

**UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO**

**LARISSA INÊS STAFUSSA MESQUITA**

**COMPROMETIMENTO ARTICULAR NA  
PSORÍASE**

**Bauru  
2008**

**UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO**

**LARISSA INÊS STAFUSSA MESQUITA**

**COMPROMETIMENTO ARTICULAR NA  
PSORÍASE**

**Trabalho de Conclusão do Curso  
apresentado ao Centro de Ciências da  
Saúde, Curso de Fisioterapia como parte  
dos requisitos para obtenção do título de  
fisioterapeuta sob orientação da Prof.  
Dra. Stela Neme Daré de Almeida.**

**Bauru  
2008**

M582c

Mesquita, Larissa Inês Stafussa

Comprometimento articular na psoríase / Larissa  
Inês Stafussa Mesquita – 2008.  
22f.

Orientadora: Profa. Dra. Stela Neme Daré de Almeida.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Fisioterapia) - Universidade do Sagrado Coração -  
Bauru - SP.

1. Psoríase 2. Psoríase artropática 3. Artrite psoriásica  
4. Recursos fisioterapêuticos I. Almeida, Stela Neme Daré  
de II. Título

Agradeço a paciência da orientadora  
Stela Neme Daré de Almeida e  
minha eterna admiração pela sua  
competência que me conduziu a  
etapa final deste trabalho.

## RESUMO

O objetivo do presente estudo é descrever o comprometimento articular na psoríase, elaborar uma ficha de avaliação e verificar quais recursos fisioterapêuticos que podem ser usados para tratamento das artropatias. **Introdução:** a artrite psoriásica se desenvolve em 5 a 10% dos pacientes com psoríase, sua causa é desconhecida mas é provável que seja geneticamente determinada. O comprometimento varia desde a doença oligoarticular até a poliarticular, mas afeta predominantemente de modo assimétrico as pequenas articulações das mãos e pés, como resultado deste comprometimento a dor e limitação de movimentos podem se tornar fatores limitantes. **Metodologia:** estudo de revisão de literatura. **Considerações finais:** os recursos fisioterapêuticos podem ajudar na melhora clínica, mas não são totalmente efetivos devido a artrite ser extremamente variável em seu comportamento.

**Palavras chaves:** psoríase, psoríase artropática, artrite psoriásica, recursos fisioterapêuticos.

## Sumário

1- INTRODUÇÃO.....	5
2- OBJETIVOS.....	8
3- METODOLOGIA.....	9
4- REVISÃO DE LITERATURA.....	10
4.1- CONCLUSÃO.....	19
ANEXO – 1 (FICHA DE AVALIAÇÃO) .....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

## 1 INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença eritematoescamosa de evolução crônica, com fases de remissão, podendo ou não ter comprometimento articular (AZULAY & AZULAY, 1999).

É caracterizada por hiperplasia epidérmica onde o ciclo evolutivo dos ceratinócitos é acelerado associados a uma ativação imune inapropriada (AZULAY & AZULAY, 2006).

O tempo de transformação de uma célula epidérmica psoriásica, isto é, o tempo necessário para que ela atravesse da camada de célula basal da epiderme para a superfície e ser rejeitada, é de 3-4 dias, em contraste com a normal que é de 28 dias. Como resultado deste aumento, os eventos normais de maturação e ceratinização celular não podem ocorrer. Isto reflete clinicamente em descamação e histologicamente uma epiderme bastante espessada com atividade mitótica aumentada (AZULAY & AZULAY, 1999).

Atinge cerca de 1% dos grupos populacionais, acomete em igual proporção ambos os sexos e aparece em qualquer idade, sendo mais freqüente na terceira e quarta década da vida (SAMPAIO & RIVITTI, 2001); já AZULAY & AZULAY, (1999) referem uma maior incidência em homens, sendo rara em negros e crianças e com prevalência de 2% dos grupos populacionais.

As lesões típicas são caracterizadas por limites bem precisos e, por vezes com halo periférico claro (halo de Woronoff); o tamanho das lesões variam de alguns milímetros (psoríase gutata), a grandes placas de vários centímetros; sua forma é variada: numular, girata, anular e outras. Geralmente as lesões são simétricas, mas pode haver casos de lesão única e isolada. Os locais mais freqüentes são: face extensora de membros (cotovelo e joelhos), região sacra, tronco e couro cabeludo, há entretanto a psoríase invertida em que as lesões são nas áreas flexoras (AZULAY & AZULAY, 2006).

