

# DERMATOLOGIA E PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

Edição XVIII

## Capítulo 11

### PSORÍASE E ARTRITE PSORIÁSICA: INTEGRAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA ENTRE REUMATOLOGIA E DERMATOLOGIA

KATLYN RACHO SCHMIDT<sup>1</sup>  
GABRIELLE DA CUNHA MOREIRA<sup>1</sup>  
EDUARDO GIORDANI STEIBEL<sup>1</sup>  
LUIZA FORMENTINI SCAPINI<sup>1</sup>  
LAURA TAICHER CORRÊA DA SILVA<sup>1</sup>  
ISADORA LUISA DUARTE DA ROCHA<sup>1</sup>

FERNANDO DE SOUZA ORTOLAN<sup>1</sup>  
ANA CAROLINA DE OLIVEIRA LÜDTKE<sup>1</sup>  
LAURA DEVENZ CARDOSO<sup>1</sup>  
VALENTINE BARBIERI<sup>1</sup>  
BRUNA GIACOMIN DÖRING<sup>1</sup>  
EMILLY BIANCHINI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Discente – Universidade Luterana do Brasil

*Palavras-chave:* Psoríase; Artrite Psoriásica; Reumatologia

DOI

10.59290/9262020161

EP EDITORA  
PASTEUR

## INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença inflamatória imunomediada de caráter crônico que acomete, principalmente, a pele e seus anexos, caracterizando-se por hiperproliferação queratinocítica e infiltração linfocitária na derme e epiderme. Sua fisiopatogenia envolve uma complexa interação entre predisposição genética, fatores ambientais e desregulação do sistema imune inato e adaptativo. Estima-se que a psoríase afete de 2% a 3% da população mundial, representando um importante problema de saúde pública devido à sua cronicidade, impacto psicossocial e associação com múltiplas comorbidades.

Uma das manifestações extra cutâneas mais relevantes da psoríase é a artrite psoriásica, que faz parte do grupo das espondiloartrites. Essa condição inflamatória articular apresenta amplo espectro clínico, que inclui comprometimento periférico (oligo ou poliartrite), axial, entesítico e dactilítico. A prevalência de artrite psoriásica entre indivíduos com psoríase varia de 6% a 42%, dependendo do método diagnóstico e da população estudada. Em muitos casos, as manifestações articulares surgem anos após o início das lesões cutâneas, embora possam precedê-las, configurando desafio diagnóstico.

A psoríase e a artrite psoriásica (APs) não se limitam a apenas coexistir, mas representam um contínuo clínico e imunopatológico, que compartilham dos mesmos mecanismos imunológicos centrais, principalmente o eixo IL-23/Th17 e citocinas como IL-17, IL-22 e TNF- $\alpha$ , que sustentam tanto a inflamação cutânea quanto a articular. Do ponto de vista clínico, esse contínuo se expressa na variabilidade da doença: alguns pacientes apresentam apenas lesões cutâneas, outros apenas manifestações articulares, e muitos desenvolvem ambas em momentos diferentes da vida. Já no aspecto imuno-

patológico, a ativação imune desregulada é comum às duas condições, mas se direciona a tecidos diferentes, resultando em fenótipos variados. A interação entre pele e articulações é dinâmica: a inflamação cutânea pode predispor ao surgimento de artrite, enquanto a atividade articular pode intensificar a inflamação sistêmica, favorecendo comorbidades metabólicas e cardiovesselares. O reconhecimento precoce dos sinais de artrite psoriásica em indivíduos com psoríase é fundamental para prevenir dano articular irreversível, incapacidade funcional e deterioração da qualidade de vida. Nesse contexto, a abordagem multidisciplinar, envolvendo dermatologistas e reumatologistas, é imprescindível para diagnóstico, estratificação de risco e escolha terapêutica personalizada.

O objetivo deste estudo consiste na análise integrada entre reumatologia e dermatologia no que diz respeito à artrite psoriásica e à psoríase, abordando seus conceitos, principais padrões de acometimento clínico, critérios diagnósticos e estratégias terapêuticas disponíveis visando prevenção e introdução precoce da terapia.

