

Coexistência de psoríase e comorbidades relacionadas à síndrome metabólica

Coexistence of psoriasis with metabolic syndrome-related comorbidities

Veridiana de Paula Santos¹, Flávia Regina Ferreira¹, Andréa Paula Peneluppi de Medeiros¹, Samuel Henrique Mandelbaum¹

Recebido da Universidade de Taubaté, Taubaté, SP, Brasil.

RESUMO

OBJETIVOS: Avaliar a coexistência da psoríase e comorbidades relacionadas à síndrome metabólica, e identificar a associação de características dessa dermatose (gravidade, forma clínica e tipo de tratamento) com essas comorbidades. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal e descritivo de base hospitalar, envolvendo indivíduos com psoríase em acompanhamento em um ambulatório de referência, de 2014 a 2015, sem restrições para seleção dos mesmos. A análise dos dados, obtidos por meio de questionário, avaliação clínica e exames complementares, foi inicialmente descritiva e, posteriormente, por regressão logística univariada. **RESULTADOS:** Foram incluídos 59 indivíduos. Destes, 55,9% apresentaram obesidade abdominal, 72,9% hipertensão arterial e 62,7% redução da HDL-c. A presença de psoríase de maior gravidade (Índice de Gravidade da Psoríase por Área - PASI>10) indicou maior chance para a ocorrência de hipertensão arterial, elevação da glicemia e de triglicérides; pacientes com forma clínica não vulgar apresentaram maior chance para todas as comorbidades, exceto para elevação de triglicérides, e pacientes em uso de medicação sistêmica apresentaram maior chance para ocorrência de obesidade abdominal, elevação da glicemia e de triglicérides. **CONCLUSÕES:** Psoríase e comorbidades relacionadas à síndrome metabólica coexistiram. Possivelmente, as formas clínicas não vulgar, a psoríase grave e o tratamento sistêmico com essas comorbidades estão associadas.

Descritores: Psoríase/epidemiologia; Síndrome X metabólica; Obesidade; Hipertensão; Comorbidade

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the coexistence of psoriasis with metabolic syndrome-related comorbidities, and to identify the association of this dermatosis features (severity, clinical presentation and type of treatment) with these comorbidities. **METHODS:** This is a hospital based, cross-sectional and descriptive study involving individuals with psoriasis attended in a reference outpatient clinic, from 2014 to 2015, with no selection restrictions. Data were obtained through a questionnaire, clinical evaluation and laboratory tests; data analysis was first descriptive and, subsequently, by univariate logistic regression. **RESULTS:** Fifty-nine subjects were included. Among these, 55.9% had abdominal obesity, 72.9% had arterial hypertension, and 62.7% had decrease in HDL cholesterol. The presence of more severe psoriasis (Psoriasis Area Severity Index - PASI>10) indicated increased odds for the occurrence of arterial hypertension, high blood glucose and triglycerides levels; patients with clinical presentations other than psoriasis vulgaris had increased odds to all comorbidities, except for high triglycerides levels, and patients using systemic medications had increased odds to abdominal obesity, high blood glucose and triglycerides levels. **CONCLUSIONS:** There was coexistence of psoriasis with metabolic syndrome-related comorbidities. There is possible association of clinical presentations other than psoriasis vulgaris, severe psoriasis and systemic treatment with these comorbidities.

Keywords: Psoriasis/epidemiology; Metabolic syndrome X; Obesity; Hypertension; Comorbidity

1. Universidade de Taubaté, São Paulo, SP, Brasil.

Data de submissão: 14/12/2015 – Data de aceite: 29/01/2016

Conflito de interesse: não há.

