

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PSORÍASE

PORTARIA CONJUNTA SCTIE/SAES/MS
Nº 10, DE 06 DE SETEMBRO DE 2019

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da psoríase geralmente é baseado na apresentação clínica, necessitando eventualmente de biópsia para pele para confirmação em casos atípicos ou de dúvida diagnóstica.

Características da lesão: Placas eritemato-escamosas, de dimensões variadas, com bordas bem delimitadas e graus variáveis de acúmulo de escamas branco-prateadas, secas e aderidas. Deixam pontilhado sanguinolento ao serem removidas. As lesões na forma de placas (psoríase vulgar) são simétricas e localizam-se preferencialmente nas superfícies extensoras dos joelhos, cotovelos, couro cabeludo e região lombossacra.

Recomenda-se ainda a consulta dos seguintes instrumentos para a avaliação dermatológica:

Índice de Qualidade de Vida Dermatológico (DLQI);
*Consultar item 3 da PT Nº 10, de 06/09/2019.

Psoriasis Area and Severity Index (PASI) – avalia a extensão da psoríase:

QUADRO 1 - ÍNDICE DE GRAVIDADE E EXTENSÃO DAS LESÕES PSORÍACAS UTILIZADAS PARA CÁLCULO DO PASI (ADAPTADO DE FELDMAN SR E KRUEGER GG) (50)

EXTENSÃO	ÍNDICE DE GRAVIDADE (IG) (Soma dos escores de eritema, infiltração e descamação.)		
	Eritema	Infiltração	Descamação
0 (ausente)			
1 (abaixo de 10%)			
2 (10%-30%)	0 (ausente)	0 (ausente)	0 (ausente)
3 (30%-50%)	1 (leve)	1 (leve)	1 (leve)
4 (50%-70%)	2 (moderado)	2 (moderado)	2 (moderado)
5 (70%-90%)	3 (intenso)	3 (intenso)	3 (intenso)
6 (acima de 90%)	4 (muito intenso)	4 (muito intenso)	4 (muito intenso)

QUADRO 2 - CÁLCULO DO PSORIASIS AREA AND SEVERITY INDEX (PASI) (ADAPTADO DE FELDMAN SR E KRUEGER GG) (50)

Região	PSC*	Extensão ** [E]	Índice de gravidade ** [IG]	Índice de PASI da região [PSC] x [E] x [IG]
Cabeça	0,1			
Tronco	0,2			
Membros superiores	0,3			
Membros inferiores	0,4			
PASI TOTAL (soma dos PASI das regiões)				

*Porcentagem da superfície corporal (0,1 = 10%; 0,2 = 20%; 0,3 = 30%; 0,4 = 40%)

** Baseado no Quadro 1.

INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença sistêmica inflamatória crônica, auto imune, que apresenta manifestações cutâneas, ungueais e articulares. A psoríase pode ocorrer em qualquer idade. Geralmente tem início entre a terceira e quarta décadas de vida. A distribuição entre os sexos é semelhante. As formas clínicas da psoríase têm características peculiares, mas podem ser sobrepostas e estar ou não associadas à artrite psoriática: crônica em placas (ou vulgar), em gotas (gutatta), pustulosa, eritrodérmica, invertida (flexora) e ungueal. A psoríase crônica em placas é a apresentação mais frequente.

CID-10

- L40.0** Psoríase vulgar
- L40.1** Psoríase pustulosa generalizada
- L40.4** Psoríase gutata
- L40.8** Outras formas de psoríase

REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das doses prescritas e dispensadas e a adequação do uso dos medicamentos.

Os pacientes com psoríase grave devem ser atendidos em serviços especializados. Quando da publicação deste PCDT, os pacientes que já estiverem em uso de medicamento biológico para a psoríase deverão ser avaliados para manutenção do tratamento e inclusão neste Protocolo.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de psoríase cutânea tegumentar leve com qualquer forma de apresentação clínica definida por **um dos seguintes critérios**:

Escore PASI igual ou inferior a 10

Acometimento igual ou inferior a 10% da superfície corporal

DLQI igual ou inferior a 10

Serão também incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico clínico de psoríase cutânea tegumentar moderada a grave definida por **um dos seguintes critérios**:

escore PASI superior a 10

Acometimento superior a 10% da superfície corporal

DLQI superior a 10

Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas)

Psoríase palmo-plantar resistente a tratamentos tópicos de uso padrão, como corticosteroides de alta potência, análogo da vitamina D e queratolíticos (ácido salicílico a 5%) com uso contínuo por 3 meses

Psoríase acometendo outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteroides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que não tenham o diagnóstico de psoríase ou que tenham o diagnóstico de Artrite Psorásica, que dispõe de protocolo específico. Também serão excluídos pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicações absolutas ao uso dos medicamentos e procedimentos preconizados neste Protocolo (consultar Quadro 3 da PT Nº 10, de 06/09/2019).