A causa da psoríase é desconhecida, porém muitas hipóteses já foram formuladas podendo ser de origem infecciosa, atribuindo a causa a vírus, cogumelos ou bactérias; metabólicas por distúrbios de proteínas, gorduras ou hidratos de carbonos; genética, considerando-a doença hereditária; psicogênica, que atribui a psoríase a conflitos emocionais (BEHELLI & CURBAN, 1978).

Para AZULAY & AZULAY (1999), a observação de psoríase intrafamiliar é comum, pois em gêmeos vitelinos, a presença de psoríase foi de 70% contra 23% em dizigóticos, o que provavelmente é de herança poligênica e requer fatores ambientais para sua expressão (clima, luz, drogas, trauma, infecções, alterações metabólicas e endócrinas, estado emocional).

Sua etiopatogenia é portanto multifatorial onde fatores genéticos, ambientais e imunológicos atuam e interagem para o aparecimento da doença. Acredita-se que, num indivíduo geneticamente predisposto, a presença de uma fator ambiental possa funcionar como um “gatilho” para desencadear as alterações imunológicas que darão origem a doença (BARROS et al., 2007).

De acordo com SAMPAIO & RIVITTI (2001), podemos distinguir várias formas clínicas de psoríase:

Psoríase em placas: é a mais comum de todas as formas de psoríase e observada em quase 90% dos doentes. Sua evolução é crônica, com períodos de exacerbação e acalmia. Manifesta-se por placas eritemato-escamosas bem delimitadas, de tamanhos variados, afetando geralmente de forma simétrica a face extensora dos membros, particularmente joelhos, cotovelos, couro cabeludo e região sacral. Qualquer outra região do corpo pode ser encontrada lesões que são muito variadas, podem ir de uma a centenas. Eventualmente são afetadas as mucosas genitais ou mucosas dos lábios. Nas lesões de psoríase pode haver predomínio de eritema, mas a descamação é bem típica e é formada por escamas secas, branco-prateadas, aderentes e extratificadas. Há uma uniformidade nos aspectos clínicos das lesões e frequentemente comprometimento das unhas, que apresentam pequenas depressões (unha em dedal). Onicólise e hiperqueratose sub-ungueal são também observadas.

Psoríase em gota (gutata): mais comum em crianças, adolescentes e adultos jovens, manifesta-se pelo aparecimento súbito de pequenas pápulas eritemato-descamativas de 0,5 a 1 cm de diâmetro, geralmente localizadas no tronco. Caracteristicamente, a psoríase gutata é precedida de infecção estreptocócica, comumente de vias aéreas superiores, e costuma resolver espontaneamente após 2 a 3 meses. Ocasionalmente as lesões podem persistir, aumentando de tamanho, tomando as características de psoríase em placa.

Psoríase eritrodérmica: eritema intenso, de caráter universal, acompanhado de descamação discreta. A eritrodermia pode ocorrer no curso evolutivo da doença. Mas

frequentemente é desencadeada por administração e posterior interrupção de corticóide sistêmico, podendo corresponder a exacerbação da doença em doentes com AIDS.

Na psoríase eritrodérmica, a atividade do processo psoriático é intensa, com proliferação aumentada e perda da maturação das células epidérmicas, levando a produção de queratinas anormais. Dessa forma, a descamação é discreta e predomina o eritema. Pela vasodilatação generalizada, há perda excessiva de calor levando a hipotermia. Nos casos de longa evolução, pode ocorrer diminuição do débito cardíaco e até mesmo comprometimento da função hepática e renal.

Psoríase pustulosa: consiste em um quadro de lesões eritemato-escamosas e pustulosas generalizadas conhecida também como psoríase de Von Zumbusch. A psoríase pustulosa pode ser desencadeada em pessoas com psoríase vulgar, por interrupção de corticóides sistêmico, por hipocalcemia, infecções ou mesmos por irritantes locais. Geralmente há febre e leucocitose. O quadro se reverte após algumas semanas voltando ao estado anterior ou se transformar em psoríase eritrodérmica.

Na forma localizada compreende três subformas, uma com lesão única ou com pústulas que em geral não evolui para forma generalizada, outra subforma com lesões nas extremidades dos dedos das mãos e ou artelhos, conhecida no passado com acrodermatite continua de Hallopeau. E a terceira subforma é pustulosa palmo-plantar bacteriana, que parece ser diferente das outras e também não apresenta aumento da síntese de DNA na epiderme não envolvida, como ocorre na psoríase. Manifesta-se por áreas bem definidas de eritema, descamação e pústulas, geralmente bilaterais e simétricas nas palmas e ou cavos plantares.

