



TRATAMENTO DE ÁREAS ESPECIAIS

Lúcia Arruda¹

Pontifícia Universidade Católica de Campinas

¹ Chefe do Serviço de Dermatologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) - (PUC-Campinas)
Coordenadora do ambulatório de Psoríase do HMCP-PUC-Campinas
Mestrado em dermatologia pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP)
Especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia e Associação Médica Brasileira

Introdução

As regiões palmoplantares, as unhas, o couro cabeludo e as dobras, quando acometidas pela psoríase, apresentam características em comum: a dificuldade terapêutica, o alto índice de recidiva e a possibilidade de produzir incapacidades. Com base neste fato, a abordagem deve ser especial.

Psoríase no couro cabeludo

Segundo a “*National Psoriasis Foundation*”, o envolvimento do couro cabeludo se revela em cerca de 80% dos portadores de psoríase.¹ Este dado é corroborado por outros autores,² representando uma das manifestações mais comuns em todas as formas da doença. Além disso, o seu impacto sobre a qualidade de vida é muito importante, ora pela dificuldade em se utilizar roupas escuras, que salientam a descamação, ora pelo prurido, perda de cabelos, ou ainda pela extensão da doença para áreas próximas e evidentes, como face e pescoço, que aumentam o estigma.

As lesões típicas são as placas eritematoescamosas, de aparência prateada e brilhante, bem delimitadas, com base eritematosa, avançando, além dos limites do couro cabeludo, para o rosto, pescoço e região retroauricular.

O prurido e a perda de cabelos são sintomas referidos por alguns pacientes e descritos por alguns autores. Alguns relatos da literatura não mencionam a psoríase, como causa de queda de cabelo, enquanto outros atribuem a ela tanto o eflúvio telógeno, quanto à alopecia cicatricial.²⁻⁵

Quando cursa acompanhando outras localizações e formas típicas, a psoríase do couro cabeludo é facilmente diagnosticada. Entretanto, quando ocorre de maneira isolada, deve ser diferenciada de uma série de outras doenças, em especial da dermatite seborreica.

A maioria dos casos de psoríase do couro cabeludo pode ser tratada com medicamentos de uso tópico, embora ocorra recidiva frequente.⁶⁻⁹

Xampus de coaltar e piritionato de zinco - apesar de os resultados serem satisfatórios a bons, na prática clínica, não existem na literatura estudos clínicos controlados os quais suportem esta afirmativa. Entretanto, considerando-se o aspecto adesão, o xampu, com piritionato de zinco é mais tolerado do que o de coaltar.¹⁰

Ácido salicílico — pode ser utilizado em concentrações entre 2 e 15%, com fins queratolíticos. É interessante ressaltar que as lesões muito queratósicas absorvem pouquíssimo

do ativo de qualquer medicação tópica que venha a ser utilizada. Por isso, o uso de queratolíticos, como o ácido salicílico, além de diminuir a espessura das lesões per se, potencializa o uso de outras medicações, como corticosteroides tópicos e derivados de vitamina D3.

Coaltar — tem ação anti-inflamatória e antiproliferativa. É muito útil, especialmente nos casos que cursam com prurido intenso. É uma medicação consagrada pelo uso, todavia, com poucos estudos controlados disponíveis na literatura.

Antifúngicos — apesar de serem preconizados por alguns autores, a literatura é contraditória em relação à melhora da doença.¹¹ A exemplo do que acontece na dermatite seborreica, a participação de leveduras parece exacerbar o quadro clínico ou permitir uma possível resistência a outros tratamentos tópicos. Ainda que a *Malassezia* spp não participe diretamente na etiopatogenia da psoríase do couro cabeludo, parece haver diminuição da irritação local, secundária ao uso de calcipotriol, se for feito um tratamento paralelo com antifúngico, como o itraconazol, com o intuito de diminuir a quantidade de fungos.¹²

