DERMATOLOGIA E PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

EDIÇÃO IX

# Capítulo 27

# TRATAMENTO DA PSORÍASE NA ERA DOS IMUNOBIOLÓGICOS

**LUÍSA RIBEIRO ROMITI[1]**
**LARA SOBREIRA FERRAZ EGIDIO[1]**
**EDUARDO LUCAS VICENTINI PEREIRA[1]**
**RODRIGO PERRELLI ANDRADE LIMA[1]**
**RICARDO SAMPAIO MENDES[1]**

1. Discente - Medicina da Faculdade de Medicina de Santo Amaro

***Palavras-chave:*** *Psoríase; Imunobiológicos; Eficácia e Segurança*

DOI 10.59290/978-65-6029-136-2.27

EDITORA PASTEUR

## INTRODUÇÃO

O avanço no conhecimento da fisiopatogenia das doenças inflamatórias imunomediadas e o advento das terapias alvo-específicas proporcionou uma verdadeira revolução no arsenal terapêutico de diferentes doenças dermatológicas. Atualmente, os imunobiológicos (IBs) representam uma opção terapêutica inovadora, eficaz e segura na dermatologia e já são uma realidade na prática clínica. A psoríase é o principal exemplo do sucesso terapêutico com os IB, levando a altos índices de regressão completa das placas psoriásicas, aliados a um perfil de segurança satisfatório. O sistema imune da pele coordena uma ampla variedade de células inflamatórias para montar uma defesa eficaz contra diferentes patógenos. A atividade desregulada de linfócitos T pode desequilibrar a função do sistema de imunovigilância e contribuir para a patogênese da psoríase em indivíduos geneticamente predispostos. Os IB interagem com proteínas humanas específicas envolvidas na cascata inflamatória da psoríase e estão indicados nos quadros graves e refratários, principalmente quando há contraindicação, intolerância ou falha da terapia sistêmica convencional e comprometimento significativo da qualidade de vida. Por mais que não apresentem toxicidade específica para nenhum órgão ou sistema, a ação imunomoduladora dos IBs pode estar associada ao risco de certas infecções, devendo cada caso ser avaliado individualmente de acordo com o risco inerente ao medicamento, estado geral do paciente e presença de comorbidades. A psoríase representa a doença dermatológica com maior número de aprovações de medicações IBs na dermatologia. Por outro lado, devido à sua complexa estrutura molecular e ao grande número de etapas envolvidas no seu desenvolvimento, o alto custo persiste sendo um fator limitante para essa classe de medicações, tornando o acesso restrito tanto nos sistemas de saúde público e privado.

O objetivo do presente estudo foi traçar o perfil de eficácia e segurança dos medicamentos IBs no manejo da psoríase.

A psoríase é uma doença inflamatória crônica e recorrente da pele que afeta cerca de 2% da população mundial e cerca de 1,3% dos brasileiros (ROMITI *et al*., 2021). A forma mais comum de psoríase, a psoríase vulgar ou em placas, ocorre em mais de 80% dos casos e é consequência da suscetibilidade genética, particularmente na presença do alelo de risco HLA-C*06:02, associada a fatores desencadeantes ambientais, como, por exemplo, infecções estreptocócicas, drogas, estresse, tabagismo e consumo de álcool, entre outros (GRIFFITHS *et al*., 2021). As lesões psoriásicas podem ser pruriginosas, dolorosas e desfigurantes, resultando em impactos físicos e emocionais negativos. Sentimentos de depressão, ansiedade e constrangimento, bem como insatisfação com o manejo da doença, são frequentes entre pessoas com psoríase. A artrite psoriásica, axial ou periférica, acomete aproximadamente ⅓ dos pacientes, interferindo de forma substancial nas atividades diárias e na qualidade de vida. Estudos imunológicos e genéticos identificaram a IL-17 e IL-23 como principais impulsionadores da cascata inflamatória da psoríase. (GRIFFITHS *et al*., 2021). Elevações do TNFα e o desbalanço do eixo IL-23/Th17 são encontrados nas lesões cutâneas, articulares e no plasma de pacientes com psoríase e tem um papel importante na estimulação e propagação da atividade imunológica. Consequentemente, a identificação de tais alvos terapêuticos específicos, incluindo o TNFα, a IL-17 e a IL-23, possibilitou o desenvolvimento dos IBs, drogas altamente seletivas e eficazes no tratamento da psoríase.

