



AVALIAÇÃO DE ASPECTOS GENÉTICOS E PSICOLÓGICOS QUE INFLUENCIAM NO APARECIMENTO DA PSORÍASE ERITRODÉRMICA E ACOMPANHAMENTO DE UMA TERAPIA PROPEDEÚTICA EM UM CASO CLÍNICO

GABRIEL HERNANNI FREITAS MENDES; IULLE COSTA SANCHEZ; MILCIADES RUBEN ALVARENGA ROJAS

RESUMO

A psoríase é uma doença inflamatória que causa descamação da epiderme e da derme. Esta dermatose crônica consiste na proliferação descontrolada de células epidérmicas com microcirculação alterada. Embora esta doença não dependa de etnia ou gênero para se manifestar, pode aparecer em homens e mulheres de qualquer nacionalidade, mas afeta em maior medida os caucasianos. Ainda não foi possível relacionar esta informação com um estudo genético que sustente a manifestação da doença em pessoas brancas, mas fatores genéticos estão associados ao aparecimento da psoríase, bem como fatores ambientais como stress e fatores autoimunes. Neste artigo apresentaremos um estudo de caso envolvendo um paciente com psoríase, para o tratamento desta patologia serão utilizados recursos alternativos, como equipamentos de alta frequência associados ao uso de argiloterapia, mantendo o uso de medicamentos dermatológicos prescritos pelo dermatologista. O tratamento dermatológico junto com a estética é eficaz para o tratamento da psoríase do couro cabeludo essa melhora interfere diretamente na autoestima do paciente. Esta patologia afeta diretamente a aparência física, que é um fator muito importante para ambos os sexos, pois é mais agravante, na maioria das vezes no público feminino, mesmo que não haja cura, com paciência e com as técnicas adequadas, esta patologia apresenta melhorias, elevando a imagem da transportadora. O objetivo deste trabalho é avaliar os aspectos psicológicos e genéticos que influenciam o aparecimento da psoríase e estabelecer parâmetros de tratamento e terapias propedêuticas para o seu controle, a partir de um caso clínico.

Palavras-chave: Psoríase, Dermatoses Psicosomáticas, Tratamento Psoríase.

1 INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença autoimune inflamatória crônica que afeta principalmente a pele e é caracterizada por ativação inadequada do sistema imunitário e episódios de lesões que variam em gravidade e local de ocorrência, com implicações importantes na qualidade de vida dos seus portadores.

A sua classificação de gravidade, leve, moderada ou grave, baseia-se na extensão inflamatória do processo, na sua localização, no estado geral do portador e em outras alterações clínicas, como a frequência de aparecimento da placa ou o tipo de psoríase diagnosticada. (guttato, postulado ou eritrodérmico, por exemplo) (BERTH-JONES, 2005; PRADHAN ET AL., 2013; SANZ, 2007; SHELLING ET AL., 2008).

Atualmente, esta condição é incurável e acredita-se que a psoríase em placas ou

vulgar (PPC) seja a mais comum, com incidência equivalente em ambos os sexos e ocorrendo antes dos 40 anos de idade. (BAYLIFFE ET AL., 2004; BERTHJONES, 2005; SANZ, 2007).

Sabe-se que a presença de um conjunto de fatores (genéticos, imunológicos e ambientais) é necessária para o desenvolvimento da doença. Está associada a uma predisposição genética, mas a transmissão pais-filhos não segue um padrão mendeliano, tem um modo de herança multifatorial e não é explicada apenas pela associação com antígenos de histocompatibilidade (MARTINS E ARRUDA, 2004).

No entanto, a psoríase só é expressa clinicamente se uma reação imune induzida por células T se desenvolvem na pele dos portadores de psoríase. Os antígenos da psoríase ainda não são totalmente compreendidos, mas, por exemplo, as infecções bacterianas podem desempenhar um papel fundamental no desenvolvimento da psoríase durante a infância, sugerindo que os antígenos ambientais são capazes de induzir uma resposta imune capaz de gerar lesões psoriásicas (CUESTRAL MONTERO E BELINCHÓN, 2011).

Os remédios indicados atualmente para o tratamento do quadro apresentam efeitos colaterais indesejáveis e vão desde o uso da radiação ultravioleta A para os casos mais graves da doença até o uso de pomadas agressivas que afetam a saúde dos cabelos quando o quadro se manifesta em o couro peludo (ARRUDA, 2002). Portanto, faz-se necessária a utilização de tratamentos alternativos que controlem a doença, pois, por se tratar de uma patologia crônica, ainda não foi possível curá-la, e o tratamento envolve apenas o controle da manifestação da doença (MENTER, 2003).