Psoríase artropática: ocorre em 5 a 7% dos doentes de psoríase, normalmente está associada a lesões cutâneas disseminadas. A forma mais freqüente é uma mono ou oligoartrite assimétrico de fácil controle e bom prognóstico, afeta principalmente as articulações interfalangeas distais ou proximais. Tem uma velocidade hemossedimentação aumentada, porém o fator reumatóide e os fatores antinucleares estão ausentes.

## **2 OBJETIVOS**

- Descrever o comprometimento articular na psoríase.
- Elaborar uma ficha de avaliação fisioterapêutica na psoríase.
- Relacionar os recursos terapêuticos que podem ser utilizadas no tratamento da artropatia.

### **3 METODOLOGIA**

O presente estudo de revisão de literatura utilizou como fontes de informações periódicos, teses, revistas científicas relacionados a área de Dermatologia e Fisioterapia.

Foi realizada também uma pesquisa em sites acadêmicos com as seguintes palavras chaves: Psoríase, Psoríase Artropática e Artrite Psoriásica.

O local e forma de obtenção do material bibliográfico foram feitos em Bauru na biblioteca da Universidade Sagrado Coração, devido ao seu fácil acesso e também no Instituto Lauro de Souza Lima.

A seguir foi realizada a leitura do material bibliográfico, da introdução até a conclusão que teve por objetivo coletar os dados como nome do autor, ano e local da pesquisa e ainda comparar as diversas literaturas quanto a incidência da psoríase e artrite psoriásica e coletar os dados a respeito do comprometimento articular.

## **4 REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 Psoríase artropática ou artropatia psoriásica (AP)**

Em alguns doentes, a psoríase pode acometer articulações, determinando por vezes, lesões extremamente graves, sendo chamada psoríase artropática. Esta doença, não compromete órgãos internos e tão pouco o estado geral, sendo portando uma afecção benigna (BEHELLI & CURBAN, 1978).

A idade de pico do aparecimento da artrite psoriásica (AP) está entre a quarta e a sexta décadas, e atinge homens e mulheres igualmente, em uma proporção de 1:1, podendo ser extremamente agressiva, deixando o paciente incapacitado para realizar funções do dia-a-dia (MACHADO et al., 2005).

A forma artropática ocorre em 5 a 7% dos doentes em psoríase, em geral naqueles com lesões cutâneas disseminadas (SAMPAIO & RIVITTI, 2001). AZULAY & AZULAY (2006) referem que o comprometimento articular afeta, de 5 a 40% dos pacientes com psoríase, de qualquer de suas formas clínicas, mas com maior frequência os que possuem as formas ungueal, em placas, eritrodérmicas e pustulosas e para MACHADO et al., 2005 os estudos recentes demonstraram porcentagem variável de 23 a 69% na população com psoríase, isso pode ocorrer pelo fato de os estudos investigarem amostras variadas, tanto no número de pacientes como na severidade da psoríase cutânea. De forma geral, é certo que a prevalência populacional é muito variável.

A artrite psoriásica, é multifatorial, e envolve distintos aspectos que devem ser considerados na decisão do tratamento. É necessário individualizar a terapêutica, levando-se em conta o predomínio axial, periférico, as dactilites e entesites, o acometimento cutâneo e ungueal, além de co-morbidades e ainda considerações econômicas e sociais (BARROS et al., 2007).

O fato é que os mecanismos neuro-imuno-endócrinos envolvidos no processo de desencadeamento da artrite psoriásica e da psoríase ainda precisam ser esclarecidos, mas estes compartilham os mesmos fatores desencadeantes ambientais e psico afetivos (BARROS et al., 2007).

O polimorfismo genético pode influenciar esta susceptibilidade; polimorfismo do TNF alfa tem sido associado com artrite psoriásica e com a presença e progressão de

artrite erosiva. Entre os fatores ambientais, podemos citar infecção (retrovírus ou bactérias Gram-positivas, como o estreptococo, e mais recentemente o HIV), trauma articular (principalmente crianças) e algumas drogas (como beta-bloqueadores, lítio, inibidores da enzima conversora da angiotensina e inibidores da COX-1 (BARROS et al., 2007)).