Em relação aos instrumentos de avaliação da psoríase, diferentes instrumentos foram desenvolvidos no intuito de classificar a gravidade da doença. Podemos destacar três deles, por serem os mais utilizados:

*1.* BSA *(Body Surface Area)*

Esse instrumento avalia a extensão das placas de psoríase. O valor do BSA é calculado em porcentagem pelo número de áreas de "palmas de mão" necessárias para cobrir as placas de psoríase em toda superfície corpórea - onde se estima que cada palma equivale a 1% da área corporal. Um valor menor que 3% é considerado de psoríase leve, entre 3% e 10% um quadro de psoríase moderado e quando maior que 10%, um quadro de psoríase grave.

2. PASI (*Psoriasis Area Severity Index*)

O escore PASI é o método mais utilizado para a identificação do grau de gravidade das lesões de psoríase, sendo fundamental para o cálculo da resposta ao tratamento da psoríase (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2020). A avaliação do PASI é dividida para as diferentes regiões do corpo, sendo elas: cabeça; membros superiores; tronco; membros inferiores.

A pontuação do escore do PASI total é calculada a partir da avaliação e somatória da pontuação do PASI de cada das regiões mencionadas previamente. Em cada uma das subdivisões há a avaliação dos seguintes critérios: Extensão das lesões (0 – ausente; 1 – abaixo de 10%; 2 – 10% a 30%; 3 – 30% a 50%; 4 – 50% a 70%; 5 – 70% a 90%; 6 – acima de 90%); Eritema (0 – ausente; 1 – leve; 2 – moderado; 3 – intenso; 4 – muito intenso); Infiltração (0 – ausente; 1 – leve; 2 – moderado; 3 – intenso; 4 – muito intenso); Descamação (0 – ausente; 1 – leve; 2 – moderado; 3 – intenso; 4 – muito intenso) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2020).

Considerando que PSG é a Porcentagem da Superfície Corporal, E é a Extensão das lesões e IG é o Índice de Gravidade (que é calculado a partir da somatória dos valores de eritema, infiltração e descamação). Assim o PASI de cada região é medido a partir do seguinte cálculo: PSG x E x IG.

Valores de PSG:
Cabeça – 0,1
Tronco – 0,3
Membros Superiores – 0,2
Membros Inferiores – 0,4

De acordo com o escore, se o valor do PASI for maior do que 10, a doença é classificada como um quadro moderado a grave de psoríase. O PASI também pode ser utilizado para o cálculo da porcentagem de melhora frente aos diferentes tratamentos da psoríase. Como por exemplo, PASI50 indica que houve uma melhora de 50% do quadro, o que é diferente de PASI = 50, que nesse caso indica a pontuação no escore.

3. DLQI (*Dermatology Life Quality Index*)

O DLQI é um método que mede o impacto da psoríase na qualidade de vida do paciente, através de um questionário de 10 questões ligadas ao impacto sentido pelo paciente em diferentes áreas da vida como bem-estar físico e emocional, relações interpessoais, atividades diárias, atividades de lazer e vida profissional. As pontuações do DLQI vão de 0 a 30 e, quanto maior for o escore, maior é o impacto sentido pelo paciente em sua qualidade de vida. Se o valor do PASI, BSA ou DLQI for maior que 10, é considerado que se trate de um quadro de psoríase moderado a grave, a chamada "Regra

dos10". (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2020).

## METODO

Trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de janeiro a julho, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed e Medline. Foram utilizados os descritores: psoríase; imunobiológicos; eficácia e segurança. Desta busca foram encontrados 74.831 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português; publicados no período de 2017 a 2024 que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo (revisão, meta-análise), disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Quadro Clínico

A psoríase vulgar é a forma mais comum da doença, ocorrendo em mais de 80% dos pacientes. Essa forma se manifesta como pápulas e placas eritêmato-escamosas, bem delimitadas, de tamanho variável e de forma geralmente simétrica, principalmente em superfícies extensoras como joelhos e cotovelos. Outras áreas frequentemente afetadas incluem o couro cabeludo, palmas e plantas. O acometimento preferencial de superfícies extensoras, bem como outras áreas de maior atrito, pode ser explicado pelo fenômeno de Koebner, com surgimento de lesões em sítios de trauma. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2020).