Corticosteroides — os corticosteroides tópicos, através da imunomodulação local e ação anti-inflamatória, inibem a proliferação epidérmica. Em veículos cremosos ou loções apresentam resultados terapêuticos rápidos, em 3 a 4 semanas. Preparações de alta potência, tais quais: a loção de dipropionato de betametasona e a solução de propionato de clobetasol, são tradicionalmente eficazes no tratamento da psoríase do couro cabeludo, à medida que representa uma das primeiras opções nas formas moderadas e graves. Formulação com corticosteroide de menor potência, como acetato de fluocinolona 0,01%, em óleo, apresenta também boa eficácia, favorecida pelo veículo que é utilizado.¹³ Recentemente, houve a introdução do propionato de clobetasol 0,05% em xampu para terapias de curto contato (15 minutos) no uso diário.¹⁴ O calcipotriol em solução capilar e a associação do calcipotriol + betametasona em gel capilar, ainda não estão disponibilizados para o nosso mercado.^{15,16} Na literatura, há alguns estudos comparando estas duas formas terapêuticas. Nestes ensaios comparativos, parece haver pequena superioridade do clobetasol xampu sobre o calcipotriol em solução capilar, no que se refere à eficácia e aos efeitos adversos.¹⁷ O spray de piritionato de zinco a 0,05% não potencializa o efeito do propionato de clobetasol 0,05% tópico.¹⁸ Algumas outras associações parecem ser benéficas,

como: com o ácido salicílico entre 5 e 15%, nas lesões mais queratósicas; com o coaltar naquelas pruriginosas; e com oclusão, caso seja necessário potencializar os efeitos dos corticosteroides. Por se tratar do couro cabeludo, suas características específicas permitem maior absorção sistêmica da medicação, por conseguinte, pondera-se a limitação do tempo de seu uso para o menor possível.

Análogos da vitamina D3 – esta classe de medicação tem ação anti-inflamatória tão boa quanto os corticosteroides, sem o inconveniente dos efeitos locais atrofodérmicos.^{19,20} Entre as formas de calcipotriol e calcitriol, este parece ser menos irritativo localmente. Devem ser usados por cerca de oito semanas para bom efeito terapêutico, podendo associar-se a corticoides tópicos, a fim de potencializar o efeito terapêutico e diminuir os adversos.²¹⁻²³ Apesar de não ser disponível a apresentação em solução tópica capilar em nosso país, existe na literatura alguns relatos do uso de calcipotriol no couro cabeludo com bons resultados, quando comparados às outras medicações tópicas: o xampu de coaltar e o ácido salicílico.²⁴ Neste estudo, ainda que se verifique maior frequência de efeitos colaterais com o uso do calcipotriol, os autores descrevem maior facilidade para alcançar o controle clínico, com manutenção mais duradoura. Quando comparada à loção de betametasona, em ensaio comparativo duplo-cego, randomizado, esta formulação mostrou-se com desempenho inferior.²⁵

Os casos de difícil controle, altamente recidivantes e graves, com impacto na qualidade de vida, podem e devem ser tratados sistemicamente, com Metotrexato, Acitretina ou mesmo Ciclosporina, uma vez que a fototerapia costuma ser pouco eficaz.

Psoríase nas unhas

A psoríase pode envolver as unhas em até 90% dos casos, sendo causa de grande estigma da doença, interferindo nas relações sociais e nas atividades de trabalho, já que pode ainda cursar com dor local. As alterações ungueais tornaram-se importantes na avaliação da doença, pois, em relatos recentes, são consideradas como marcador do acometimento artropático.

O manejo da psoríase ungueal é difícil, já que evolui com vários episódios recidivantes, na maioria das vezes, subintransientes, sem que se experimente a cura completa das lesões.

Uma das principais características da doença é a onicólise. Um cuidado inicial que o paciente deve seguir é evitar traumatismos, bem como manter a unha curta, seca e limpa, diminuindo, assim, os estímulos que possam intensificar o descolamento ungueal.²⁶ Como a onicólise, a hiperqueratose subungueal também representa alterações do leito ungueal.

Além destas, os pittings e irregularidades no relevo da lâmina são importantes e representam lesão da matriz, que pode se acompanhar de paroníquia.

Conforme o grau de intensidade da doença, o impacto na qualidade de vida e a associação com outras formas de psoríase, pode se optar por tratamento tópico ou sistêmico.

Corticosteroides

Tópicos: Considerando-se que a paroníquia antecedente à alteração ungueal, estes têm sido utilizados, na tentativa de inibir o processo inflamatório. Ainda que seja uma prática habitual na clínica, não existem dados na literatura que corroborem esta teoria. A potência deve ser alta, sem oclusão e, por um tempo inferior a três meses, a fim de se prevenir a atrofia cutânea.

Em esmalte: Favorecido pelo veículo, os efeitos terapêuticos do propionato de clobetasol a 8% em esmalte mostram-se bons.²⁷ Entretanto, esta é também uma forma de apresentação não disponível comercialmente em nosso meio.