## METODO

Trata-se de uma revisão integrativa, sistemática ou narrativa realizada no período de setembro e outubro de 2025, por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed, UpToDate e SciELO. Foram utilizados os descritores: psoríase, artrite psoriásica, espondiloartropatias, reumatologia e dermatologia. Desta busca foram encontrados 57 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português; publicados no período de 2006 a 2025 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão narrativa, revisão sistemática com ou sem metanálise, ensaio clínico randomizado,

consenso de especialistas, observacional e corte disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e relatos de caso.

Após os critérios de seleção restaram 21 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em quadros e de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando conceito, diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O termo artrite refere-se a um grupo heterogêneo de doenças inflamatórias que afetam as articulações, podendo ter origem autoimune, infeciosa, metabólica ou mecânica. Entre as formas mais conhecidas, destaca-se a artrite reumatoide (AR), doença autoimune crônica, geralmente soropositiva, caracterizada por inflamação simétrica e erosiva das pequenas articulações, levando a deformidades progressivas e frequentemente associada à presença de fator reumatoide e anticorpos anti-CCP. Já a osteoartrite (artrose) corresponde a uma condição degenerativa, de natureza não inflamatória, relaci-

onada principalmente ao envelhecimento, à sobrecarga mecânica e a fatores metabólicos. Além dessas, existem outras formas, como a artrite gotosa, artrite reativa e artrite séptica, cada uma com mecanismos fisiopatológicos próprios. Essas condições apresentam diferenças fundamentais em relação à artrite psoriásica, o que impacta diretamente no diagnóstico diferencial e na definição da conduta clínica adequada.

A artrite psoriásica (APs) pode afetar de 6% a 42% das pessoas com psoríase. Estima-se que o intervalo médio entre o início das lesões cutâneas e o surgimento da artrite varie de 7 a 10 anos, embora até 20% dos pacientes possam apresentar manifestações articulares antes das lesões de pele. Fatores como psoríase ungueal, obesidade, tabagismo, início precoce da psoríase e histórico familiar aumentam o risco de desenvolvimento de APs. Além disso, homens tendem a apresentar maior acometimento axial, enquanto mulheres relatam maior prevalência de dor difusa e fadiga. Ela diferencia-se de outras formas de artrite principalmente por sua estreita associação com a psoríase cutânea, por mecanismos imunológicos específicos e por apresentar um espectro clínico bastante variável. As formas de artrite estão representadas na tabela abaixo (**Tabela 11.1**).

**Tabela 11.1** Padrões de acometimento articular na APs e as suas características

Padrões de acometimento	Características
Oligoartrite assimétrica	Forma mais comum
Poliartrite simétrica	Semelhante ao padrão reumatoide
Artrite predominante em interfalangeanas distais (IFDs)	Forma mais clássica, possivelmente associada à psoríase cutânea e ungueal
Artrite mutilante	Destrutiva, causando osteólise das falanges distais, quadro denominado “pencil in cup”
Comprometimento axial	Sacroileite, parassindesmófitos e osteófitos em coluna lombar

**Fonte:** Adaptado de SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2022

Além disso, o quadro musculoesquelético da APs inclui a ocorrência de entesite, caracterizada pela inflamação nas inserções tendíneas e ligamentares, e dactilite, um edema generalizado dos quirodáctilos, podendo ou não incluir a região das metacarpofalangeanas (MCFs) e interfalangeanas proximais (IFPs). A APs pode se associar a comorbidades importantes como diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia.

### **Diagnóstico**

O diagnóstico da APs é essencialmente clínico, com base na suspeita e nas manifestações articulares e cutâneas. Os critérios CASPAR (*Classification Criteria for Psoriatic Arthritis*) englobam todo o amplo espectro de casos de ar-

trite psoriásica e apresentam elevada sensibilidade e especificidade. Eles estão representados na tabela a seguir (**Tabela 11.2**).

Na análise laboratorial, a sorologia para fator reumatoide (FR) e anticorpos anti-CCP auxilia para diagnóstico de exclusão de artrite reumatoide, sendo geralmente negativa na APs. A velocidade de hemossedimentação (VHS) e a proteína C-reativa (PCR) podem estar elevadas, demonstrando a atividade inflamatória, embora não seja específica para o diagnóstico. A radiografia revela achados característicos, como anquilose óssea, erosões marginais acompanhadas de neoformações ósseas e o clássico padrão de “lápis em copo” nas falanges. Além disso, a ressonância magnética auxilia na detecção precoce de entesite e inflamação axial.