Do ponto de vista imunológico, observam-se alterações tanto da imunidade humoral quanto da imunidade celular. A pele, as articulações e as enteses compartilham mecanismos patogênicos semelhantes. Infiltrado composto de células T ativadas está localizado nas papilas dérmicas, na camada subsinovial e nas enteses. Outras células envolvidas são as células dendríticas, os macrófagos e as células B. Todas liberam citocinas pró-inflamatória que levam à ativação de outras células patogênicas, promovem a angiogênese e a reabsorção óssea (BARROS et al., 2007).

Em estudos calcula-se que 5 a 7% dos pacientes com psoríase irão desenvolver artrite periférica, mas esta prevalência portanto pode chegar a 42% se o comprometimento axial e periférico for simultâneo, e na população em geral esta prevalência é de 2 a 3% (MARQUES et al., 2006).

Na concepção de AZULAY E AZULAY (2006), a forma artropática pode ser caracterizada por uma doença articular crônica e inflamatória, não possuindo nódulos subcutâneos e seu fator reumatóide é negativo (soronegativa). É heterogênea, associada com psoríase de pele ou unhas e não apresenta nódulos reumatóides (MACHADO et al., 2005).

Apesar de seu caráter crônico, a evolução da psoríase artropática é bastante variável desenvolvendo-se por surtos sucessivos com intervalos de acalmia (BECHELLI & CURBAN, 1978).

O comprometimento articular na psoríase, geralmente inicia-se pelas pequenas articulações dos dedos e podáctilos, manifestando-se por processos inflamatórios agudo, que se traduz por ligeira tumefação, rubor e dor. Tais lesões regridem espontaneamente, sem causar dano maior, porém com a repetição dos surtos, o processo tende a cronicidade, ocasionando alterações permanentes das estrutura articulares que pode determinar perda funcional completa das articulações, podem ainda afetar os membros superiores, inferiores e coluna vertebral, levando a invalidez (BECHELLI & CURBAN, 1978).

Para Alonso (1981), os surtos podem ser desencadeados por traumatismos e infecções nos pacientes predispostos.

O acometimento articular pode ser agudo ou insidioso, monoarticular, oligoarticular ou ainda poliarticular (AZULAY & AZULAY, 2006).

As alterações radiológicas vão desde a simples osteoporose até a destruição óssea, com aumento do espaço articular (ALONSO, 1981).

As lesões de pele antecedem em 70% das vezes o acometimento articular, em 20% dos casos são concomitantes e raramente (10%) o acometimento articular pode preceder as lesões cutâneas (AZULAY & AZULAY, 2006).

Já para MARQUES et al., 2006 relatam que as lesões de pele só apareceram após o início do quadro articular em 25% dos casos, podendo preceder em até 15 anos.

Para MACHADO et al., 2005 a doença articular ocorre aproximadamente 10 anos após os primeiros sinais de psoríase de pele, em que a severidade do acometimento cutâneo tem correlação com o surgimento da AP.

Os surtos de agudização da artrite se correlacionam com a piora das lesões cutâneas em 30 a 50% dos pacientes (quanto maior o acometimento dermatológico, maior será a prevalência de artrite), mas não existe relação entre a gravidade do acometimento articular com a extensão das lesões da pele, pois algumas formas graves, eritematosas e pruriginosas podem não acometer as articulações, ao passo que outras discretas podem vir acompanhadas de poliartrite grave (AZULAY & AZULAY, 2006).

A AP juvenil é rara e acomete jovens entre nove e 12 anos de idade (MACHADO et al., 2005).

A alteração ungueal também está relacionada com a AP, principalmente se ocorrer próximo à articulação interfalangeana distal (MACHADO et al., 2005).

A presença da AP representa um grande impacto na rotina do paciente. A dor, as incapacidades e alterações emocionais ocasionadas pela doença traduzem redução da qualidade de vida maior do que a artrite reumatóide (MACHADO et al., 2005).

No início, os pacientes apresentam apenas queixas dolorosas nas articulações, estas se apresentam difusas, malcaracterizadas possuindo ainda caráter migratório, acometendo principalmente mãos, pés e joelhos. Outras vezes as queixas são talalgias, algias vertebrais ou da articulação escapuloumeral. Existem ainda mialgias, radiculalgias e parestesias precedendo o quadro articular característico. Alguns sinais de inflamação, rigidez matinal, febre, perda de peso, fadiga e anemia podem ser detectados (AZULAY & AZULAY, 2006).

Para MACHADO et al., 2005 os sintomas incluem artralgia, dor na inserção dos tendões e ligamentos (entesites), edema, eritema, dor a mobilização da articulação

acometida, podendo ou não apresentar deformidade e redução da capacidade funcional e dificuldade para realizar tarefas do dia-a-dia.