As placas podem variar tanto de tamanho quanto em espessura, sendo geralmente bem delimitadas, escamosas e infiltradas. O eritema se apresenta variando de cor entre o róseo claro e o vermelho ou violáceo - este especialmente em indivíduos com fototipos mais elevados e nas pernas. As escamas são secas, branco-prateadas, aderentes e são facilmente desprendidas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2020).

O prurido é um sintoma comum, presente em mais de 80% dos casos, podendo afetar qualquer área do corpo e com piora à noite. Fatores como calor, estresse, sudorese e pele seca são conhecidos por agravar o sintoma de prurido (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2020).

A partir da curetagem metódica de Brocq (raspagem das lesões utilizando uma cureta), pode-se obter dois importantes sinais clínicos, são eles:

1) Sinal da Vela: após a curetagem, encontram-se escamas similares às encontradas ao raspar uma vela.
2) Sinal do Orvalho Sangrento (ou de Auspitz): após a raspagem e a retirada das escamas da lesão, apresentam-se sangramentos puntiformes.

### Fisiopatogenia

Embora o mecanismo não seja plenamente conhecido, os linfócitos T anormalmente ativados elaboram citocinas inflamatórias de forma desenfreada, perpetuando e aumentando a inflamação na pele dos pacientes psoriásicos. Inicialmente considerada uma doença caracterizada por defeitos nos queratinócitos levando à hiperplasia epidérmica, a psoríase atualmente é classificada como uma doença imunomediada causada em grande parte pela atividade anormal das células T (NUSSBAUM L. *et al*, 2021).

A marca registrada da psoríase é a inflamação persistente que leva à proliferação descontrolada de queratinócitos e à diferenciação disfuncional. A histologia das placas de psoríase mostra alongamento regular dos cones epiteliais, com afinamento na porção suprapapilar; as

papilas estão alargadas e edemaciadas, exibindo capilares dilatados. Na epiderme ocorre paraqueratose, hipogranulose e presença de agrupamentos de neutrófilos (microabscessos de Munro). O infiltrado inflamatório na psoríase é composto por células dendríticas dérmicas, macrófagos, células T e neutrófilos. As cascatas inflamatórias na psoríase em placas e nas outras variantes clínicas se sobrepõem, mas também apresentam diferenças discretas que explicam os diferentes fenótipos e resultados de tratamento (RENDON & SCHÄKEL, 2019).

A ativação da resposta imune adaptativa através dos distintos subtipos de células T impulsiona a fase de manutenção da inflamação da psoríase. As citocinas Th17, especificamente IL-17, IL-21 e IL-22, ativam a proliferação de queratinócitos na epiderme (RENDON & SCHÄKEL, 2019). A via inflamatória TNFα–IL-23–Th17 caracteriza a psoríase em placas. A família de citocinas IL-17 é composta por seis membros: IL-17A–F. Elas são produzidas por diferentes tipos de células e são importantes reguladoras das respostas inflamatórias. Até agora, a sinalização clinicamente relevante na psoríase é mediada principalmente por IL-17A e IL-17F; ambas atuam através do mesmo receptor, mas têm potências diferentes, sendo que a IL-17A exerce um efeito mais marcante que a IL-17F (RENDON & SCHÄKEL, 2019).

## Tratamento

A escolha da terapia mais adequada para a psoríase é determinada individualmente, considerando gênero, idade, gravidade da doença, comorbidades e acesso aos cuidados de saúde (RENDON & SCHÄKEL, 2019).

