

## **Singularidades da psoríase ungueal - manifestações clínicas, tratamento e prognóstico**

### **Singularities of ungueal psoriasis - clinical manifestations, treatment and prognosis**

DOI:10.34117/bjdv8n3-218

Recebimento dos originais: 14/02/2022

Aceitação para publicação: 17/03/2022

#### **Laís Nogueira Monteiro**

Graduanda em Medicina

Instituição: UIT - Universidade de Itaúna

Endereço: Rodovia MG 431 Km 45, s/n, Itaúna - MG, CEP: 35680-142

E-mail: laismonteiro@outlook.com

#### **Ana Clara Blanc Coelho**

Graduanda em Medicina

Instituição: UNIG - Universidade Iguazu Campus V Itaperuna RJ

Endereço: BR-356, 02 - Cidade Nova, Itaperuna - RJ, CEP: 28300-000

E-mail: anaclarablanc@hotmail.com

#### **Eire Beltrão Naves**

Graduando em Medicina

Instituição: PUC Minas - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Endereço: R. do Rosário, 1081 - Angola, Betim - MG, CEP: 32604-115

E-mail: eyrebeltrao@hotmail.com

#### **Ester Blanc Vieira**

Graduanda em Medicina

Instituição atual: UNIG - Universidade Iguazu Campus V Itaperuna RJ

Endereço: BR-356, 02 - Cidade Nova, Itaperuna - RJ, CEP: 28300-000

E-mail: ester-blanc@hotmail.com

#### **Giulia de Oliveira Ambrozio**

Graduanda em Medicina

Instituição atual: UNIARP - Universidade Alto Vale do Rio do Peixe

Endereço: Rua Victor Baptista Adami, 800 - Centro, Caçador - SC, CEP: 89500-000

E-mail: giuliaambrozio@msn.com

#### **Helena Dambroz Soeiro Banhos**

Médica pela UNIG - Universidade Iguazu Campus V Itaperuna RJ

Endereço: BR-356, 02 - Cidade Nova, Itaperuna - RJ, CEP: 28300-000

E-mail: helenabanhos@gmail.com

**Letícia de Lourdes Linhares de Melo**

Médica pela UNIG - Universidade Iguazu Campus V Itaperuna RJ  
Endereço: BR-356, 02 - Cidade Nova, Itaperuna - RJ, CEP: 28300-000  
E-mail: melolet@hotmail.com

**Rafaela Linhares de Melo**

Graduanda em Medicina  
Instituição atual: UNIG - Universidade Iguazu Campus V Itaperuna RJ  
Endereço: BR-356, 02 - Cidade Nova, Itaperuna - RJ, CEP: 28300-000  
E-mail: melo.rl@hotmail.com

**Thays Linhares de Melo**

Graduanda em Medicina  
Instituição atual: UNIG - Universidade Iguazu Campus V Itaperuna RJ  
Endereço: BR-356, 02 - Cidade Nova, Itaperuna - RJ, CEP: 28300-000  
E-mail: thaysmelolinhaires@gmail.com

**Wellington Célio Rodrigues**

Graduando em Medicina  
Instituição atual: UNIG - Universidade Iguazu Campus V Itaperuna RJ  
Endereço: BR-356, 02 - Cidade Nova, Itaperuna - RJ, CEP: 28300-000  
E-mail: wellington1708@yahoo.com

**RESUMO**

A psoríase é caracterizada por uma doença inflamatória crônica, recorrente e imunomediada. Estima-se que 3% da população e cerca de 90% dos pacientes acometidos pela afecção manifestam alterações ungueais. Sua etiologia ainda é incerta, entretanto, fatores ambientais, psicológicos, genéticos e imunológicos são algumas condições relacionadas à patogênese da doença. O paciente com psoríase ungueal (PU) pode ter uma ou múltiplas unhas acometidas e as manifestações clínicas podem ser diversas em cada unha psoriática. Nesse cenário, o diagnóstico da PU é pautado primordialmente nas manifestações clínicas. Entretanto, em casos reservados, faz-se necessário lançar mão de exames complementares para confirmação da PU. Quanto à sua classificação, utiliza-se o Índice de Gravidade da Psoríase Ungueal (NAPSI), que é uma escala de graduação numérica, objetiva, quantitativa e simples para caracterizar as lesões em níveis de 0 a 4. No que tange ao tratamento, a PU é uma das formas de psoríase que apresenta o manejo mais difícil, por esse motivo há várias pesquisas sobre métodos terapêuticos e, simultaneamente, há muita divergência sobre qual recurso utilizar. Por fim, os pacientes com unhas psoriáticas possuem sua qualidade de vida fortemente influenciada por elas e podem apresentar prejuízos funcionais em casos mais graves. Frente a esse quadro, é de suma importância o acompanhamento contínuo e focado no ser biopsicossocial, visando mitigar eventuais malefícios inerentes à afecção.