Intralesional: Usa-se o acetato de triancinolona de 2,5 a 10%, lateralmente na falange distal, numa área correspondente à região acometida do leito ungueal. É um procedimento doloroso e deve ser feito sob anestesia. As alterações de leito ungueal respondem melhor do que as de matriz, ainda que, neste local, sejam administradas em doses maiores.

Análogos da vitamina D3

Apesar de existirem poucos relatos na literatura, apenas a hiperqueratose subungueal responde melhor à terapêutica, ainda assim, de maneira semelhante à combinação de propionato de betametasona e ácido salicílico, porém sem os efeitos colaterais da corticoterapia.²⁸

5 fluoruracil 1% - existem relatos contraditórios na literatura quanto ao seu uso. Ele é indicado nos casos com alterações de matriz e, em especial, na presença de pústulas, com bons resultados na acrodermatite contínua de Hallopeau.^{29,30} Entretanto, pode acentuar a onicólise. Existem ainda relatos de estudos que atribuem efeito semelhante ao placebo.³¹

Creme de ureia a 20% - representa uma boa terapia coadjuvante nos casos de pitting e espessamento da lâmina ungueal.

Os cuidados a serem adotados, em relação ao uso de terapêutica tópica, devem seguir as recomendações já discutidas.

Quando a terapêutica tópica é ineficaz, outros recursos disponíveis incluem:

PUVA — com resultados bons, apesar de lentos, a fototerapia pode ser feita com psoraleno preparado em esmalte. Resultados piores são observados no tratamento dos *pittings* ungueais, e, em especial, da onicólise.^{32,33}

Acitretina — na dose de 0,50 mg/kg/dia, produz resultados satisfatórios nos casos mais queratósicos e pustulosos.³⁴

Ciclosporina — é empregada nos casos mais agressivos e na dose de 3 a 5 mg/kg/dia, por via oral. Seus resultados são comparados aos da acitretina.³⁵ As associações com tratamentos tópicos, por exemplo, com calcipotriol, oferecem bons resultados, com potencialização dos efeitos.³⁶ Além do tratamento oral, existe ainda na literatura o relato de ensaio clínico com a ciclosporina tópica diluída a 70% em óleo, com bons resultados.³⁷

Metotrexato — a exemplo da acitretina, tem boa indicação nas lesões pustulosas. É, entretanto, menos eficaz do que o retinoide.

Biológicos — desde a introdução da terapia biológica, vários relatos sobre sua eficácia na psoríase ungueal são publicados na literatura médica e em conferências internacionais. No entanto, existem poucos ensaios clínicos especificamente direcionados ao tratamento das unhas, por mais que estas tenham sido avaliadas na maioria de ensaios para psoríase cutânea. Até o momento, o infliximabe foi o medicamento biológico melhor avaliado para tratamento da psoríase ungueal.^{38,39}

Psoríase Palmoplantar

Considerando-se as suas várias apresentações, o tratamento das regiões palmoplantares pode ser feito como se segue:^{40,41}

Ácido salicílico — na concentração de 2 a 10%, em veículo oleoso, tem ação queratolítica, sendo uma boa opção nos casos de queratose palmoplantar.

Corticosteroides — tópicos, de classe I e II são efetivos, pela sua ação anti-inflamatória. Se forem associados a queratolíticos ou usados sob oclusão podem ser potencializados.

Análogos da vitamina D3 — são tão efetivos quanto os corticosteroides tópicos, sem seus efeitos colaterais, contudo há possibilidade de irritação local, mais evidente com o calcipotriol do que com o calcitriol.⁴²

PUVA — bem indicada nos casos mais hiperqueratósicos. É feita, de forma local, com a administração do psoraleno por via oral ou tópica.⁴³

Acitretina — indicada nas formas pustulosas, na dose inicial de 25 a 50mg por dia, chegando a 50 a 75 mg por dia. Para os casos mais resistentes associa-se PUVATERAPIA, com bons resultados.⁴⁴

Metotrexato — medicação sistêmica, indicada nos casos que não respondem aos demais tratamentos ou quando se associa quadro pustuloso generalizado.

Ciclosporina — indicada também para os casos de maior dificuldade terapêutica, sobretudo, quando da impossibilidade de se utilizar o metotrexato.

Psoríase da Área de Dobras

As regiões intertriginosas, quando acometidas pela psoríase, causam grande desconforto e são responsáveis por importante diminuição da qualidade de vida, em virtude dos sintomas e da interferência em relacionamentos interpessoais. Representam dificuldade de tratamento, graças às características da pele, da região e pela propensão aos efeitos colaterais.