As interfalangeanas distais e proximais são tipicamente afetadas, e a patologia primária pode estar na entese ou na sinóvia. A dactilite ou dedo em salsicha é comum e ocorre em até 30% dos casos. Os pacientes também podem ter evidência de espondilite, sacroileíte ou outros elementos de doença inflamatória na coluna. Contudo, a espondilite da AP possui curso clínico menos severo do que o da espondilite anquilosante e geralmente é unilateral (o da espondilite é bilateral) (MACHADO et al., 2005).

Deformidade nas articulações e achados de dano radiológico têm sido demonstrados em pelo menos 40% dos pacientes com AP, e em muitos casos a doença pode ser mais severa do que a artrite reumatóide (MACHADO et al., 2005).

Para Azulay e Azulay (2006), a artrite pode ser subdividida em cinco subtipos:

- Comprometimento das interfalangeanas: predominantemente interfalangeana distal representa a forma mais típica da doença, porém ocorre em apenas 5% dos casos.
- Forma oligoarticular ou poliarticular assimétrica: em joelhos tornozelos, punhos e pequenas articulações das mãos e dos pés é observada em 70%.
- Forma axial ou espondilite: pode ser acompanhada ou não de artrite periférica, acomete a coluna vertebral com pseudosindesmófitos grandes e assimétricos que são as calcificações paravertebrais, ocorrendo em 5% dos casos.
- Poliartrite simétrica: é observado em 15% dos pacientes este quadro é semelhante da artrite reumatóide, com deformidades similares àquelas da mão reumatóide.
- A artrite erosiva (mutilante): apresenta lesões osteolíticas e anquilose que podem ser acompanhadas de espondilite e sacroileíte, esta forma é observada em 5% dos casos e os homens são os mais afetados sendo a progressão rápida com aparecimento de deformidades em poucos meses.

As alterações radiológicas observadas são: aumento da osteólise, anquilose e calcificação nas áreas de entesites. Na coluna podem ser observados sacroileíte e sindesmofitose. A sacroileíte pode ser unilateral, assim como a sindesmofitose e em alguns casos há luxação atlantoaxial. Mesmo com a presença de todas essas alterações no raioX, até 60% dos pacientes com AP não apresentam alteração radiológica (MACHADO et al., 2005).

O dado laboratorial mais importante na AP é a negatividade do fator reumatóide (FR), particularmente nos pacientes com artrite semelhante à AR. No entanto, esse teste pode ser positivo em cinco a 9% dos indivíduos com AP. O FR é teste de alta sensibilidade, apresentando muito resultado falso positivo. Além disso, aproximadamente 5% da população normal é positiva para esse teste. A hiperuricemia tem sido citada como um aspecto da psoríase de pele, principalmente nos pacientes com envolvimento extenso (MACHADO et al., 2005).

Algumas manifestações clínicas extra-articulares podem ocorrer. A doença inflamatória ocular é uma delas, vista algumas vezes nesses pacientes, principalmente se com doença em esqueleto axial. A presença de alterações ungueais é clássica (MACHADO et al., 2005).

Nas últimas décadas, foram propostos diversos critérios classificatórios para a artrite psoriásica. Os critérios do Grupo Europeu de Estudo das Espondiloartropatias(1991), englobam preferencialmente as formas oligoarticulares e espondilíticas. Recentemente, o grupo CASPAR ( Classification Criteria for Psoriatic Arthritis) propôs novos critérios tentando englobar o amplo espectro de casos de artrite psoriásica. Alguns autores costumam incluir a Síndrome SAPHO (acrônimo de Sinovite, Acne, Pustulose, Hiperostose e Osteíte) como um subtipo distinto da artrite psoriásica; no entanto ainda não é um consenso (BARROS et al., 2007).

O grande problema para o diagnóstico da AP aparece quando estamos diante de um paciente com quadro articular sugestivo e ausência de psoríase, em que as o comprometimento articular precede as lesões de pele (25 % dos casos), podendo aparecer em até 15 anos, tornado neste momento o diagnóstico diferencial ( principalmente das formas poliarticulares simétricas). Contudo somente o posterior aparecimento da psoríase pode estabelecer o diagnóstico (MARQUES et al., 2006).

Dentre as doenças reumáticas auto-ímmunes, a artrite psoriásica é uma daquelas onde o “stress” emocional representa um importante fator desencadeante da crise tanto articular quanto cutânea; dessa maneira é importante o suporte psicológico dos pacientes psoriásicos (BARROS et al., 2007).