Para pacientes com as formas leves da doença, os agentes tópicos são a base do tratamento e incluem principalmente corticosteróides tópicos, análogos da vitamina D, inibidores da calcineurina e ceratolíticos. Nos casos de psoríase moderada a grave, os tratamentos imunobiológicos são indicados na falha, contra-indicação ou perda de resposta aos tratamentos sistêmicos convencionais, incluindo a fototerapia, metotrexato e acitretina. Por outro lado, as diretrizes da Academia Americana de Dermatologia (AAD) - *National Psoriasis* Foundation (NPF) atualmente já recomendam produtos biológicos como uma opção de primeira linha para o tratamento das formas graves de psoríase, devido à sua eficácia no tratamento e ao perfil de segurança satisfatório (ARMSTRONG & READ, 2020).

A psoríase moderada a grave frequentemente requer tratamento sistêmico e a presença de comorbidades, como artrite psoriásica, é um fator altamente relevante na seleção do tratamento adequado.

A fototerapia é uma opção de tratamento eficaz e segura no manejo da psoríase. No entanto, o tempo prolongado para se obter uma resposta adequada e mantida bem como a dificuldade de acesso aos centros especializados que disponham dessa modalidade de tratamento limitam sua indicação.

O metotrexato é um dos tratamentos convencionais mais utilizados no manejo da psoríase e age inibindo a síntese de DNA ao bloquear a biossíntese de timidina e purinas (ARMSTRONG & READ, 2020). Trata-se de uma opção terapêutica de eficácia moderada e baixo custo, podendo ser administrada por via oral, subcutânea e intramuscular. Entre os efeitos adversos, alterações gastrointestinais, hematológicas e hepáticas devem ser consideradas, bem como o risco aumentado de infecções por se tratar de uma droga imunossupressora.

Dentre os retinoides que representam moléculas sintéticas relacionadas à vitamina A, a acitretina é o mais utilizado no tratamento da psoríase. A sua dosagem varia de acordo com a intensidade do quadro, com uma dose máxima

de 1 mg/kg por dia. Efeitos colaterais comuns incluem queilite, conjuntivite e eflúvio telógeno. No entanto, a teratogenicidade é o efeito adverso mais temido contra-indicando a medicação nas mulheres em idade fértil (ARMSTRONG & READ, 2020).

A ciclosporina caracteriza uma opção altamente eficaz e de rápido início de ação nas formas graves de psoríase. O risco de nefrotoxicidade associado principalmente ao uso prolongado da medicação limita seu uso e direciona sua indicação ao resgate de quadros instáveis e rapidamente progressivos da doença.

### Imunobiológicos

Os IB representam um inovador grupo de medicamentos que interferem de maneira específica e pontual no sistema imune. Atuam bloqueando ou estimulando uma ou mais vias da resposta imunológica e são administrados por via subcutânea ou intravenosa (RENDON & SCHÄKEL, 2019).

Apesar de sua alta complexidade e variabilidade estrutural, todos os biológicos representam proteínas obtidas através de modernas técnicas de biotecnologia (ROMITI *et al*., 2024). O alvo destes agentes terapêuticos inclui o tráfego dos linfócitos da microcirculação para a pele, a apresentação antigênica das células apresentadoras de antígeno aos linfócitos e por fim as diferentes citocinas e seus receptores. Estão indicados, principalmente, em casos de psoríase moderada a grave e recalcitrante; na contra-indicação, intolerância ou fracasso à terapia sistêmica clássica; em casos de doentes com grave deterioração da qualidade de vida e/ou incapacidade física ou psicossocial (ROMITI *et al*., 2024). Atualmente, três tipos de biológicos estão aprovados para o uso no tratamento da psoríase: citocinas humanas recombinantes, proteínas de fusão ou anticorpos monoclonais. As chamadas pequenas moléculas, como o deucravacitinibe, por exemplo, representam uma nova classe de tratamento da psoríase, sendo obtidos através de síntese química e administrados por via oral.

Os principais imunobiológicos utilizados em dermatologia incluem basicamente inibidores do fator de necrose tumoral alfa (anti-TNF), inibidores da interleucina-12 e -23 (anti-IL12/23), inibidores da interleucina-17 e seu receptor (anti-IL17), inibidores de interleucina-23 (anti-IL23), rituximabe (anticorpo anti-CD20), dupilumabe (anti-IL4/IL13) e imunoglobulina intravenosa (ROMITI *et al*., 2024).