TRATAMENTO

A psoríase é uma doença crônica e incurável. A maioria dos pacientes necessita de seguimento e controle contínuo das lesões. O objetivo do tratamento é obtenção de períodos prolongados de remissão da doença. O tratamento é escolhido de acordo com a classificação da psoríase em leve, moderada ou grave.

PSORÍASE LEVE

A maioria dos pacientes com psoríase tem doença limitada (menos de 5% da superfície corporal), podendo ser tratada com fármacos de uso tópico que oferecem alto padrão de segurança e eficácia.

PSORÍASE MODERADA A GRAVE

Para os pacientes com psoríase moderada a grave, além dos tópicos, devem-se acrescentar medicamentos sistêmicos. As opções disponíveis são fototerapia, metotrexato, acitretina, ciclosporina e os medicamentos biológicos adalimumabe, etanercepte, ustekinumabe e secuquinumabe.

TRATAMENTO TÓPICO

Os medicamentos tópicos são administrados diretamente sobre as lesões cutâneas e estão indicados para todos os casos de psoríase.

TRATAMENTO FOTOTERAPIA/FOTOQUIMIOTERAPIA

A fototerapia é um método terapêutico para tratamento de psoríase, tendo sido considerada de primeira linha para psoríase moderada e grave.

FOTOTERAPIA COM RAIOS ULTRAVIOLETA B (UVB)

A fototerapia com radiação UVB de faixa estreita está indicada nas seguintes situações:

Pacientes que não toleram medicamento por via oral

Pacientes que relatam rápida melhora com exposição solar

Pacientes com lesões de espessura fina

Pacientes em gestação ou lactação

Pacientes pediátricos. (Deve-se evitar fototerapia em crianças, mas, quando necessária, é preferível a com UVB)

FOTOTERAPIA COM RAIOS ULTRAVIOLETA A (PUVA)

A fototerapia com psoraleno mais radiação ultravioleta A (PUVA) está indicada nas seguintes situações

Pacientes com placas espessas

Pacientes com envolvimento palmo-plantar, por penetrar melhor nessas regiões

Pacientes com lesões ungueais

Pacientes que apresentaram falha terapêutica à fototerapia com radiação UVB

*A radiação UVB também pode ser associada ao tratamento medicamentoso tópico e sistêmico (Consultar item 7.2 da da PT Nº 10, de 06/09/2019)