**Tabela 11.2** Critérios classificatórios da artrite psoriásica

<b>Doença articular inflamatória estabelecida e pelo menos três pontos nos seguintes critérios:</b>	
Psoriase cutânea atual	2 pontos
História de psoriase	1 ponto
História familiar de psoriase	1 ponto
Dactilite	1 ponto
Neoformação óssea justa-articular	1 ponto
Fator reumatoide negativo	1 ponto
Distrofia ungueal	1 ponto

**Fonte:** Adaptado de CASPAR, 2006

O diagnóstico diferencial da APs inclui principalmente a artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite reativa e a osteoartrite. Na AR, a positividade para fator reumatoide e anticorpos anti-CCP é marcante, além de predominar o padrão simétrico de poliartrite erosiva. A espondilite anquilosante apresenta rigidez axial mais intensa e maior associação com HLA-B27, mas não há psoriase cutânea. A artrite reativa relaciona-se a episódios infecciosos prévios, enquanto a osteoartrite apresenta caráter degenerativo, sem marcadores inflamatórios e-

levados. Técnicas de imagem modernas, como ultrassonografia de alta resolução e ressonância magnética, permitem detectar precocemente entesites e alterações inflamatórias, auxiliando no diagnóstico precoce.

### **Tratamento**

A evolução da APs é heterogênea. Aproximadamente 40% dos pacientes desenvolvem formas progressivas com dano articular irreversível. Fatores associados a pior prognóstico incluem início precoce da artrite, envolvimento

axial, presença de dactilite recorrente, níveis persistentemente elevados de PCR e padrão de artrite mutilante. O atraso no diagnóstico, comum devido à sobreposição de sintomas com outras artrites, contribui significativamente para a pior evolução clínica.

O tratamento medicamentoso para APs tem como seu objetivo primordial controlar a atividade da doença em todas suas manifestações, tendo como meta à remissão ou a baixa da atividade da doença, visando antes de tudo melhorar a qualidade de vida do paciente e prevenir possíveis danos estruturais. Para definição da estratégia terapêutica inicial, deve-se considerar todos os domínios acometidos pela doença (artrite periférica, doença axial, dactilite, entesite), suas possíveis complicações, as comorbidades do paciente e o impacto geral que o manejo da doença terá.

A recomendação para artrite periférica, a primeira linha são os Medicamentos Modificadores do Curso da Doença (MMCDs) sintéticos convencionais, como metotrexato. O advento dos medicamentos biológicos e terapias-alvo sintéticas revolucionaram o tratamento para diferentes domínios. Os agentes biológicos, como os inibidores do fator de necrose tumoral (iTNF) e os inibidores de interleucinas, como os que atuam na via IL-23/IL-17, demonstram eficácia para entesite, dactilite e no acometimento cutâneo, principalmente se for uma acometimento cutâneo grave, que recomenda-se começar com um agente biológico. Ambas classes de medicamentos, DMARDs e os medicamentos biológicos, são capazes de promover melhora significativa nos aspectos da doença.

### Acompanhamento

Um prognóstico favorável na artrite psoriásica está condicionado ao diagnóstico precoce e à manutenção da adesão terapêutica, uma vez que a inflamação persistente é o principal fator

subjacente à progressão do dano estrutural e à incapacidade funcional. Para monitorar essa atividade de forma objetiva, o acompanhamento clínico demanda a aplicação sistemática de instrumentos validados, como o DAPSA (*Disease Activity in Psoriatic Arthritis*) e o PASDAS (*Psoriatic Arthritis Disease Activity Score*). A utilização desses escores é fundamental para operacionalizar a estratégia de treat-to-target, na qual as terapêuticas são ajustadas de modo progressivo com a meta clara de alcançar remissão ou baixa atividade da doença, evitando-se, assim, lesões articulares irreversíveis (MAKSYMOWYCH & DEODHAR, 2024).

Além do comprometimento físico, a APs exerce profundo impacto psicossocial. A dor crônica, a deformidade articular e o estigma das lesões cutâneas reduzem a qualidade de vida, afetando autoestima, relações sociais e desempenho no trabalho. Transtornos psiquiátricos, como ansiedade e depressão, são mais prevalentes nessa população e influenciam negativamente na adesão terapêutica. Escalas específicas de avaliação de qualidade de vida, como o *Psoriatic Arthritis Impact of Disease* (PsAID) e o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), são ferramentas úteis no acompanhamento multidimensional dos pacientes.