### Perfil de Eficácia dos Imunobiológicos

O uso de imunobiológicos no tratamento de psoríase moderada a severa representa um dos avanços terapêuticos mais significantes no ramo da dermatologia. Os resultados de eficácia variam de acordo com os estudos realizados, considerando-se estudos controle randomizados, dados de vida real e as diferentes populações analisadas. Os dados das metanálises, combinando resultados provenientes de diferentes estudos, caracterizam uma das melhores formas de se avaliar o perfil de eficácia e segurança dos diferentes IBs utilizados no manejo da psoríase moderada a grave (ROEVER, 2020).

Metanálise brasileira de Carvalho *et al* de 2017 realizada a partir de 40 estudos, avaliou um total de 22.884 pacientes com psoríase e os seguintes medicamentos: adalimumabe, apremilaste, brodalumabe, etanercepte, infliximabe, ixequizumabe, secuquinumabe, tofacitinibe e ustequinumabe. O estudo mostrou que os produtos biológicos e os inibidores de pequenas moléculas são altamente eficazes para o tratamento da psoríase moderada a grave, e que os medicamentos anti-IL-17 têm a mesma, ou até

maior, eficácia do que o factor de necrose tumoral (TNF) e medicamentos anti-IL-12/23 quando PASI 75 ou PASI 90 são usados como resultado. Aplicando-se os resultados de PASI 100, os medicamentos mais recentes, como o anti-IL-17, tendem a ter melhor desempenho do que os medicamentos anti-TNF e anti-IL-12/23 (CARVALHO *et al*., 2017).

Por outro lado, os resultados de uma detalhada metanálise em rede de 2021 avaliando a eficácia comparativa entre diferentes imunobiológicos a curto e longo prazo, evidenciaram que no curto prazo (N = 71 estudos controle randomizados), as taxas de resposta PASI 90 foram mais altas para ixequizumabe (72,9%, SUCRA 0,951), risanquizumabe (72,5%, 0,940) e brodalumabe (72,0%, 0,930), que foram significativamente maiores do que aqueles para guselcumabe (65,0%, 0,795), secuquinumabe (65,0%, 0,794), infliximabe (56,8%, 0,702), certolizumabe (400 mg: 49,6%, 0,607; 200 mg: 42,2%, 0,389), ustecquinumabe (90 mg: 47,9%, 0,568; com base no peso: 45,7%, 0,505; etanercepte (18,0%, 0,171), apremilaste (12,4%, 0,090) e fumarato de dimetila (12,2%, 0,092). As taxas de resposta PASI 100 foram mais altas para ixequizumabe (41,4%), risanquizumabe (40,8%) e brodalumabe (40,3%). Em relação aos dados a longo prazo (N = 11 ECRs), a taxa PASI 90 foi mais alta para risanquizumabe (85,3%, SUCRA: 0,998), que foi significativamente maior do que aquelas para brodalumabe (78,8%, 0,786), guselcumabe (78,1%, 0,760), ixequizumabe (72,1%, 0,577), secuquinumabe (67,0%, 0,450), ustequinumabe (com base no peso: 55,0%, 0,252), adalimumabe (51,6%, 0,176) e etanercepte (37,9%, 0,001). Risanquizumabe teve a maior taxa de resposta PASI 100 (65,4%), seguido por brodalumabe (55,7%) e guselcumabe (54,8%) (ARMSTRONG *et al*., 2021).

### Perfil de Segurança dos Imunobiológicos

De modo geral, os IBs não apresentam toxicidade específica para nenhum órgão ou sistema específico. Entretanto, seu efeito imunomodulador pode estar associado à ocorrência de efeitos adversos de curto e longo prazo, como infecções oportunistas graves. Antes do início da terapia com IBs, uma abordagem individualizada dos pacientes se torna essencial, sendo necessária uma discussão dos riscos e benefícios de cada tratamento. Durante o tratamento, o cuidado também deve ser constante, tanto por parte do médico prescritor quanto do paciente, visando reduzir o risco de complicações indesejáveis.