#### **4.1.1 Diagnóstico**

Não existe um teste diagnóstico específico para a AP. A definição da doença é baseada em anamnese, exame físico, ausência de nódulos reumatóides, FR negativo e alterações radiológicas (presente em 40% dos pacientes) (MACHADO et al., 2005).

O diagnóstico é de exclusão e, se realizado na fase inicial, oferece possibilidade de tratamento mais adequado, evitando complicações. O que define a presença da artrite é o exame físico adequado das articulações, já que o raioX pode estar normal, contudo o exame físico é fundamental (MACHADO et al., 2005).

O exame físico inclui observar número, localização e distribuição das articulações alteradas, e presença de lesão cutânea (MACHADO et al., 2005).

Sendo, portanto o diagnóstico da AP de exclusão, a história clínica e o exame físico são peças fundamentais na definição da doença (MACHADO et al., 2005).

Deve-se fazer diagnóstico diferencial principalmente com artrite reumatóide, osteoartrite e espondilite anquilosante (MACHADO et al., 2005).

## **4.1.2 Tratamento do comprometimento articular**

### **Medicamentoso**

Na psoríase, há, um desequilíbrio transitório entre as moléculas; não havendo portanto um defeito extrutural nas células, o objetivo da terapêutica é a melhoria clínica evidente e não a cura (Azulay e Azulay, 1999). Os diversos medicamentos atuam bloqueando, em níveis diferentes, a proliferação exagerada dos ceratinócitos, daí, com frequência, associarmos mais de uma droga. Em termos gerais, tratamento tópico para as formas localizadas e sistêmico para as formas generalizadas ou graves, devendo ser sempre acompanhado de tratamento tópico: deve-se sempre usar óleos ou outros hidratantes para ajudar na remoção de escamas (AZULAY & AZULAY, 2006)

É importante lembrar que a psoríase é uma doença crônica em que há necessidade de se estabelecer a associação de diferentes modalidades terapêuticas (AZULAY & AZULAY, 2006).

Os antiinflamatórios não hormonais (AINHs) são utilizados de rotina no tratamento da artrite psoriásica, pois melhoram a dor articular, mas não são capazes de alterar sua evolução; devem ser utilizados de forma intermitente, enquanto houver atividade da doença. Não existe nenhum AINH específico comprovadamente melhor que os demais; no entanto, é importante salientar que o ácido acetilsalicílico, a indometacina e os oxicams podem exacerbar as lesões de pele. Quanto aos corticosteróides, a prednisona em doses baixas (até 10 mg por dia, ou equivalente) pode eventualmente ser utilizada em casos de artrite periférica persistente; a retirada da droga deve ser lenta, a fim de se evitar rebote da doença. Não existem evidências para

embasar o uso de altas doses de corticosteróides na artrite psoriásica (BARROS et al.; 2007).

O tipo de tratamento empregado depende da gravidade do acometimento articular e deve ser seguido por equipe multidisciplinar composta por reumatologista, dermatologista, fisioterapeuta e psicólogo (MACHADO et al., 2005).

### **Recursos terapêuticos, relatados por Pita (2003):**

#### Sol (climatoterapia)

A luz solar pode melhorar significativamente as lesões cutâneas da psoríase. Doses diárias de luz tomadas em exposições curtas são recomendadas. Deve-se evitar ao máximo a exposição excessiva, que pode causar agravamento da doença. Assim como todos os remédios, o uso consistente é a chave para o sucesso do tratamento. O tratamento pode requerer várias semanas para mostrar algum resultado. Como o sol pode aumentar o risco do câncer de pele esse tratamento, embora sendo natural requer acompanhamento médico.

#### Hidroterapia

Consiste em banhos de imersão onde deve-se manter o corpo todo na água, inclusive o rosto, desde que usados os equipamentos adequados como os tampões de ouvidos e outros. Esta técnica promove o relaxamento muscular, podendo aliviar o estresse (um dos fatores desencadeantes dos surtos de psoríase).

#### Aromaterapia

Uma outra modalidade é a aromaterapia que consiste em óleos essenciais com propriedades capazes de promover a renovação celular e hidratação da pele.

### **Tratamento fisioterapêutico para o comprometimento articular**

O comprometimento articular gera um processo de inflamação crônica em que células redondas são substituídas por tecido fibroso, assim o tecido inflamatório destrói o córtex e a cartilagem articular na periferia da extremidade articular do osso, esta destruição se estende em direção central onde o osso esponjoso ficará exposto. O tecido

fibroso acaba ocupando toda a articulação. O tecido inflamatório se estende ao longo da superfície da diáfise, que é erodada a partir de fora, produzindo um aspecto característico (TUREK, 1991).