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Neste documento será apresentado um estudo de caso que envolve um paciente com psoríase eritrodérmica, para o tratamento desta patologia serão utilizados recursos alternativos como equipamentos de alta frequência associados ao uso de argiloterapia, mantendo o uso de medicamentos dermatológicos prescritos pelo dermatologista, bem como abordar previamente os aspectos genéticos e psicológicos que resultam no aparecimento e/ou agravamento da psoríase.

Caso Clínico: Paciente, feminina, 54 anos, diagnosticada com psoríase com manifestação capilar a seis anos, em uso de fármacos tópicos receitados por médico dermatologista para tratamento, relata não fazer uso de corticoides orais devido aos efeitos colaterais manifestados, atualmente queixa-se que as pomadas não estão surgindo o efeito esperado, houve um agravamento das placas psoríases em couro cabeludo, além de acentuada quebra da fibra capilar, com áreas de manifestação em alopecia. Após estudo do caso, foi proposto um tratamento dermatológico estético sem uso de fármacos, para estimulação de desprendimento das placas da área afetada, estímulo de crescimento capilar e fortalecimento dos fios.

Protocolo proposto: Aplicação de argila verde no couro cabeludo, sem contato com o comprimento dos fios, deixado em repouso por 20 min, mantendo a área humedecida para evitar secagem na argila, posterior lavagem com shampoo hidratante, posterior lavagem, a fim de estimular a higiene, hidratação e nutrição e do couro cabeludo, aplicou-se o dispositivo de alta frequência, com eletrodos de pente de vidro, em aplicação direta na pele por deslizamento. O protocolo foi realizado três vezes na semana, durante um mês, posteriormente, houve redução de aplicação para uma vez por semana, com duração a depender da necessidade apresentada.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, a paciente apresentava grandes aglomerados de placas, em todo o couro cabeludo, com quebra capilar acentuada em região posterior de crânio, e áreas de alopecia em têmporas e superior de cabeça. A partir da quarta aplicação, notou-se uma descamação acentuada das placas, que gerou desconforto estético a paciente, porém foi avaliado que se tratava de um desprendimento das placas, gerado pelo controle de microrganismos, oleosidade provocados pela argila e melhor oxigenação da área devido à eletroestimulação. Passado um mês de tratamento de tratamento, o surgimento das placas diminuiu consideravelmente e a quebra capilar cessou. Decorridos cinco meses, com aplicações semanais do protocolo, as áreas de alopecias manifestaram crescimento capilar, indicando existir ainda folículos pilosos eficientes na região, o surgimento das placas diminuiu consideravelmente, ficando sujeitos apenas a episódios de grande estresse emocional da paciente, esta foi ensinada como realizar o protocolo em casa, optando por adquirir o aparelho de eletroestimulação, para que pudesse ser possível continuar o tratamento, conforme necessidade.

Os tratamentos estéticos consistem em promover melhor absorção cutânea, através do estrato córneo, de princípios ativos capazes de combater o processo inflamatório causado pelos linfócitos T no ataque às células da pele. As substâncias podem penetrar na pele de duas maneiras: a via transepidérmica e a via apêndice (IORIO, 1994). A penetração de substâncias pela via transepidérmica ocorre por duas vias: intracelular e intercelular, sendo a de maior potencial. Contudo, em ambas as vias de permeação, a estrutura do estrato córneo força o fármaco a difundir-se através das bicamadas lipídicas intercelulares.

No caso de permeação por apêndices, a passagem se dá pelos folículos pilosebáceos e óstios. Os procedimentos estéticos que estimulam a circulação sanguínea são realizados com o intuito de facilitar a penetração na pele, promovendo ação rápida dos princípios ativos dermatológicos (IORIO, 1994).

Argilas terapêuticas: Argilas são rochas sedimentares formadas por numerosos minerais (PERETTO, 1999). Existem argilas formadas pela decomposição das rochas ao longo do tempo, apresentam aspecto terroso e grãos finos, e as argilas formadas por sedimentação por ação do vento e da chuva, apresentam aspecto mais pastoso ou lamacento (CLAUDINO, 2010). Apesar da diferença, suas ações não mudam, sendo praticamente as mesmas (MEDEIROS, 2007). As argilas são antiinflamatórias, refrescantes, analgésicas, cicatrizantes, descongestionantes, desintoxicantes, antibióticas, bactericidas, antissépticas, emolientes, fortalecem os órgãos internos e possuem ação calmante (MEDEIROS, 2007). Seus efeitos terapêuticos ocorrem devido à presença de oligoelementos como silício, alumínio, cobre, enxofre, ferro, manganês, magnésio e zinco (PERETTO, 1999).