**Palavras-chave:** dermatologia, manifestações clínicas, psoríase ungueal, unhas psoriáticas.

**ABSTRACT**

Psoriasis is characterized by a chronic, recurrent, immune-mediated inflammatory disease. It is estimated that 3% of the population and about 90% of patients affected by

the condition manifest nail changes. Its etiology is still uncertain, however, environmental, psychological, genetic and immunological factors are some conditions related to the pathogenesis of the disease. The patient with nail psoriasis (PU) can have one or multiple nails affected and the clinical manifestations can be different in each psoriatic nail. In this scenario, the diagnosis of UP is primarily based on clinical manifestations. However, in reserved cases, it is necessary to use additional tests to confirm UP. As for its classification, the Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI) is used, which is a numerical, objective, quantitative and simple scale to characterize lesions at levels from 0 to 4. PU is one of the most difficult forms of psoriasis to manage, for this reason there is a lot of research on therapeutic methods and, at the same time, there is a lot of disagreement about which resource to use. Finally, patients with psoriatic nails have their quality of life strongly influenced by them and may present functional impairments in more severe cases. In view of this situation, continuous monitoring and focused on the biopsychosocial being is of paramount importance, with a view to mitigating any harm inherent to the condition.

**Keywords:** clinical manifestations, dermatology, nail psoriasis, psoriatic nails.

## 1 INTRODUÇÃO

A psoríase é caracterizada por uma doença inflamatória crônica, recorrente e imunomediada que acomete cerca de 3% da população. A patologia resulta de uma hiperproliferação epidérmica que progride com aparecimento de placas cutâneas escamosas que chegam a cobrir grandes áreas do corpo. Entre os portadores da doença, cerca de 90% irão manifestar alterações ungueais, independente do sexo, idade ou etnia (VENTURA et al., 2017).

Devido ao fato da psoríase possuir diversas etiologias associadas, sua abordagem e manejo terapêutico devem ser estabelecidos de maneira minuciosa. Acerca dos fatores de risco, obesidade, diabetes, hipertensão arterial, estresse, ansiedade, distúrbios psiquiátricos e psicológicos são as comorbidades mais frequentemente associadas (HANEKE, 2017; VENTURA et al., 2017).

A psoríase ungueal (PU) possui apresentação intermitente, com melhora e piora do quadro sem causas conhecidas. Além disso, essa patologia influencia negativamente nas atividades diárias, relações sociais, saúde mental e atividades profissionais dos pacientes acometidos. Portanto, faz-se necessário um acompanhamento multidisciplinar, para garantir um bom tratamento e prognóstico (ZHANG; WU, 2017; KAELEY et al., 2021).

## 2 OBJETIVO

O objetivo deste artigo é reunir informações, mediante análise de estudos recentes, acerca dos aspectos inerentes à psoríase ungueal, sobretudo as manifestações clínicas, o tratamento e o prognóstico.

## 3 METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa de artigos científicos indexados nas bases de dados Latindex e MEDLINE/PubMed entre os anos de 2017 e 2021. Os descritores utilizados, segundo o “MeSH Terms”, foram: nail psoriasis, psoriatic nails, clinical manifestations e dermatology. Foram encontrados 78 artigos, segundo os critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos, textos completos, gratuitos e tipo de estudo. *Papers* pagos e com data de publicação em período superior aos últimos 5 anos foram excluídos da análise, selecionando-se 15 artigos pertinentes à discussão.

## 4 ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

A psoríase é um distúrbio multifatorial e, embora sua exata etiologia ainda seja incerta, fatores ambientais, suscetibilidade genética, função anormal dos queratinócitos e desregulação da resposta imune inata e adquirida, são fatores relacionados à patogênese da doença. De todas as causas citadas, acredita-se que a desregulação da imunidade inata seja o fator associado mais forte. Ademais, diversas pesquisas revelaram importante associação entre psoríase e uma série de comorbidades, como obesidade, ansiedade, depressão, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II, doença inflamatória intestinal e doença hepática gordurosa não alcoólica. Já outros estudos sugerem que traumas de repetição, infecção, estresse, uso de lítio,  $\beta$ -bloqueadores ou interferon são condições desencadeantes da PU (VENTURA et al., 2017; MUNEEER; MASOOD, 2021; NIERADKO-IWANICKA, 2017).