Os tratamentos, para esta área podem ser feitos com corticosteroides, de preferência de baixa e média potências, visto que devem ser usados por período não-prolongado (não superior a 3 semanas). Também são utilizados os análogos da Vit D3 21 e os inibidores da calcineurina. Estes últimos produzem menor irritação, pois podem ser utilizados por tempo prolongado.⁴⁵ A exemplo do que ocorre na dermatite atópica, costumam ser empregados em esquemas de manutenção associados, quando necessário, a corticosteroides tópicos de forma intermitente. ☿

REFERÊNCIAS

1. Feldman SR, Koo JYM, Lebwohl MG, et al. The Psoriasis and psoriatic arthritis pocket guide: treatment algorithms and management options. 2nd ed. National Psoriasis Foundation. 2005.
2. van de Kerkhof PC, Franssen ME. Psoriasis of the scalp — diagnosis and management. *Am J Clin Dermatol.* 2001;2:159-65.
3. Shuster S. Psoriatic alopecia. *Arch Dermatol.* 1990;126:397.
4. Kretzschmar L, Bonsmann G, Metzke D, Luger TA, Schwarz T. Scarring psoriatic alopecia. *Hautarzt.* 1995;46:154-7.
5. Schoorl WJ, van Baar HJ, van de Kerkhof PC. The hair root pattern in psoriasis of the scalp. *Acta Derm Venereol.* 1992;72:141-2.
6. Warren RB, Brown BC, Griffiths CE. Topical treatments for scalp psoriasis. *Drugs.* 2008;68:2293-302.
7. Mason J, Mason AR, Cork MJ. Topical preparations for the treatment of psoriasis: a systematic review. *Br J Dermatol.* 2002;146:351-64.
8. van de Kerkhof PC, Kragballe K. Recommendations for the topical treatment of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005;19:495-9. Review.
9. Gottlieb AB. Therapeutic options in the treatment of psoriasis and atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53(Suppl 1):S3-16.
10. Thami GP, Sarkar R. Coal tar: past, present and future. *Clin Exp Dermatol.* 2002; 27:99-103.
11. Shemer A, Nathansohn N, Kaplan B, et al. Treatment of scalp seborrheic dermatitis and psoriasis with an ointment of 40% urea and 1% bifonazole. *Int J Dermatol.* 2000;39:532-4.
12. Faergemann J, Diehl U, Bergfeldt L, et al. Scalp psoriasis: synergy between the *Malassezia* yeasts and skin irritation due to calcipotriol. *Acta Derm Venereol.* 2003; 83:438-1.
13. Pauporte M, Maibach H, Lowe N, et al. Fluocinolone acetonide topical oil for scalp psoriasis. *J Dermatolog Treat.* 2004;15:360-4.
14. Jarrat M, Breneman D, Gottlieb AB, et al. Clobetasol propionate shampoo 0,05%: a new option to treat patients with moderate to severe scalp psoriasis. *J Drugs Dermatol.* 2004;3:367-73.
15. Melian EB, Spencer CM, Jarvis B. Clobetasol propionate foam 0,05%. *Am J Clin Dermatol.* 2001;2:89-92.
16. Lebwohl M, Krupnick A. Clobetasol propionate foam 0,05% - a viewpoint. *Am J Clin Dermatol.* 2001;2:93.
17. Reygagne P, Mrowietz U, Decroix J, et al. Clobetasol propionate shampoo 0,05% and calcipotriol solution 0,005%: a randomized comparison of efficacy and safety in subjects with scalp psoriasis. *J Dermatol Treatm.* 2005;16:31-6.
18. Housman TS, Keil KA, Mellen BG, et al. The use of 0,25% zinc pyrithione spray does not enhance the efficacy of clobetasol propionate 0,05% foam in the treatment of psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:79-82.
19. Scott LJ, Dunn CJ, Goa KL. Calcipotriol ointment: a review of its use in the management of psoriasis. *Am J Clin Dermatol.* 2001;2:95-120.
20. Thiers BH. The use of topical calcipotriene/calcipotriol in conditions other than plaque-type psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37(Pt2):S69-71.
21. Ortonne JP, Humbert P, Nicolas JF et al. Intra-individual comparison of the cutaneous safety and efficacy of calcitriol 31g/g(-1) ointment and calcipotriol 501g/g(-1) ointment on chronic plaque psoriasis localized in facial, hairline, retroauricular or flexural areas. *Br J Dermatol.* 2003;148:326-33.
22. Koo J. Vitamin D and scalp psoriasis. *Cutis.* 2002;70(Suppl):21-4. Review.
23. Fenton C, Plosker GL. Calcipotriol/betamethasone dipropionate: a review of its use in the treatment of psoriasis vulgaris. *Am J Clin Dermatol.* 2004;5:463-78.
24. Thaci D, Daiber W, Boehncke WH, Kaufmann R. Calcipotriol solution for the treatment of scalp psoriasis: evaluation of efficacy, safety and acceptance in 3396 patients. *Dermatology.* 20001;203:153-6.
25. Klaber MR, Hutchinson PE, Pedvis-leftick A, et al. Comparative effects of calcipotriol Solution (50Tg/ml) in the treatment of scalp psoriasis. *Br J Dermatol.* 1994;131:678- 83.
26. de Berker D. Management of psoriatic nail disease. *Semin Cutan Med Surg.* 2009; 28:39-43

