, anestésica e cicatrizante, favorecendo a regeneração celular e restaurando a função de barreira da pele. Estudos recentes indicam que a Aloesina da aloe vera regula positivamente a liberação de citocinas e fatores de crescimento, acelera o fechamento de feridas em camundongos e ativa proteínas de sinalização essenciais para a migração celular e desenvolvimento de tecidos (Ferreira. *et al.*, 2019).

Além disso, os agentes imunobiológicos são utilizados no tratamento da psoríase como uma opção terapêutica de último recurso, geralmente em casos graves e refratários a outros tratamentos. Apesar de serem eficazes, eles não são a primeira linha



de tratamento.

Outros métodos utilizados para o tratamento são o uso de emolientes, que são hidratantes aplicados diretamente na pele, ajudam a manter a hidratação, com produtos avançados contendo Gluco-Glycerol que ativa a rede de hidratação da pele (Marques, *et al.*, 2011). Além disso, os análogos da vitamina D, como calcipotriol, tacalcitol e calcitriol, promovem a regulação do crescimento celular da pele e previnem a hiperproliferação das células associadas à psoríase, resultando em alisamento e limpeza das placas quando usados corretamente. O metotrexato também é um fármaco usado no tratamento da psoríase, ele é um modificador da doença que reduz a inflamação e a produção de novas células pelo sistema imunológico, inicialmente utilizado no tratamento de câncer e posteriormente comprovado como eficaz para doenças da pele e articulações em doses menores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psoríase é uma condição inflamatória crônica e autoimune, não transmissível, que se manifesta por meio de lesões avermelhadas e escamosas, geralmente apresentadas em placas que afetam a pele e pode afetar também as articulações. Nesse âmbito, destaca-se que a psoríase por ser uma doença que afeta a aparência da pele possui além dos seus sintomas muitas vezes debilitantes pode afetar o psicológico do paciente, haja vista a importância dada a aparência física pela a sociedade contemporânea.

Conclui-se, portanto que esse trabalho colabora pra a divulgação do tratamento, do diagnóstico e dos efeitos físico e emocionais da psoríase no paciente, podendo servir como base de estudo para profissionais da área e para possíveis pacientes que querem esclarecer alguma dúvida sobre a doença, porém não como um trabalho definitivo, haja vista que possui diversas pesquisas inovadoras que estão sendo feitas na área.

REFERÊNCIAS

- BELLAMY, L. *et al.* **Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis.** *BMJ*, v.335, n.7627, p.974, 2007.
- AMIM, M. *et al.* **Psoriasis and Co-morbidity.** *Acta Dermato-Venereologica*,



v.100, n. 3, p.33, 2020.

Carneiro, S. **Psoríase: mecanismos de doença e implicações terapêuticas**, 2007

El-Dairi, M. *et al.* **Optic nerve hypoplasia. In Handbook of Pediatric Retinal OCT and the Eye-Brain Connection.** p. 285–287, 2019.

FERREIRA, I.I.B. *et al.* **Plantas e produtos vegetais no trata-mento da psoríase.** Dissertação (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) -Universidade de Lisboa, Porto, Portugal, 2019.

LEBWOHL M. **Psoriasis. Annals of Internal Medicine**, v. 168, n.7, p.49-64, 2018.

LIMA, E.A. *et al.* **Imunopatogênese da psoríase: revisando conceitos. Anais Brasileiros de Dermatologia**, v.86, n.6, p.1151–1158, 2011.

MARQUES, P.P. *et al.* **Qualidade de vida de pacientes com psoríase: avaliação do índice de incapacidade.** Revista Arquivos Ciências da Saúde, São José do Rio Preto, v. 18, n. 2, p. 6-73, 2011.

OLIBONI, L. *et al.* **Correlação entre a concentração sérica de interleucina-6 (IL-6) e biomarcadores de resistência insulínica em adultos jovens obesos.** Clinical & Biomedical Research, v.36, n.3, p.148–155, 2016.

PARRA, S.G. *et al.* **Psoriasis and Depression: The Role of Inflammation. Actas Dermo-Sifiliográficas**, v.110, n.1, p. 12-19, 2019.

PINTO, G.M. *et al.* **Normas de boa prática para o tratamento da psoríase em placas em idade não pediátrica com biológicos.** Revista Científica da Ordem dos Médicos, São Paulo, v. 69, n. 2, p. 125-141, 2012.

SANCHEZ, A. P. G. **Immunopathogenesis of psoriasis. Anais Brasileiros de Dermatologia**, v.85, n.5, p.747–749, 2010.

TOKUYAMA, M. *et al.* **New Treatment Addressing the Pathogenesis of Psoriasis**, v.21, n.20, p.74-88, 2020.