

# A PROPÓSITO DE UMA APRESENTAÇÃO RARA DE PSORÍASE

Fabiana Peixoto<sup>1</sup>, Cátia Martins<sup>1</sup>, Margarida Aguiar<sup>2</sup>

1- Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Valongo, ACES Grande Porto III

2- Assistente Graduada Sênior de Medicina Geral e Familiar, USF Valongo, ACES Grande Porto III

## ENQUADRAMENTO

A psoríase é uma doença crónica hiperproliferativa, auto-imune, com padrão hereditário, que atinge entre **0,91-8,5%** da população adulta.<sup>1</sup> Pode envolver a pele, articulações e unhas.<sup>2</sup>

O envolvimento ungueal é relativamente comum, acometendo 61% dos casos de psoríase cutânea<sup>3</sup>, manifestando-se geralmente após o surgimento de manifestações cutâneas.<sup>4</sup> Apenas numa pequena percentagem de doentes (**inferior a 5%**) é a **primeira** manifestação da doença.

A incidência da psoríase ungueal aumenta com a idade, não tendo preferencia por sexo e tem uma **forte associação** com o desenvolvimento de **artrite psoriática**.<sup>4</sup> O **pitting ungueal** é o achado mais frequente neste tipo de psoríase e é secundária ao envolvimento da matriz ungueal.<sup>2</sup>

A psoríase ungueal pode ser difícil de tratar e tem um impacto significativo na qualidade de vida.<sup>2</sup>

## DESCRIÇÃO DO CASO



27 anos de idade.

Antecedentes pessoais: Rinite Alérgica.

Dextro. Não fumador.

Nega toma de Medicação Habitual.

Sem antecedentes familiares relevantes.

Este quadro motivou o doente a dirigir-se à **consulta programada**.

Prova terapêutica com **Amorolfina 50 mg/mL**, 1 aplicação/semana para possível onicomicose.

A **biópsia** revelou: “representação de epitélio sem alterações relevantes e tecido conjuntivo subepitelial com discreto infiltrado inflamatório de predomínio linfocitário, com participação focal de alguns neutrófilos, também presente nas papilas.

**Conclusão:** Aspetos histológicos que favorecem diagnóstico de **Psoríase**.”

O doente foi medicado com Daivobet® alternado com Protopic® e foi submetido a administração de corticoide intramatricial.



Figura 2 – Aspetto macroscópico da lesão após biópsia



Setembro

2016

Aparecimento de **leuconíquia punctata** junto à **base da unha** do polegar direito.

**Progressão** para o **leito ungueal** no decorrer de um mês. Sem dor associada nem outras queixas acompanhantes.

Outubro

2016

Progressão dos sinais até à **extremidade** da unha, associada a **distrofia** ungueal e **pitting** ungueal.

Associou-se ainda o aparecimento de **leuconíquia punctata** na **base** da unha do **quarto dedo** mão direita, o que motivou o doente a recorrer a consulta de **dermatologia privada**.

O doente foi submetido a **biópsia do leito e matriz ungueais** e raspado ungueal um mês após a suspensão do tratamento antifúngico tópico.

2016

Dezembro

Janeiro

2017

Follow-up: Março 2017



Figura 3 – Aspetto atual das lesões



Figura 1 – Aspetto macroscópico das lesões previamente à biópsia

## DISCUSSÃO

Este caso pretende alertar para uma apresentação rara, mas possível, de psoríase, que deve ser equacionada em doentes que se apresentam com alterações ungueais. A psoríase ungueal, por ocorrer geralmente após o surgimento de patologia cutânea, pode passar despercebida se ocorrer isoladamente, podendo ser confundida com outras patologias, levando a **intervenções desadequadas**.

Não existe um tratamento inequívoco da psoríase ungueal, podendo passar pelo tratamento tópico e/ou intralesional. O médico de família, prestando um cuidado longitudinal aos seus doentes, deve ter em consideração que o acompanhamento de doentes com esta patologia passa também pela identificação e tratamento de **comorbilidades** frequentemente associadas, como sejam a patologia cardiovascular, metabólica ou psiquiátrica.

O curso natural da doença é feito de remissões e recidivas e, dada a evidência a favor da **associação** ao surgimento de **artrite psoriática**, o médico de família desempenha aqui um papel fundamental, devendo estar atento ao desenvolvimento de queixas compatíveis com envolvimento da doença noutras localizações, para uma intervenção atempada.

## BIBLIOGRAFIA

1- Feldman, Steven R. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of psoriasis. Consultado em <http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-psoriasis> (Dez/2016). 2- Crowley JJ1, Weinberg JM, Wu JJ, Robertson AD, Van Voorhees AS - National Psoriasis Foundation. Treatment of nail psoriasis: best practice recommendations from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. JAMA Dermatol. 2015 Jan;151(1):87-94. 3- Baran R. How to diagnose and treat psoriasis of the nails. Presse Med. 2014 Nov;43(11):1251-9. 4- Cindy Li, Scher, RK. Nail Psoriasis. Consultado em <http://emedicine.medscape.com/article/1107949-overview> (Dez/2016)