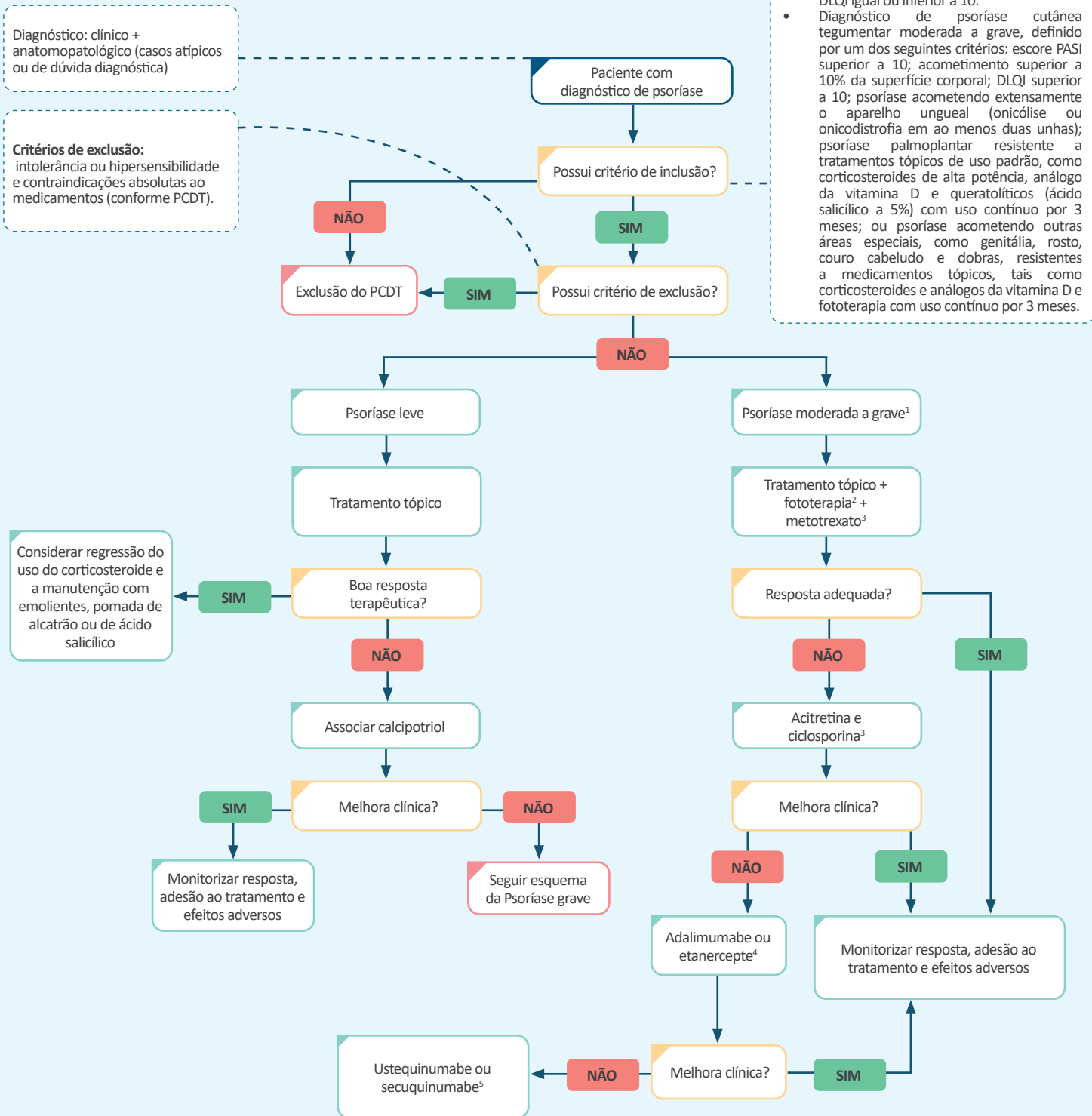
TRATAMENTO SISTÊMICO

Na psoríase moderada a grave estão indicados esquemas terapêuticos com fototerapia e medicamentos sistêmicos. Os fármacos sistêmicos, de primeira linha, incluídos neste protocolo são o metotrexato (MTX), acitretina e ciclosporina, em caso de falhas destes, os medicamentos biológicos estão indicados.

MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS

Os medicamentos biológicos constituem uma adequada opção terapêutica nos casos que não responderam ou que tenham contraindicações ao uso dos medicamentos sintéticos. Neste PCDT estão recomendados quatro biológicos, dois são da classe dos anti-TNF (adalimumabe e etanercepte) e dois medicamentos anti-interleucinas, um da classe dos anti-IL12/23 (ustekinumabe) e outro da classe dos anti-IL17 (secuquinumabe)

FIGURA 1- FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO PSORÍASE



¹ Se Psoríase grave (> 10% da superfície corporal ou PASI > 10), encaminhar para serviço especializado de dermatologia e iniciar fototerapia, se disponível.

² Fototerapia esta indicada nas seguintes situações:

- Radiação UVB de banda estreita: pacientes que não toleram medicamento por via oral; pacientes que relatam rápida melhora com exposição solar; pacientes com lesões de espessura fina; pacientes em gestação ou lactação; e pacientes pediátricos.
- Fototerapia com PUVA: pacientes com placas espessas; pacientes com envolvimento palmoplantar, por penetrar melhor nessas regiões; pacientes com lesões ungueais; e pacientes que apresentaram falha terapêutica à fototerapia com radiação UVB.

³ Acitretina em primeira linha para psoríase pustulosa ou eritrodérmica. Ciclosporina pode ser associada a acitretina em casos de maior gravidade;

⁴ Etanercepte está recomendado para população pediátrica;

⁵ Ustequinumabe ou secuquinumabe estão indicados após terapia com

FÁRMACOS

USO TÓPICO

FÁRMACO	Apresentação	Posologia
Ácido salicílico	pomada a 50 mg/g (5%)	aplicar nas lesões hiperkeratóticas 1 vez/dia
Alcatrão mineral	pomada a 10 mg/g (1%)	Utilizar diariamente nas lesões de psoríase.
Clobetasol	creme a 0,5 mg/g (bisnaga com 30 g) e solução capilar a 0,5 mg/g (frasco com 50 g)	1-3 vez(es)/dia por períodos inferiores a 30 dias e 2 vezes/semana na fase de manutenção.
Dexametasona	creme a 1 mg/g (0,1%)	semelhante ao Clobetasol
Calcipotriol	pomada a 50 mcg/g (0,005%).	deve ser utilizado 2 vezes/dia no início do tratamento, podendo ser reduzido para 1 vez/dia na fase de manutenção