Diante da complexidade da condição, torna-se imperativa uma abordagem interdisciplinar que integre especialidades como reumatologia, dermatologia, fisioterapia, nutrição e psicologia. Essa articulação é crucial para uma abordagem integral, capaz de manejar tanto as manifestações articulares e cutâneas quanto as comorbidades metabólicas e cardiovasculares, sem negligenciar a esfera psicossocial. A elevada prevalência de ansiedade e depressão nessa população impacta diretamente a adesão terapêutica, o que por si só justifica a inclusão do suporte psicológico no plano de cuidado. Paralelamente, intervenções no estilo de vida – com

destaque para atividade física regular, controle ponderal, cessação do tabagismo e orientação nutricional – representam componentes auxiliares fundamentais para modular a inflamação sistêmica e reduzir o risco de complicações futuras.

## CONCLUSÃO

A psoríase e a artrite psoriásica são condições crônicas, complexas e interligadas, que ultrapassam o impacto estético trazido pelas lesões de pele, afetando também o sistema músculo-esquelético e levando a um aumento do risco cardiovascular devido ao seu contexto inflamatório sistêmico. Sabendo disso, o reconhecimento precoce das manifestações articulares nos pacientes é determinante para prevenir incapacidade funcional e dano estrutural irreversível. Nesse contexto, o diagnóstico diferencial adequado, tal como a estratificação clínica e a adoção de terapias personalizadas – como drogas modificadoras de doenças e agentes biológicos direcionados às interleucinas 17 e 23 – têm revolucionado o manejo da doença e trazido mais qualidade de vida para os pacientes que convivem com essas doenças. Ainda assim, o sucesso terapêutico não depende somente do controle inflamatório, mas de uma abordagem interdisciplinar que considere a integralidade

do indivíduo, contemplando aspectos físicos, metabólicos e emocionais.

Diante disso, o diagnóstico da artrite psoriásica, embora essencialmente clínico, é amparado pela aplicação dos critérios classificatórios CASPAR, que são valiosos para identificar o amplo espectro clínico da doença, incluindo manifestações periféricas, axiais, entesites e dactilites. Exames laboratoriais e de imagem são fundamentais como ferramentas complementares para confirmar o dano estrutural característico e excluir outras condições. Uma vez estabelecido o diagnóstico, o tratamento visa o longo prazo e requer um monitoramento rigoroso com instrumentos validados, como o DAPS-A, seguindo a estratégia de treat-to-target. Essa abordagem proativa tem como meta a remissão ou baixa atividade da doença, sendo crucial para prevenir a progressão de lesões articulares irreversíveis. Ademais, o manejo da condição é reforçado por intervenções no estilo de vida como atividade física regular, controle de peso e cessação do tabagismo, componentes essenciais para modular a inflamação sistêmica e reduzir o risco de complicações futuras. O reconhecimento da doença em sua integralidade implica não apenas o manejo das manifestações articulares e cutâneas, mas igualmente o suporte ao indivíduo diante dos desafios inerentes à condição, promovendo um cuidado verdadeiramente centrado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALINAGHI, F. *et al.* Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatology*, v. 155, n. 6, p. 653–665, 2019. DOI: 10.1016/j.jaad.2018.06.027

AZUAGA, A.; RAMÍREZ, J.; CAÑETE, J. D. Psoriatic Arthritis: Pathogenesis and Targeted Therapies. *International journal of molecular science*, v. 24, n. 5, 2023. DOI: 10.3390/ijms24054901

BATKO, B. Exploring the Diverse Immune and Genetic Landscape of Psoriatic Arthritis. *Journal of clinic medicine*, v. 10, n. 24, p. 5926, 2021. DOI: 10.3390/jcm10245926

BOUTET, M. *et al.* Role of the IL-23/IL-17 Axis in Psoriasis and Psoriatic Arthritis: The Clinical Importance of Its Divergence in Skin and Joints. *International journal of molecular science*, v. 19, n. 2, 2018. DOI: 10.3390/ijms19020530

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Psoriásica. Brasília, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/mídias/protocolos/20210531\\_pcdt\\_min\\_artrite\\_psoriaca.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/mídias/protocolos/20210531_pcdt_min_artrite_psoriaca.pdf). Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL, Sociedade Brasileira de Reumatologia. Cartilha sobre Artrite Psoriásica. São Paulo, 2022. Disponível em: [http://www.reumatologia.org.br/downloads/cartilhas/CartilhaSBR\\_A4\\_ARTRITE%20PSORI%C3%81STICA.pdf](http://www.reumatologia.org.br/downloads/cartilhas/CartilhaSBR_A4_ARTRITE%20PSORI%C3%81STICA.pdf). Acesso em: 02 out. 2025.