Quanto à fisiopatologia relacionada ao fator imunológico, há uma desregulação do sistema imune que resulta na superexpressão de citocinas inflamatórias. Algumas pesquisas demonstraram uma expressão aumentada de fator de necrose tumoral alfa, interferon- $\alpha$ , fator nuclear kappa B, interleucina (IL)-2, IL-6, IL-8, IL-12 e fator inibitório leucêmico-1, além de níveis reduzidos de IL-1, IL-4, IL-5 e IL-10. Somado a isso, o eixo IL-23 / célula T helper 17 (Th17) em nível tecidual é indicado pelos níveis aumentados de citocinas IL-23, IL-23R e Th17 revelados na pele com psoríase (VENTURA et al., 2017).

No que tange à histopatologia, a espongirose, a hiperkeratose focal e a hiperkeratose de forma leve a moderada, são os principais achados da PU. Infiltrado inflamatório neutrofílico, hipergranulose e hiperplasia epidérmica papilomatosa são características também observadas. Outrossim, o hiponíquio exibe perda da camada granular e há hipergranulose no leito e na matriz ungueal. Concomitantemente, a derme papilar apresenta capilares inflamados, tortuosos e dilatados (MUNEER; MASOOD, 2021).

## 5 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Anatomicamente, a principal responsável pela formação da lâmina ungueal é a matriz ungueal, que se localiza abaixo da prega ungueal proximal. A parte superficial da lâmina ungueal é formada pela matriz ungueal proximal, enquanto a parte profunda é formada pela matriz ungueal distal. O leito ungueal desempenha função de unir a lâmina ungueal às estruturas adjacentes. De todos esses elementos que compõem as unhas, a PU acomete principalmente a matriz, leito e dobra ungueal. As manifestações clínicas comuns da PU são onicólise, descoloração por gota de óleo, depressões ungueais e hiperkeratose subungueal, que irão ser abordadas nos próximos parágrafos. No entanto, vale ressaltar que os sinais clínicos da doença não são exclusivos e podem ser encontrados em outros distúrbios ungueais (MUNEER; MASOOD, 2021).

O paciente com PU pode ter apenas uma ou múltiplas unhas afetadas e cada unha psoriática pode ter diferentes manifestações clínicas, dependendo da própria estrutura do aparelho ungueal acometido. A severidade da destruição da unha é proporcional à extensão do envolvimento ungueal. Nesse sentido, as unhas das mãos são afetadas com maior frequência quando comparadas às unhas dos pés, isso se deve provavelmente pelo seu crescimento mais rápido (HANEKE, 2017; VENTURA et al., 2017; MUNEER; MASOOD, 2021).

### 5.1 MATRIZ UNGUEAL

Quando a psoríase envolve a matriz, essa se manifesta através de alterações na lâmina ungueal. Os sintomas de psoríase da matriz ungueal (PMU) dependem do local do acometimento (matriz proximal ou distal), da extensão transversal e da duração do processo da doença. As apresentações típicas incluem manchas vermelhas da lúnula, desintegração da lâmina ungueal, pitting ungueal, leuconíquia e linhas de Beau (HANEKE, 2017; BARDAZZI et al., 2019; KAELEY et al., 2021).