Endereço para correspondência:

Flávia Regina Ferreira
Rua Padre Diogo Antonio Feijó, 85 – Centro
CEP: 12030-160 – Taubaté, SP, Brasil
E-mail: dermagica@uol.com.br

Número de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté: 687.184

Fonte de auxílio à pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (CNPq/PIBIC), processo MED 116/2014

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença inflamatória crônica da pele e das articulações, mediada por células T, de base genética, com grande polimorfismo de expressão clínica, sendo igualmente distribuída em ambos os sexos.⁽¹⁾ Caracteriza-se por lesões eritemato-descamativas, com padrões e distribuição corpórea variáveis, acometimento ungueal e articular frequente, com vários fenótipos distintos: formas vulgar, invertida, gutata, eritrodérmica e pustulosa.⁽²⁾ É uma condição que afeta aproximadamente 1 a 3% da população mundial, não havendo estudos de prevalência no Brasil.⁽³⁾

Para se avaliar objetivamente a severidade da psoríase, utilizam-se critérios morfológicos, como o Índice de Gravidade da

Psoríase por Área (PASI; em inglês *Psoriasis Area and Severity Index*). Essa ferramenta permite avaliar a extensão das lesões, assim como o grau de eritema e de descamação. O PASI tem o objetivo de quantificar a gravidade da doença e seus resultados podem variar de zero a 72. Este índice avalia as quatro regiões do corpo: cabeça, tronco, membros superiores e inferiores, em relação ao eritema, à espessura, à descamação das placas e à superfície da área corporal acometida (BSA, sigla do inglês *body surface area*).⁽⁴⁾

Estudos epidemiológicos mostram que a psoríase está associada com um maior risco de comorbidades e de mortalidade.⁽⁵⁾ As comorbidades classicamente associadas com psoríase são: artrite psoriásica,⁽⁶⁾ distúrbios psiquiátricos-psicossociais,⁽⁷⁾ linfoma⁽⁸⁾ e uveíte.⁽⁹⁾ Além disso, devem-se considerar outros fatores de risco cardiovascular, como o tabagismo e o etilismo, que também têm prevalência elevada nos pacientes com psoríase e são considerados fatores agravantes e/ou desencadeantes da psoríase.^(10,11)

Nos últimos anos, a síndrome metabólica (SM) como um todo e seus componentes isolados (a hipertensão, a obesidade central, a resistência a insulina e a dislipidemia) têm sido associados à psoríase, e ainda especialmente em quadros mais graves, como fator independente de agravamento do risco cardiovascular.^(12,13) A SM é um transtorno complexo, caracterizado por um agrupamento de fatores de risco cardiovascular e/ou diabetes do tipo 2. A definição para a SM da *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (NCEP/ATP III)⁽¹⁴⁾ é a mais amplamente usada em estudos epidemiológicos. Os critérios da NCEP/ATP III são pelo menos três das cinco desordens: obesidade abdominal (≥ 88 cm nas mulheres e ≥ 102 cm nos homens), hipertensão arterial (≥ 130 mmHg ou ≥ 85 mmHg), elevação da glicemia (≥ 110 mg/dL), triglicérides elevados (≥ 150 mg/dL) e redução da lipoproteína de alta densidade-colesterol (HDL-c) (< 50 mg/dL nas mulheres e < 40 mg/dL nos homens).

A ligação direta entre psoríase e muitas das doenças associadas possivelmente é a presença de inflamação crônica e, em particular, os níveis elevados de fator de necrose tumoral alfa (TNF- α). No entanto, vários outros fatores podem desempenhar papéis importantes e confundir essa associação. As citocinas inflamatórias produzidas na pele no paciente com psoríase acabam por cair na circulação, em quantidade proporcional à severidade da doença, causando efeitos sistemicamente. O estado inflamatório crônico leva a um aumento da secreção de citocinas inflamatórias, causando um estado de resistência à insulina, disfunção da célula endotelial e favorecimento da aterosclerose.⁽¹⁵⁾

Devido à maior prevalência de comorbidades em pacientes com psoríase,^(6,7) torna-se evidente a importância para os dermatologistas e, especialmente, para os médicos generalistas do conhecimento dessa dermatose e de todas as manifestações a ela associadas, considerando-a como uma doença sistêmica. A abordagem do paciente com psoríase em seu todo torna-se mandatória e a resolução das lesões cutâneas passa a ser apenas um dos objetivos do tratamento.