A eletroterapia tem por objetivos principais diminuir tais danos, melhorando toda resposta terapêutica no que se diz respeito a processo inflamatório e regenerativos do sistema musculoesquelético, fazendo com que haja a diminuição e alívio da dor e rigidez articular, possibilitando ao paciente uma maior mobilidade das articulações, contribuindo assim para melhorar sua qualidade de vida (KITCHEN E BAZIN, 1998; LOW E REED, 1999).

A administração supervisionada de luz ultravioleta B (UVB), conhecida como fototerapia é usada para controlar áreas localizadas ou espalhadas de lesões de psoríase resistentes ou difíceis de tratar. É utilizado quando os tratamentos tópicos falham ou é utilizado em combinação com os mesmos para aumentar sua eficácia. Existem riscos dessa utilização longo prazo na mesma proporção da luz solar, que são: câncer de pele e envelhecimento da pele (PITA, 2003).

PUVA – Psoralen com Ultravioleta A – é usado para tratar casos moderados e graves de psoríase, bem como para casos que não respondem a outro tipo de tratamento. A droga psoralen é ativada pela exposição da pele à luz ultravioleta A. PUVA pode ser usada para tratar o corpo inteiro ou lesões em regiões específicas tais como mãos e pés. Os efeitos colaterais mais frequentes podem ser a curto prazo: náusea, prurido e vermelhidão da pele (eritroderma). A longo prazo pode aumentar e causar efélides (sardas) e ainda envelhecimento da pele, bem como catarata, caso não seja utilizado proteção ocular. Essa prática também aumenta o risco de câncer de pele (PITA, 2003).

Considerando que a forma atropática afeta os doentes com psoríase, variando de 5 a 7% dos casos, os comprometimentos articulares podem aparecer de diversas formas acometendo uma ou mais articulações.

A elaboração da ficha de avaliação (anexo) no entanto, pretende identificar o comprometimento articular, seu local, simetria, predomínio e ainda avaliar se possui rigidez articular, edema, eritema, deformidades bem como quantificar a dor em uma escala que varia 0 a 10 (onde 10 seria a dor máxima relatado pelo paciente), o que possibilita ao fisioterapeuta um maior controle no tratamento com esses pacientes, uma vez que facilita identificar as articulações que necessitam de maiores cuidados e um planejamento da conduta mais adequada.

**Recursos:**

- Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS): através de uma modulação das vias fisiológicas normais pode chegar ao alívio da dor. A TENS pode estar operando em um dos diversos modos de inibição ou alívio da dor (KITCHEN E BAZIN, 1996).

LASER (Light Amplification by the Stimulated Emission of Radiation): A acupuntura laser é também aplicada e tem sido relatado o tratamento com laser de algumas artropatias. É usada para alívio de dor, em muitas condições tanto agudas quanto a longo prazo. Tem se observado que artrite reumatóide, osteoartrite, bursite e vários aspectos da dor lombar beneficiam-se com o tratamento do LASER (LOW E REED, 1999).

- Radiação infravermelha (I.V): É frequentemente aplicada para alívio da dor e redução da rigidez articular, no aumento da mobilidade das articulações (LOW E REED, 1999).

- Microondas: Este tipo de onda tem levado a muitos resultados satisfatórios no tratamento de artropatias inflamatórias, pois é possível observar uma melhora rápida onde o paciente voltará as atividades normais em pouco tempo. É de grande importância a sensação do paciente para que se possa fazer o melhor controle da aplicação, além disso é indicado em extremidades ou áreas restritas, uma distancia de 15 cm e um tempo menor que não poderá ultrapassar de oito minutos, com uma potência de 50 a 60 watts. Passando a fase aguda da dor, é aconselhável que se introduzam exercícios de mobilização leve para evitar deformidades (SANTOS, 1995).

- Ondas curtas: as indicações e melhoras terapêuticas são muito semelhantes ao microondas (SANTOS, 1995).

- Ultra-som: utilizado com finalidades de reparação de lesões, analgesia e outros... (KITCHEN E BAZIN, 1996).

## 5 CONCLUSÃO

Considerando toda a diversidade clínica da psoríase , é necessário ter em mente a cronicidade da doença e avaliar a gravidade do comprometimento articular, já que cada caso difere muito um do outro. No entanto esta revisão de literatura, mostra que existem poucos trabalhos que relatam o comprometimento articular bem como a atuação da fisioterapia e seus recursos.