27. Sánchez Regaña M, Martín Ezquerro G, Umbert Millet P, Llambí Mateos F. Treatment of nail psoriasis with 8% clobetasol nail lacquer: positive experience in 10 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005;19:573-7.
28. Tosti A, Piraccini BM, Cameli N et al. Calcipotriol in nail psoriasis: a controlled double blind comparison with betamethasone dipropionate. *Br J Dermatol.* 1998;139:655-9.
29. Frederiksson T. Topically applied fluorouracil in the treatment of psoriatic nails. *Arch Dermatol.* 1974;110:735-6.
30. Tsuji T, Nishimura M. Topically administered fluorouracil in acrodermatitis continua of Hallopeau. *Arch Dermatol.* 1991;127:27-8.
31. de Jong EM, Menke HE, van Praag MC, van de Kerkhof PC. Dystrophic psoriatic fingernails treated with 1% 5-fluorouracil in a nail penetration-enhancing vehicle: a double blind study. *Dermatology.* 1999;199:313-8.
32. Marx JL, Scher RK. Response of psoriatic nails to oral photochemotherapy. *Arch Dermatol.* 1980;116:1023-24.
33. Handfield-Jones SE, Boyle J, Harman RR. Local PUVA treatment for nail psoriasis (letter). *Br J Dermatol.* 1987;116:280-1.
34. Baran R. Etretinate and the nails (study of 130 cases) possible mechanisms of some side-effects. *Clin Exp Dermatol.* 1986;11:148-52.
35. Mahrle G, Schulze HJ, Farber L, Weidinger G, Steigleder GK. Low dose short term cyclosporine versus etretinate in psoriasis: improvement of skin, nail and joint involvement. *J Am Acad Dermatol.* 1995;32:78-88.
36. Feliciani C, Zampetti A, Forleo P et al. Nail psoriasis: combined therapy with systemic cyclosporin and topical calcipotriol. *J Cut Med Surg.* 2004;8:122-5.
37. Cannavò SP, Guarneri F, Vaccaro M, Borgia F, Guarneri B. Treatment of psoriatic nails with topical cyclosporine: a prospective, randomized controlled trial. *Dermatology.* 2003;206:153-6.
38. Noiles K, Vender R. Nail psoriasis and biologics. *J Cutan Med Surg.* 2009;13:1-5.
39. Lawry M. Biological therapy and nail psoriasis. *Dermatol Ther.* 2007;20:60-7.
40. Chalmers RJG, Hollis S, Leonardi-Bee J, et al. Interventions for chronic palmoplantar Pustulosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;3: CD001433.
41. Farber EM, Nall L. Nonpustular palmoplantar psoriasis. *Cutis.* 1992;50:407-10. Review
42. Patrizi A, Bardazzi F, Neri I, et al. Psoriasiform acral dermatitis: a peculiar clinical presentation of psoriasis in children. *Pediatr Dermatol.* 1999;16:439-43.
43. Coleman WR, Lowe NJ, David M, et al. Palmoplantar psoriasis: experience with 8-methoxypsoralen soaks plus ultraviolet A with the use of a high-output metal halide device. *J Am Acad Dermatol.* 1989;20:1078-82.
44. Ettler K, Richards B. Acitretin therapy for palmoplantar pustulosis combined with UVA and topical 8-MOP. *Int J Dermatol.* 2001;40:541-2.
45. Wozel G. Psoriasis treatment in difficult locations: scalp, nails, and intertriginous areas. *Clin Dermatol.* 2008;26:448-59.