SINTÉTICOS

FÁRMACO	Apresentação	Posologia
Acitretina	cápsulas de 10 e 25 mg	dose inicial recomendada é de 25 mg/dia, com aumento gradual em 2-4 semanas até a dose máxima de 75 mg/dia (0,5-1 mg/kg/dia). A dose usual empregada varia de 25 mg em dias alternados a 50 mg por dia.
Metotrexato(oral e injetável)	comprimidos de 2,5 mg e solução injetável de 25 mg/mL (frasco com 2 mL)	pode ser VO ou SC ou IM em dose única semanal ou em até 3 administrações semanais com 12 horas de intervalo. A dose inicial é de 15 mg por semana, podendo ser aumentada gradualmente (2,5-5 mg por semana) até a obtenção de resposta clínica ou até a dose máxima de 25 mg/semana.
Ciclosporina	cápsulas de 10, 25, 50 e 100 mg, solução oral de 100 mg/mL (frasco de 50 mL) e solução injetável de 50mg	a dose inicial é de 2,5 mg/kg/dia, podendo ser aumentada a cada 2-4 semanas em 0,5 mg/kg até a dose máxima de 5 mg/kg/dia. Dois anos é o tempo máximo de tratamento recomendável, pois, a partir desse período, aumenta-se o risco de nefrotoxicidade irreversível.

VO-Via Oral; SC- Subcutâneo; IM - Intramuscular

BIOLÓGICOS

FÁRMACO	Apresentação	Posologia
Adalimumabe	solução injetável de 40 mg	uso SC, dose inicial recomendada é de 80 mg (duas injeções). Em seguida, doses de 40 mg são administradas em semanas alternadas, começando na semana seguinte à dose inicial. A dose não é ajustada pelo peso, não havendo alterações para pacientes obesos
Etanercepte	solução injetável de 25 mg e 50 mg	Uso SC, dose recomendada na faixa etária pediátrica (6-18 anos) é de 0,8 mg/kg, uma vez por semana, em pacientes com menos que 62,5 kg. Não devendo ultrapassar 50 mg por semana. Em pacientes com mais de 62,5 kg, a dose recomendada é de 50 mg por semana
Ustequinumabe	solução injetável de 45 mg/0,5 mL e de 90 mg/1,0 mL	Uso SC; inicia-se com 45 mg nas semanas 0 e 4 e, depois, a cada 12 semanas. Em pacientes com peso corpóreo maior que 100 kg, usar dose de 90 mg. Em casos de perda de resposta terapêutica, a dose pode ser aumentada para 90 mg a cada 8 semanas.
Secuquinumabe:	150 mg/mL pó para solução injetável	A dose recomendada é de 300 mg por injeção subcutânea, com administração inicial nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4 (cinco doses), seguida por administração de manutenção mensal. Cada dose de 300 mg é constituída de duas canetas aplicadoras, de 150 mg cada, que são injetadas ao mesmo tempo.

SC- Subcutâneo

TEMPO DE TRATAMENTO - CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

Os tratamentos são utilizados durante o tempo previsto ou até que se atinjam as doses máximas recomendadas, ou até que ocorram efeitos adversos que precipitem sua suspensão ou até que ocorra remissão da doença. Os tratamentos sistêmicos e fototerapia devem ser utilizados até que ocorra melhora clínica completa (remissão) ou parcial (escore PASI 75-90 ou DLQI com escore igual ou inferior a 5). Em seguida, a dose dos medicamentos pode ser reduzida paulatinamente e mantida na menor dose necessária para obter o controle adequado da doença.

MONITORIZAÇÃO

A monitorização da psoríase leve poderá ser realizada no ambulatório da atenção primária por médico não especialista, entretanto os pacientes que necessitam de fototerapia ou de medicamentos sistêmicos devem ser acompanhados preferencialmente em serviços especializados em dermatologia. É importante a adoção de uma forma objetiva para mensurar a melhora da psoríase, seja com a aplicação do escore PASI (ideal), seja com a medida da superfície corporal afetada. Os medicamentos sistêmicos e imunobiológicos exigem monitorização através de exames clínicos e laboratoriais específicos, **recomenda-se a consulta ao item 8 da a PT Nº 10, de 06/09/2019** para orientação quanto às medidas recomendadas para cada fármaco.

As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde a Portaria Conjunta nº 10 de, 06 de setembro de 2019 e pode ser acessada em <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>.

DISQUE
SAÚDE
136

SUS+

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
Governo
Federal