A ficha de avaliação auxilia na identificação das articulações acometidas pela psoríase, proporcionando ao fisioterapeuta um maior controle do perfil cinético funcional de cada paciente possibilitando intervir adequadamente e eficientemente em cada caso, atuando na limitação de movimentos articular, dor, rigidez e possíveis deformidades.

## FICHA DE AVALIAÇÃO PSORÍASE

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

Medicação: \_\_\_\_\_

Diag. Fisioterapêutico (forma): \_\_\_\_\_

Queixa principal: \_\_\_\_\_

<b>Comprometimento:</b>	<b>Simétrico/Assimétrico</b>	<b>Predomínio</b>
Interfalangeanas distais:	( ) / ( )	( )D ( )E
Interfalangeanas proximais:	( ) / ( )	( )D ( )E
Articulação joelhos:	( ) / ( )	( )D ( )E
Articulação tornozelos:	( ) / ( )	( )D ( )E
Articulação punhos:	( ) / ( )	( )D ( )E
Articulação mãos:	( ) / ( )	( )D ( )E
Articulação pés:	( ) / ( )	( )D ( )E
Escapula umeral:	( ) / ( )	( )D ( )E
<b>COLUNA VERTEBRAL:</b>	( )cervical ( )torácica	( )lombar ( )sacral
<b>Rigidez articular:</b>	( )sim ( )não	

Locais: \_\_\_\_\_

**Edema:** ( )Sim ( )não

Locais: \_\_\_\_\_

**Eritema:** ( ) sim ( ) não

Locais: \_\_\_\_\_

**Deformidades articulares:** ( )dactilites

Outras: \_\_\_\_\_

**ESCALA DE DOR**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor \_\_\_\_\_ Dor máxima

## Referências Bibliográficas

- ALONSO, A M. **Sinopse de Dermatologia**. 2º. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1981.
- AZULAY, D. A; AZULAY, D. R. **Dermatologia**. 4ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- AZULAY, R. D; AZULAY, D. R. **Dermatologia**. 2ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- BARROS, P. D. S; AZEVEDO, V. F; BONFIGLIOLI, R; CAMPOS, W. R; CARNEIRO, S. C. S; CARVALHO, M. A. P.; GONÇALVES, C. R; HILÁRIO, M. O. E; KEISERMAN, M. W; LEITE, N. H; MALLMAN, K; MEIRELLES, E. S; VIEIRA, W.P; XIMENES, A.C. Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: Espondilite Anquilosante e Artrite psoriásica Diagnóstico e Tratamento. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 233-242, jul/ago, 2007.
- BEHELLI, L. M; CURBAN, G.V. **Compêndio de Dermatologia**. 5ºed.São Paulo: Atheneu, 1978.
- KITCHEN, S; BAZIN, S. **Eletroterapia de Clayton**. 10ºed. São Paulo: Manole, 1996.
- LOW, J; REED, A. **Eletroterapia Explicada: princípios e práticas**. 3ºed. São Paulo: Manole, 1999.
- MACHADO, A. B; ATAIDE, D; SANDRI, C; VANDRESSEN, N; JORDÃO, J. Importância do Raio X e Exame Físico no Diagnóstico da Artrite psoriásica e sua Prevalência no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC). **Revista Brasileira de Reumatologia**, Rio de Janeiro, v.80, suppl3. Nov/Dec, 2005.
- MARQUES, A. P.**Fisioterapia e Psoríase**. São Paulo.
- MARQUES, C. D. L; CANTAGREL, A; CAVALCANTI, F; DUARTE, A. L. B. P.D. Estudo Comparativo de Quatro Critérios de Classificação para Artrite Psoriásica. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Pernambuco, v. 46, n. 3, p. 181-187, mai/jun, 2006.
- PITA, C. R. **Psoríase Sob a Luz da Medicina Ocidental**. 2003. 18f. Curso de Técnico em Reabilitação, especialidade Massoterapeuta, na cadeira de Patologia, na Escola Brasileira de Terapias Integradas – EBRATI, São Paulo.
- SAMPAIO, S. A. P; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. 2ºed. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

SANTOS, E C. **As Microondas na Fisioterapia:** uma realidade atual. 6ªed. São Paulo: Lovise, 1995.

TUREK, S L.**Ortopedia:** princípios e sua aplicação. 4ªed. São Paulo: Manole, 1991.