- **Pontos vermelhos na lúnula** são manchas rubras na região branca em formato de meia-lua na base da unha. Elas ocorrem devido à vasodilatação da matriz, o que normalmente representa uma lesão de psoríase muito ativa, com dilatação dos capilares e afinamento da placa suprapapilar. São consideradas manifestações inespecíficas da PMU, pois também podem estar presentes em outras doenças (HANEKE, 2017; NIERADKO-IWANICKA, 2017; BARDAZZI et al., 2019).
- **Desintegração da lâmina ungueal** refere-se a grandes áreas, ásperas e deprimidas da lâmina ungueal (NIERADKO-IWANICKA, 2017).
- **Pitting ungueal** são pequenas depressões na superfície da lâmina ungueal, decorrentes de focos psoriáticos na matriz apical que produzem paraceratose (células nucleadas e incompletamente queratinizadas) e se fragmentam com facilidade, originando depressões. Esse é o sinal mais característico e frequente, sua distribuição pode ser aleatória ou, às vezes, pode ser disposta em linhas transversais, paralelas ou longitudinais curtas (NIERADKO-IWANICKA, 2017; HANEKE, 2017; BARDAZZI et al., 2019).
- **Leuconíquia** são pequenas áreas lisas, brancas e mal definidas na lâmina ungueal. Pode ser observada quando a matriz médio-distal é afetada e as células paraceratóticas são incorporadas à lâmina ungueal, tornando-a opaca (HANEKE, 2017; NIERADKO-IWANICKA, 2017).
- **Linhas de Beau** são sulcos transversais que aparecem quando a matriz proximal ou intermediária é afetada ao longo de seu comprimento (NIERADKO-IWANICKA, 2017).

## 5.2 LEITO UNGUEAL

As alterações da psoríase do leito ungueal (PLU) diminuem a adesão da lâmina ungueal e se manifestam, conseqüentemente, como discromia em gotas de óleo (mancha de salmão), onicólise, hiperkeratose subungueal e hemorragias em estilhaços. Essas alterações estão descritas a seguir (KAELEY et al., 2021):

- **Gotas de óleo** (mancha de salmão) são muito frequentes e se manifestam como uma descoloração em placa, irregular, de coloração amarelada acastanhada com uma margem vermelha brilhante, através do leito ungueal e na matriz distal (HANEKE, 2017; NIERADKO-IWANICKA, 2017).

- **Onicólise** ocorre quando uma mancha de salmão atinge o hiponíquio e a paraceratose. Dessa forma, ocorre a separação entre a lâmina e o leito ungueal subjacente. Uma característica típica do diagnóstico é uma margem eritematosa que circunda as áreas de onicólise (HANEKE, 2017; NIERADKO-IWANICKA, 2017; BARDAZZI et al., 2019).
- **Hiperparaceratose subungueal** é o espessamento e a elevação da unha devido ao acúmulo de escamas sob a porção distal da lâmina ungueal (BARDAZZI et al., 2019).
- Embora não específicas da PU, as **hemorragias em estilhaços** são vistas nas unhas psoriáticas de maneira frequente e se apresentam como estrias finas, longitudinais e marrom-escuras sob a lâmina ungueal (NIERADKO-IWANICKA, 2017).

### 5.3 OUTRAS MANIFESTAÇÕES

O diagnóstico diferencial entre onicomicose e PU é muitas vezes difícil. Entretanto, estudos relatam vários casos onde as duas doenças se associam, havendo uma maior prevalência de onicomicose em pacientes afetados por PU, em comparação à população em geral. Uma hipótese que explica esse acontecimento é que defeitos morfológicos nas unhas psoriáticas predisõem o paciente ao desenvolvimento de onicomicose. Outra manifestação que frequentemente está associada à PU mais grave é a artrite psoriásica, que envolve as articulações interfalangianas distais (HANEKE, 2017; SOBOLEWSKI; WALECKA; DOPYTALSKA, 2017; VENTURA et al., 2017; OCAMPO; GLADMAN, 2019).

Existe também a psoríase ungueal na forma pustulosa. Essa é dividida em três diferentes tipos e pode ser vista como manchas amarelas subungueais, que representam os microabscessos de Munro. Na forma palmar-plantar de Barber-Königsbecks as alterações ungueais se assemelham ao tipo comum de psoríase, contudo, os defeitos superficiais são chamados de *elkonyxis*. Na psoríase pustulosa generalizada de von Zumbusch, são frequentemente encontrados abscessos subungueais. Por outro lado, a acrodermatite contínua supurativa de Hallopeau é a forma mais evidente de psoríase pustulosa das unhas, que na maioria dos casos acomete apenas um dedo inicialmente. Nela, a pele da falange distal fica vermelha e desenvolve algumas pústulas que migram sob a unha e causam distrofia ungueal. Com o tempo, toda a unidade ungueal pode

desaparecer, deixando a ponta do dedo vermelha e lisa, até que a doença desapareça lentamente (HANEKE, 2017; SHAN et al., 2021).

Por fim, a paroníquia está relacionada a lesões psoriáticas que afetam a superfície dorsal e ventral da prega ungueal proximal, gerando eritema e escamas nos dígitos. Esse processo leva à perda espontânea da cutícula, sendo responsável pelo padrão de paroníquia crônica (HANEKE, 2017; NIERADKO-IWANICKA, 2017).