O real risco de infecção associado ao uso de IBs foi avaliado em estudos controlados e randomizados, em registros populacionais e em revisões sistemáticas da literatura. O consenso atual é de que os IBs apresentam um risco mínimo ou mesmo ausente de infecção quando comparados aos tratamentos sistêmicos clássicos. Deve também ser levado em consideração que a própria cronicidade da psoríase como uma doença imunomediada associada a uma ampla gama de comorbidades pode aumentar o risco de infecções. Além disso, os pacientes com uma maior gravidade da doença são os principais candidatos a receber o tratamento com medicamentos IBs (ROMITI *et al*., 2024).

Em geral, as infecções cutâneas e respiratórias são as mais prevalentes associadas ao uso de IBs. Por outro lado, infecções granulomatosas e fúngicas estão associadas ao mecanismo inerente às classes de IBs anti-TNF e anti-IL17, respectivamente (ROMITI *et al*., 2024).

Em relação aos imunossuprimidos, a diretriz de tratamento da psoríase da Academia Americana de Dermatologia (AAD) menciona que os IBs (anti-TNF, anti-IL12/23, anti-IL17 e anti-IL23) podem ser usados em pacientes com

infecção pelo HIV, desde que recebendo tratamento TARV e de preferência apresentem CD4 dentro dos limites da normalidade, carga viral indetectável e não apresentam infecções oportunistas recentes.

A seguir discutiremos o perfil de segurança em relação às diferentes classes de IBs:

- **Anti-TNF**: Os anti-TNF são a classe mais antiga de IBs aprovados para o tratamento de psoríase. Entre os medicamentos com ação anti-TNF para a psoríase, podemos destacar: infliximabe (anticorpo monoclonal quimérico), etanercepte (proteína de fusão), adalimumabe (anticorpo humanizado anticorpo monoclonal) e certolizumabe pegol (anti-TNF peguilado). Entre os diferentes efeitos adversos associados a essa classe de drogas, a reativação da tuberculose latente representa um risco particularmente associado ao uso de agentes anti-TNF, uma vez que esta citocina desempenha papel fundamental na manutenção da integridade do cancro primário da tuberculose. Assim, torna-se mandatória a investigação para tuberculose presente ou passada através das provas tuberculínicas (PPD e/ou IGRA), raio-X de tórax e questionamentos a respeito de antecedentes pessoais e familiares de tuberculose. Os doentes com evidência de tuberculose ativa ou tuberculose anterior tratada de maneira inadequada devem receber tratamento específico da tuberculose antes de iniciar o tratamento com IBs. Casos diagnosticados como tuberculose latente devem fazer quimioprofilaxia antes de iniciar o tratamento. A vigilância ativa e contínua em relação à tuberculose nos pacientes tratados com drogas anti-TNF é mandatória, especialmente em países com altas taxas da doença, em populações com alto risco de reativação da infecção ou naqueles indivíduos com permanência em zonas endêmicas.
- **Anti-IL17:** Em relação ao uso das drogas anti-IL17 (secuquinumabe, ixequizumabe e bimequizumabe) e seus receptores (brodalumabe), as infecções fúngicas e, especificamente, casos de candidíase, são frequentes e devem ser precocemente diagnosticados e tratados. Nota-se que, apesar da incidência aumentada, a grande maioria dos casos de candidíase caracterizam infecções leves e localizadas, passíveis de tratamento tópico e/ou sistêmico, não demandando a suspensão do tratamento imunobiológico.
- **Anti IL-12/IL-23 e Anti IL-23:** Pertencem à esta classe os IBs com ação anti-IL12/23 (ustequinumabe) e aqueles com ação anti-IL-23 (guselcumabe, risanquizumabe e tildraquizumabe). Esses medicamentos apresentam um perfil de segurança satisfatório e até o presente momento não foi evidenciado nenhum efeito adverso específico relacionado à essa classe de medicações (NUSSBAUM L. *et al*, 2021).

### Consenso Brasileiro de Psoríase

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), há uma grande heterogeneidade no Brasil no que tange as características da população acometida pela psoríase e o acesso aos sistemas de saúde, fato que demonstra a importância de um protocolo nacional para o manejo da doença.