Os oligoelementos são metais ou metalóides, responsáveis por catalisar reações químicas constantemente processadas nos seres vivos, como a formação de enzimas, hormônios e vitaminas (RASTINE, 2007). Cada componente possui ação específica e atua na produção ou estímulo à produção de determinadas substâncias (MEDEIROS, 2007). A argiloterapia ou geoterapia é um tratamento estético que utiliza produtos à base de argila para cuidar da pele e dos cabelos. Também é utilizado como cosmético, não apenas para embelezar, mas para tratar e prevenir diversas alterações na pele e nos cabelos (PERETTO, 1999). Nos tratamentos capilares, a estimulação causada pela argila na superfície da pele pode produzir efeitos de mobilização de resíduos externos da pele, como glândulas sebáceas e sudoríparas, além de aumentar a nutrição tópica e o fluxo sanguíneo, melhorando a resistência apatógenos.

Por ser um notável absorvente, a argila limpa e desengordura os tecidos, ajuda a

esfoliar, renovar e fortalecer o couro cabeludo (PERETTO, 1999).

A argila verde ou cinzenta é rica em silício e zinco que lhe confere propriedades adstringentes e purificantes, por isso são especialmente indicadas para controlar a oleosidade, purificar a pele e tratar a acne, ajudando a melhorar a elasticidade e a combater a celulite da pele (CLAUDINO, 2010). Para o tratamento da psoríase a argila mais indicada é a verde, pois possui propriedades purificantes, ajuda a eliminar as células mortas da pele, que foram atacadas pelos linfócitos T (CLAUDINO, 2010).

Na estética capilar, a eletroterapia de alta frequência é utilizada para higiene, hidratação, nutrição e estimulação do couro cabeludo (JUNIOR, 2007). O dispositivo é composto por um gerador de alta frequência, bobina e diversos eletrodos de vidro (BORGES, 2010). Possui seis tipos diferentes de eletrodos, que variam dependendo da função a ser desempenhada. São eles: pente, brilho, padrões pequenos e grandes, garfo e saturador. O eletrodo pente é um eletrodo utilizado no couro cabeludo para tratar dermatite seborréica e alopecia psoríase (PAIVA, 2009).

Existem três técnicas de aplicação do aparelho de alta frequência: efluxo ou aplicação direta do eletrodo na pele por deslizamento; aplicação intermitente ou remota, com eletrodo cutâneo milimetrado que produz uma grande diferença de potencial entre pele e pele, convertendo o ar em condutor de eletricidade; e saturação ou aplicação indireta com eletrodo em forma de barra metálica, que a pessoa tratada segura no porta-eletrodo e no eletrodo durante o tratamento (BORGES, 2010).

4 CONCLUSÃO

Quando o quadro de psoríase se manifesta no couro cabeludo, muitas vezes causa desconforto psicológico, a baixa autoestima provoca estresse e até depressão, o que leva ao agravamento da doença, tornando-se um círculo vicioso que interfere no tratamento da patologia. Os remédios indicados atualmente para o tratamento do quadro apresentam efeitos colaterais indesejáveis, para os casos mais graves, o uso de pomadas agressivas, afeta a saúde dos fios, causando falhas no crescimento e quebra da fibra capilar, o que agrava ainda mais o estresse e a baixa autoestima da paciente. Portanto, a utilização de tratamentos estéticos dermatológicos, não farmacológicos, capazes de controlar a manifestação da doença é algo extremamente importante no manejo desta patologia. O protocolo aqui apresentado demonstrou-se efetivo para o controle da psoríase, benéfico à saúde capilar, além do mais, trata-se de um protocolo que pode ser seguido em longo prazo para controle sintomatológico sem apresentar efeitos colaterais, diminuindo o estresse oxidativo da região afetada, e o estresse psicológico causado a paciente.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Universidad Internacional Tres Fronteras UNINTER, sede Pedro Juan Caballero – Paraguay, pelo apoio para realização desta pesquisa e publicação deste trabalho.

REFERÊNCIAS

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Comitê de pesquisas sobre saúde da pele e cosméticos. **Conheça a verdade sobre cabelos, pele e cosméticos**. São Paulo: LIC, 1976. Cap. 12.

ANTÔNIO, C. R. **A dermatite seborréica não é uma doença e sim uma característica**

de algumas pessoas. A pele. São Paulo, 2001.