## 6 CLASSIFICAÇÃO

O Índice de Gravidade da Psoríase Ungueal (NAPSI) é uma escala de graduação numérica, objetiva, quantitativa, simples e rápida. Essa escala, além de ser utilizada para a avaliação, classificação quanto à gravidade do leito e da matriz ungueal, também é útil para avaliar a resposta ao tratamento de pacientes com PU (NIERADKO-IWANICKA, 2017).

Para avaliação NAPSI, a unha é dividida em quatro quadrantes. Cada quadrante é avaliado de 0 a 4, quanto à presença de manifestações da PLU e da PMU. Para a PLU, avalia-se a presença de onicólise, hemorragias em estilhaços, hiperkeratose subungueal e/ou gotas de óleo. Para a PMU, é observado se há corrosão, leuconíquia, manchas vermelhas na lúnula e/ou desintegração da lâmina ungueal. Caso seja evidenciado qualquer um desses sinais nos 4 quadrantes, é dado uma pontuação de 4, já a pontuação 0, representa nenhum sinal em nenhum quadrante. As pontuações são combinadas para produzir uma pontuação máxima de 0 a 8 para cada unha. Nesse sentido, a pontuação do NAPSI é a soma total dos escores obtidos. Por fim, NAPSI alvo é caracterizado quando apenas a unha mais afetada for avaliada, cujo objetivo é a análise dos efeitos de um regime terapêutico instituído (NIERADKO-IWANICKA, 2017; HANEKE, 2017).

## 7 DIAGNÓSTICO

A identificação da PU é pautada primordialmente nas manifestações clínicas. De modo geral, um paciente com PU possui outra forma de psoríase concomitantemente, o que favorece seu diagnóstico. Caso apresente-se de forma isolada, o que corresponde a apenas 5%, deve-se ter cautela na realização do diagnóstico, visto que a PU pode ser facilmente confundida com outras patologias. Dessa forma, vale ressaltar a importância de se observar a presença de alterações na coloração das unhas, leuconíquia, lesões na matriz ungueal, onicólise e paroníquia. Nesse contexto, o diagnóstico de PU é altamente sugestivo quando qualquer uma dessas alterações encontradas estão associadas aos



sintomas psoriáticos cutâneos e/ou articulares (NIERADKO-IWANICKA, 2017; HANEKE, 2017; KAELEY et al., 2021).

O método padrão ouro para investigação da PU é o estudo histopatológico ungueal, para isso, a biópsia deve possuir margens adequadas, conter tecido mole subungueal suficiente para análise e ser realizada na porção mais proximal da unha. Em casos mais difíceis, a biópsia consegue identificar a patologia e descartar outras possíveis doenças com alta confiabilidade. Contudo, além de se tratar de um método invasivo, sua execução pode promover dor, cicatrizes permanentes, distrofia ungueal e aumento do risco de infecção secundária. Logo, esse procedimento não deve ser realizado com frequência e de maneira indiscriminada (KAELEY et al., 2021).

Ademais, pode-se lançar mão de exames complementares para confirmação da PU. Técnicas de imagem, como ultrassonografia de alta resolução, dermatoscopia, videodermatoscopia, tomografia computadorizada de coerência óptica, capilaroscopia e microscopia confocal de varredura a laser, estão sendo utilizadas com maior frequência para identificar a patologia e monitorar sua evolução. Porém, apesar de serem métodos não invasivos, o alto custo e a baixa disponibilidade dificultam o uso rotineiro desses procedimentos diagnósticos (HANEKE, 2017; KAELEY et al., 2021).

## **8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Por cursar com sintomas inespecíficos, a PU deve ser investigada de forma minuciosa. Nesse contexto, deve-se conhecer as patologias que mimetizam a PU, sendo elas (HANEKE, 2017; BARDAZZI et al., 2019):

- Onicomicoses;
- Distrofia ungueal;
- Alterações ungueais traumáticas e idiopáticas;
- Alopecia areata;
- Líquen plano ungueal;
- Eczemas crônicos;
- Síndrome da unidade ungueal da marcha assimétrica.