O Consenso Brasileiro de Psoríase 2020 e o Algoritmo de Tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) foram obtidos a partir da concordância de mais de 70% dos especialistas participantes, delineando um algoritmo de tratamento atualizado e minucioso, padronizando condutas e permitindo aumentar a assistência ao paciente (ROMITI *et al*., 2021).

O algoritmo de tratamento:

1. Classifica a psoríase em grave nos casos com BSA ou PASI ou DLQI > 10; quando

ocorre o acometimento de áreas especiais (como unhas, couro cabeludo, genitais, etc) e quando houve falha ao uso de terapia tópica;

2. Indica a fototerapia como primeiro passo no tratamento. Não havendo resposta após 20 sessões ou havendo intolerância ao tratamento ou mesmo indisponibilidade, seguir o próximo passo;

3. Indica o uso do metotrexato para homens e mulheres com psoríase grave e o uso da acitretina para homens e mulheres não férteis. Reserva o uso da ciclosporina como droga de resgate para as formas instáveis e rapidamente progressivas de psoríase.

Tal algoritmo tem como objetivo terapêutico alcançar o PASI90 ou PASI absoluto < 3 e se ocorrer falha, deve-se escolher outra forma terapêutica.

## CONCLUSÃO

A psoríase é uma doença multifatorial complexa para a qual surgiram diversas novas terapias nos últimos anos. Apesar do refinamento das terapias específicas, a psoríase continua a ser uma doença crônica e recorrente para a qual não existe cura. As terapias IBs direcionadas apresentam alta eficácia clínica principalmente através da inibição do eixo IL-23/Th17. Apesar da segurança e eficácia das terapias IBs, o custo elevado destes tratamentos ainda limita seu amplo acesso.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARMSTRONG, A.W. & READ C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. JAMA. 2020 May 19;323(19):1945-1960.

ARMSTRONG, A.W. *et al*. Comparative Efficacy and Relative Ranking of Biologics and Oral Therapies for Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis: A Network Meta-analysis. Dermatol Ther (Heidelb). 2021 Jun;11(3):885-905.

CARVALHO, A.V. *et al*. Efficacy of Immunobiologic and Small Molecule Inhibitor Drugs for Psoriasis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. Drugs R D. 2017 Mar;17(1):29-51.

NUSSBAUM, L. *et al*. Role of regulatory T cells in psoriasis pathogenesis and treatment. Br J Dermatol. 2021 Jan;184(1):14-24.

GRIFFITHS, C.E.M. *et al*. Psoriasis. Lancet. 2021 Apr 3;397(10281):1301-1315.

MENTER, A. *et al*. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics. Journal of the American Academy of Dermatology, v. 80, n. 4, p. 1029–1072, abr. 2019.

NAST, A. *et al*. EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris - Part 2: specific clinical and comorbid situations. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021 Feb;35(2):281-317.

RENDON, A. & SCHÄKEL, K. Psoriasis Pathogenesis and Treatment. Int J Mol Sci. 2019 Mar 23;20(6):1475.

ROEVER, L. Guia prático de revisão sistemática e metanálise. Rio de Janeiro, RJ: Thieme Revinter, 2020.

ROMITI, R. *et al*. Grupo de Trabalho do Consenso Brasileiro de Psoríase da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Brazilian Consensus on Psoriasis 2020 and Treatment Algorithm of the Brazilian Society of Dermatology. An Bras Dermatol. 2021 Nov-Dec;96(6):778-781.

ROMITI, R. *et al*. Infections in the era of immunobiologicals. An Bras Dermatol. 2024 Mar-Apr;99(2):167-180.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Consenso Brasileiro de Psoríase 2020: Capítulo 5 - Psoríase em Placas: Quadro Clínico e Diagnóstico. An Bras Dermatol. 2020; 95(Suppl 1) p. 25-27.

SOCIEDADE BRASIELIRA DE DERMATOLOGIA. Instrumentos de avaliação de gravidade da psoríase. In: Consenso Brasileiro de Psoríase 2020. An Bras Dermatol. 2020; 95(Suppl 1) p. 16-18.