COATES, L. C. *et al.* Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA): updated treatment recommendations for psoriatic arthritis 2021. *Nature reviews Rheumatology*, v. 18, n. 8, p. 465–479, 2022. DOI: 10.1038/s41584-022-00798-0

FITCH, E. *et al.* Pathophysiology of psoriasis: recent advances on IL-23 and Th17 cytokines. *Current rheumatology reports*, v. 9, n. 6, p. 461–467, 2007. DOI: 10.1007/s11926-007-0075-1

GOLDENSTEIN-SCHAIBERG, C.; FAVARATO, M. H. S.; RANZA, Roberto. Conceitos Atuais e Relevantes sobre Artrite Psoriásica. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 52, n.1, p. 92–106, 2011.

GOLDENSTEIN-SCHAIBERG, C. Quadro Clínico das Entesopatias. *Revista Paulista de Reumatologia*, v. 19, n. 4, p. 21–24, 2020. DOI: 10.46833/reumatologiasp.2020.19.4.21-24

GOSSEC, L. *et al.* EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2020 update. *Annals of the Rheumatic Diseases*, v. 79, n. 6, p. 700–712, 2020. DOI: 10.1136/annrheumdis-2020-217159

MALAKOUTI, M. *et al.* The role of IL-17 in Psoriasis. *The Journal of dermatological treatment*, v. 26, n. 1, p. 41–44, 2015. DOI: 10.3109/09546634.2013.879093

MCGONAGLE, D. *et al.* The concept of the “synovio-entheseal complex” and its implications for understanding joint inflammation in psoriatic arthritis and beyond. *Arthritis & Rheumatism*, v. 56, n. 8, p. 2482–2491, 2007. DOI: 10.1002/art.22758

MCINNES, I. B *et al.* Targeted systemic therapies for psoriatic arthritis: a systematic review and comparative synthesis of short-term articular, dermatological, enthesitis and dactylitis outcomes. *RMD Open*, v. 8, n.1, p. e002074, 2022. DOI: 10.1136/rmdopen-2021-002074

MEASE, P. J. *et al.* Upadacitinib for Psoriatic Arthritis Refractory to Biologics: SELECT-PsA 2 trial. *New England Journal of Medicine*, v. 384, p. 1227–1239, 2021. DOI: 10.1056/NEJMoa2022516

OGDIE, A.; COATES, L. C.; GLADMAN, D. D. Treatment guidelines in psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford, England)*, v. 59, n. s. 1, p. i37–i46, 2020. DOI: 10.1093/rheumatology/kez383

OGDIE, A.; WEISS, P. The epidemiology of psoriatic arthritis. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, v. 41, n. 4, p. 545–568, 2015. DOI: 10.1016/j.rdc.2015.07.001

ORBAI, A. M. *et al.* International patient and physician consensus on psoriatic arthritis impact of disease (PsAID) questionnaire. *Annals of the Rheumatic Diseases*, v. 73, n. 6, p. 1012–1019, 2014. DOI: 10.1136/annrheumdis-2014-205597

PAPP, K. A. *et al.* Psoriasis prevalence and severity by expert elicitation. *Dermatology and therapy*, v. 11, n. 3, p. 1053–1064, 2021. DOI: 10.1007/s13555-021-00518-8.

RUSCITTI, P. *et al.* Cytokine profile characterization of naïve patients with psoriasis and psoriatic arthritis: implications for a pathogenic disease continuum. *Frontiers in immunology*, v. 14, p. 1229516, 2023.

SAMPAIO-BARROS, P. D. *et al.* Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica Diagnóstico e Tratamento – Primeira Revisão. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 47, n. 4, p. 233–242, 2007. DOI: 10.1590/S0482-50042007000400001.

TAYLOR, W. *et al.* Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis and rheumatism*, v. 54, n. 8, p. 2665–2673, 2006. DOI: 10.1002/art.21972.

TIWARI, V.; BRENT, L. H. *Psoriatic Arthritis*. StatPearls Publishing, 2025.