## **9 TRATAMENTO**

A PU é considerada uma das formas de psoríase de mais difícil tratamento. Por esse motivo, há várias pesquisas sobre novos métodos terapêuticos e, ao mesmo tempo, existem muitas divergências e incertezas sobre qual recurso utilizar. Além disso, as unhas

possuem um lento processo de crescimento e responsividade ao tratamento, o que prejudica a avaliação da progressão da terapia frente à patologia. Portanto, não há possibilidade do acompanhamento ser julgado antes do 3º ao 6º mês, podendo levar um ano ou mais para atingir o melhor resultado com a intervenção. Nesse cenário, registros fotográficos auxiliam na comparação entre os períodos de adesão à terapia (HANEKE, 2017; KAELEY et al., 2021).

Primeiramente, para se estabelecer a melhor abordagem, deve-se analisar os fatores de risco envolvidos, como: idade, comorbidades, carga da doença, sintomas e grau da patologia. O tratamento com fármacos de uso tópico comumente é utilizado em casos de PU leve a moderada, na ausência da associação com outras formas da psoríase. Ademais, pode-se optar pelo tratamento tópico quando o paciente possui alguma comorbidade que seria afetada com a administração dos medicamentos, uma vez que, tal manejo minimiza as alterações sistêmicas e efeitos adversos. Por outro lado, em situações mais graves da PU ou quando essa estiver associada a outras manifestações da psoríase ou comorbidades, recomenda-se a implementação do manejo terapêutico sistêmico (VENTURA et al., 2017; BARDAZZI et al., 2019; HADELER et al., 2021).

Para o tratamento tópico, utiliza-se corticosteróides, derivados das vitaminas A e D, tazaroteno, 5-fluorouracil, ditranol, ciclosporina tópica e psoraleno UV-A tópico. Para o tratamento sistêmico via oral, lança-se mão de metotrexato, ciclosporina, acitretina, apremilast e leflunomida. Outrossim, inibidores do fator de necrose tumoral, IL-12, IL-17A, IL-23, fosfodiesterase 4 e janus quinases também são opções terapêuticas (NIERADKO-IWANICKA, 2017; TORSEKAR; GAUTAM, 2017; VENTURA et al., 2017; KAELEY et al., 2021).

Ainda, conforme comentado, estudos recentes aventam novas possibilidades de tratamento, como a fototerapia. Nesse contexto, podem ser utilizados diversos tipos de luzes e de lasers, como ultravioleta B (UVB), psoraleno ultravioleta A (PUVA), laser de corante pulsado (PDL), terapia fotodinâmica (PDT), luz intensa pulsada (IPL) e diodos emissores de luz (LED). Pelo fato de cada fonte emissora possuir um mecanismo de ação diferente, torna-se necessária uma seleção criteriosa a fim de selecionar a fototerapia adequada às características patológicas (ZHANG; WU, 2017; PERUZZO et al., 2017; HADELER et al., 2021).

Por fim, é imperativo a inclusão de orientações acerca da doença entre as estratégias adotadas durante o manejo terapêutico, uma vez que a prevenção de traumas ungueais é de suma importância para a melhora da qualidade de vida do paciente. Nesse

sentido, faz-se necessária a elucidação quanto à natureza da psoríase, os fatores que podem desencadear seu aparecimento ou piora e ressaltar os malefícios do fumo, álcool e hábitos alimentares inadequados. Para mais, deve-se orientar quanto à importância da limpeza das unhas, para que seja realizada com atenção e sem causar danos adicionais ao leito ungueal. Desse modo, o paciente é capaz de gerir melhor a patologia, aderindo ao tratamento de maneira satisfatória e evitando possíveis danos futuros (HANEKE, 2017).

## 10 PROGNÓSTICO E QUALIDADE DE VIDA

A psoríase ungueal tem um curso crônico e prolongado, com períodos de remissão sem razões conhecidas. Por esse motivo, podem haver períodos nos quais as unhas estão saudáveis e sem alterações, intercalados por momentos de exacerbação patológica com consequentes danos biopsicossociais (HANEKE, 2017; VENTURA et al., 2017)

Os acometidos pelas unhas psoriáticas possuem sua qualidade de vida fortemente influenciada por elas e podem apresentar prejuízos funcionais em casos mais graves. Esses pacientes detêm prognóstico ruim e portam um alto grau de morbidade, incluindo impacto notável nas atividades diárias, relações sociais, saúde mental e atividades profissionais (MUNEER; MASOOD, 2021; STEWART, C et al., 2021).