OBJETIVO

Avaliar a coexistência da psoríase e comorbidades relacionadas à síndrome metabólica, e identificar a associação de ca-

racterísticas dessa dermatose (gravidade, forma clínica e tipo de tratamento) com essas comorbidades.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, de base hospitalar, envolvendo o universo de pacientes com psoríase em acompanhamento no ambulatório de psoríase do Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário de Taubaté (HUT), sem nenhum tipo de restrição, no período 1^a de fevereiro de 2014 a 31 de janeiro de 2015.

O HUT é um hospital geral de ensino, considerado como referência para o município e a região. Possui um ambulatório especializado no tratamento de psoríase, que teve o início de seu funcionamento no ano de 2007, e que tem como finalidade atender os casos de psoríase moderada a grave com enfoque multidisciplinar e multiespecialidades por meio de terapêutica com fototerapia, imunossuppressores e imunobiológicos. Desse modo, tornou-se centro de referência no atendimento a pacientes com psoríase na Região Metropolitana do Vale do Paraíba.

Um questionário padrão foi aplicado pela pesquisadora para obtenção de dados referentes ao perfil epidemiológico dos indivíduos envolvidos, os quais foram também avaliados clinicamente durante consulta com os médicos da equipe de dermatologia do HUT para definição da forma clínica da psoríase, severidade desta dermatose, tipo de tratamento em uso, além da aferição da pressão arterial e da medida da circunferência abdominal. Foram solicitados exames complementares (glicemia de jejum, fração HDL-c e triglicérides). Os pacientes que aceitaram participar deste estudo ou seus responsáveis legais assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As variáveis estudadas foram características dos indivíduos, a saber: sexo: masculino ou feminino; idade (em anos), analisada de forma contínua e, posteriormente, categorizada por faixas etárias (19 a 29 anos; 30 a 49 anos; 50 a 69 anos e 70 anos ou mais); cor da pele (branca ou não branca); nível de escolaridade (não sabe ler/escrever; Ensino Fundamental incompleto; Ensino Fundamental completo; Ensino Médio incompleto; Ensino Médio completo; Ensino Superior incompleto e Ensino Superior completo); renda familiar (analisada de forma contínua); e estado civil (solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente/divorciado); características da doença (psoríase), a saber: forma clínica (vulgar, invertida, gutata, eritrodérmica ou pustulosa); modalidade de tratamento utilizada (tópico, sistêmico ou ambos; a fototerapia foi incluída na modalidade sistêmica); severidade segundo a PASI; presença de comorbidade relacionada à SM, a saber: obesidade abdominal; hipertensão arterial sistêmica; elevação do nível glicêmico; elevação dos triglicérides; redução de HDL-c.

A análise dos dados foi inicialmente descritiva e ilustrada por meio de gráficos e tabelas de frequência, com valores absolutos e porcentagens, médias, medianas e desvios padrão (DP).

Para determinar a associação entre as características da psoríase (forma clínica, severidade da doença e modalidade de tratamento) e a presença das comorbidades relacionadas à SM, foi utilizada a regressão logística (univariada). Neste caso, a análise estatística se baseou no cálculo da *odds ratio* (OR) para estimar o

risco do sujeito com determinada característica da psoríase apresentar cada comorbidade. Em todas as análises, foram construídos intervalos de confiança de 95% (IC95%) e foi adotado nível de significância de alfa de 5%.

Os dados coletados foram transferidos para uma planilha de dados (Microsoft Excel) e posteriormente analisados pelo programa computacional Stata (versão 7.0, *Stata Corp., College Station, Estados Unidos*).

O presente estudo encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté sob número 687.184.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 59 indivíduos, sendo eles o universo de pacientes em acompanhamento no ambulatório de psoríase do HUT no período de janeiro de 2014 a fevereiro de 2015. Dentre eles, 64,4% eram do sexo masculino, 71,2% eram brancos e 55,9% eram casados. O nível de escolaridade se apresentou variável na amostra, sem importante predomínio (Tabela 1).

A tabela 2 apresenta a análise descritiva das variáveis contínuas: idade, renda mensal e pontuação do PASI. A idade variou de 19 a 86 anos, com média de 54,2 anos (DP de 14,7). O valor mínimo do PASI foi de 2 e o máximo, de 51,6.