ARRUDA L.H.F.; MORAES A.P.F. **The impacto of psoriasis on quality of life.** *Br J Dermatol* 2002;144 (suppl 58): 33-36.

ARRUDA, L.; YPIRANA, S.; MARTINS, G. A. **Tratamento sistêmico da psoríase – Parte II: Imunomoduladores biológicos.** Educação Médica Continuada, Rio de Janeiro: RJ, 2002.

BARATA, E. A. F. **Higiene do cabelo: A cosmetologia: princípios básicos.** São Paulo: Tecnopress, 2003a. Cap. 18.

BATISTUZZO, J. A. de O; ITAYA, M; ETO, Y. **Formulário médico farmacêutico.** 2. ed. São Paulo: Tecnopress, 2002.

BAYLIFFE, A. ET AL. (2004). **Emerging therapeutic targets in psoriasis.** *Current Opinion in Pharmacology*, 4, pp. 306-310.

BENOIT S, HAMM H. **CHILDHOOD PSORIASIS.** *Clin Dermatol.* 2007; 25:555-62.

BENTLEY, M. V. L. B. **Desenvolvimento de produtos dermatológicos contendo corticosteróides: Avaliação da liberação e penetração transcutânea por metodologia in vitro.** 1994. 155 f. Tese (Doutorado em Produção e controle farmacêuticos)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

BERTH-JONES, J. (2005). **Psoriasis.** *Medicines*, 33 (1), pp. 50-56; BORGES, F. dos S. **Dermato-Funcional: Modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas.** 2. ed. São Paulo: Phorte, 2010.

BÜCHAU AS, GALLO RL. **Innate immunity and antimicrobial defense systems in psoriasis.** *Clin Dermatol.* 2007; 25:616-24.

BUJA, L. M.; KRUEGER, G. R. F. **Anatomia Patológica.** Masson Elsevier, 13º Edição Espanhola, Cap. 09, Barcelona: Espanha, 2006.

BURDEN AD. **MANAGEMENT OF PSORIASIS IN CHILDHOOD.** *Clin Exp Dermatol.* 1999; 24:341-5.

CARNEIRO SCS. **Psoríase: mecanismos de doença e implicações terapêuticas** [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.

CASSIA FF, CARNEIRO SC, MARQUES MTQ, PONTES LF, FILGUEIRA AL, PORTO LCS. **Psoriasis vulgaris and human leukocyte antigens.** *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007; 21:303-10.

CLAUDINO, H. **Argila Medicinal: Propriedades, benefícios e usos na saúde e estética.** São Paulo: Elevação, 2010.

CUESTRA-MONTERO, L., BELINCHÓN, I. (2011). **Connective tissue diseases and psoriasis.** *Actas Dermosifiliográficas*, 102 (7), pp. 487-497;

FRY L, BAKER BS. **Triggering psoriasis: the role of infections and medications.** Clin Dermatol. 2007; 25:606-15.

GHORESCHI K, WEIGERT C, RÖCKEN M. **Immunopathogenesis and role of T cells in psoriasis.** Clin Dermatol. 2007; 25:574-80.

GUDJONSSON JE, ELDER JT. **Psoriasis: epidemiology.** Clin Dermatol. 2007; 25:535-46. HOGAN A. **PAPULOSQUAMOUS DISEASE.** IN: SCHACHNER LA, HANSEN RC. Pediatric Dermatology. 3rd ed. Edinburgh: Mosby; 2003. p. 643-6.

JUNIOR, A. C. L. **É outono para os meus cabelos: Histórias de mulheres que enfrentam a queda capilar.** São Paulo: Mg editores, 2007.

KRUEGER, G. G.; FELDMAN, S. R.; CAMISA, C.; DUVIC, M.; ELDER, J. T.; GOTTIEB, A. B. et al. **Two considerations for patients with psoriasis and their clinicians: what defines mild, moderate and severe psoriasis.** J AmAcadDermatol 2000; 42:281-5.

KRUEGER, G., ELLIS, C. (2005). **Psoriasis – recent advances in understanding its pathogenesis and treatment.** Journal of American Academy of Dermatology, 53, pp. 94- 100;

MARTINS, G., ARRUDA, L. (2004). **Tratamiento sistémico de la psoriasis – Parte I: metotrexato e acitretina.** Anais Brasileiros de Dermatologia, 79 (3), pp. 263- 278;

MEDEIROS, G. M. da S. de S. **Geoterapia: teorias e mecanismos de ação.** Santa Catarina: Unisul, 2007.