A longo prazo, o curso da doença pode sofrer modificações por meio do tratamento com agentes tópicos nos casos leves da doença. Já na presença da afecção moderada a grave, a terapia sistêmica também promove alterações em sua evolução, porém, mediante efeitos colaterais e complicações (MUNEER; MASOOD, 2021; STEWART, C et al., 2021; HADELER et al., 2021).

## 11 CONCLUSÃO

As unhas representam apenas uma pequena parte do corpo humano, entretanto, quando acometidas por doenças como a PU, promovem grandes impactos na vida dos portadores dessa patologia. Em pacientes com psoríase, a probabilidade de possuir envolvimento ungueal é alta, sendo que uma ou múltiplas unhas podem ser afetadas. As manifestações frequentemente encontradas incluem onicólise, descoloração por gota de óleo, depressões ungueais e hiperqueratose subungueal, mas os sinais clínicos da doença não são exclusivos. Vale ressaltar que o acometimento ungueal das mãos é mais frequente, quando comparado ao dos pés. No entanto, necessita-se de estudos para comprovar a teoria de que as unhas das mãos são mais agredidas em comparação às dos

pés, pelo fato de seu crescimento ser mais acelerado. Quanto ao tratamento da PU, existem muitas opções disponíveis, todavia, nenhuma terapia comprovou-se ideal para combater as diversas manifestações, gerando divergências e incertezas durante a escolha do método a ser utilizado. Por fim, o manejo terapêutico deve focar no ser biopsicossocial, uma vez que a PU é responsável por grandes mudanças psicológicas, culminando em repercussões negativas durante o cotidiano do paciente.

**REFERÊNCIAS**

- BARDAZZI, F. et al. Nail Psoriasis: An Updated Review and Expert Opinion on Available Treatments, Including Biologics.** *Acta Dermato Venereologica*, v. 99, n. 6, p. 516–523, 2019.
- HADELER, E. et al. Nail Psoriasis: A Review of Effective Therapies and Recommendations for Management.** *Dermatology and Therapy*, v. 11, n. 3, p. 799–831, 12 maio 2021.
- HANEKE, E. Nail psoriasis: clinical features, pathogenesis, differential diagnoses, and management.** *Psoriasis: Targets and Therapy*, v. Volume 7, p. 51–63, out. 2017.
- KAELEY, G. S. et al. Nail Psoriasis: Diagnosis, Assessment, Treatment Options, and Unmet Clinical Needs.** *The Journal of Rheumatology*, v. 48, n. 8, p. 1208–1220, 15 fev. 2021.
- MUNEER, H.; MASOOD, S. Psoriasis of the Nails.** StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL). 9 ago. 2021.
- NIERADKO-IWANICKA, B. Nail psoriasis – what a rheumatologist should know about.** *Reumatologia/Rheumatology*, v. 1, p. 52–55, 2017.
- OCAMPO, V. D.; GLADMAN, D. Psoriatic arthritis.** *F1000Research*, v. 8, p. 1665, 20 set. 2019.
- PERUZZO, J. et al. Nail psoriasis treated with pulsed dye laser.** *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 92, n. 6, p. 885–887, dez. 2017.
- SHAN, M. et al. Pustular Psoriasis.** StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL). 11 ago. 2021.
- SOBOLEWSKI, P.; WALECKA, I.; DOPYTALSKA, K. Nail involvement in psoriatic arthritis.** *Reumatologia/Rheumatology*, v. 3, p. 131–135, 2017.
- STEWART, C. R. et al. The Impact of Nail Psoriasis and Treatment on Quality of Life: A Systematic Review.** *Skin Appendage Disorders*, p. 1–7, 22 jan. 2021.
- TORSEKAR, R.; GAUTAM, M. M. Topical therapies in psoriasis.** *Indian Dermatology Online Journal*, v. 8, n. 4, p. 235, 2017.
- VENTURA, A. et al. New insight into the pathogenesis of nail psoriasis and overview of treatment strategies.** *Drug Design, Development and Therapy*, v. Volume 11, p. 2527–2535, ago. 2017.
- ZHANG, P.; WU, M. X. A clinical review of phototherapy for psoriasis.** *Lasers in Medical Science*, v. 33, n. 1, p. 173–180, 24 out. 2017.
- ZHANG, X.; XIE, B.; HE, Y. Efficacy of Systemic Treatments of Nail Psoriasis: A Systemic Literature Review and Meta-Analysis.** *Frontiers in Medicine*, v. 8, 10 fev. 2021.