A distribuição dos casos de psoríase por faixa etária e sexo encontra-se na figura 1. Pode-se observar um pico de prevalência para a faixa etária de 50 a 69 anos de idade para ambos os sexos.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes com psoríase em acompanhamento no ambulatório, segundo sexo, cor, nível de escolaridade e estado civil. Taubaté (SP), Brasil, 2014-2015. n=59

Variável	n (%)
Sexo	
Masculino	38 (64,4)
Feminino	21 (35,6)
Cor	
Branco	42 (71,2)
Não branco	17 (28,8)
Nível de escolaridade	
Não sabe ler/escrever	4 (6,8)
Ensino Fundamental incompleto	19 (32,2)
Ensino Fundamental completo	6 (10,2)
Ensino Médio incompleto	2 (3,4)
Ensino Médio completo	20 (33,9)
Superior incompleto	2 (3,4)
Superior completo	6 (10,1)
Estado civil	
Solteiro	14 (23,7)
Casado	33 (55,9)
Viúvo	7 (11,9)
Separado judicialmente/divorciado	5 (8,5)

Com relação à forma clínica da psoríase, a maioria dos indivíduos possuía a forma clínica do tipo vulgar (Figura 2). Quanto à modalidade de tratamento em uso, houve predomínio do tratamento sistêmico (57,6%), incluindo-se neste grupo a terapia combinada (tópico e sistêmico) e a fototerapia. As medicações tópicas utilizadas foram: emolientes, corticoides, queratolíticos, alcatrão (coaltar), inibidores da calcineurina e análogos da vitamina D. Já os medicamentos sistêmicos foram: metotrexato, acitretina, ciclosporina, dapsona e imunobiológicos.

A frequência da ocorrência de SM, segundo os critérios da NCEP/ATP III, sobre o total de indivíduos avaliados foi de

Tabela 2. Análise descritiva da idade, renda mensal e pontuação da presença de psoríase de maior gravidade (PASI) dos pacientes com psoríase em acompanhamento no ambulatório de psoríase do Hospital Universitário de Taubaté. Taubaté (SP), Brasil, 2014-2015. n=59

Variável	Média (DP)	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade, anos	54,2 (14,7)	56	19	86
Renda mensal, reais	2312,8 (2233,3)	1500	250	12000
PASI, pontos	11,6 (12,0)	8,15	2	51,6

DP: desvio padrão.

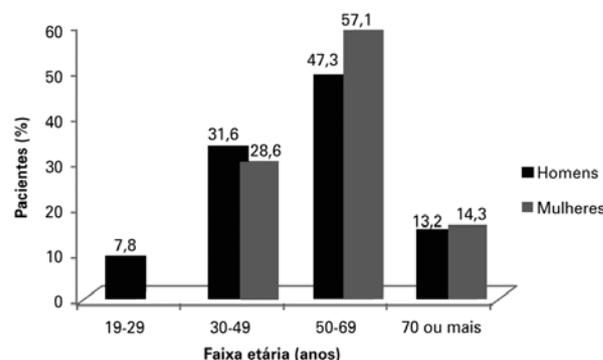


Figura 1. Distribuição dos casos de pacientes com psoríase em acompanhamento, segundo sexo e faixa etária (em anos). Taubaté (SP), Brasil, 2014-2015. n=59.

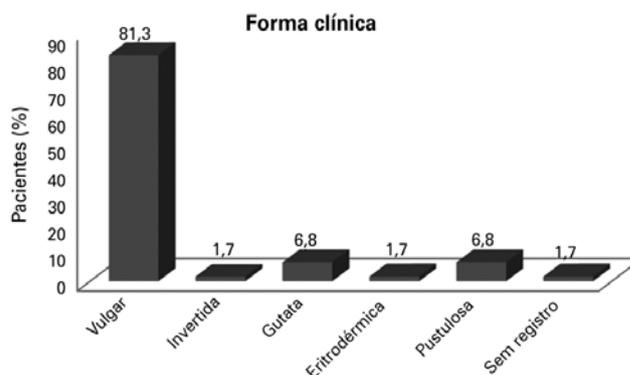


Figura 2. Distribuição dos casos de pacientes com psoríase em acompanhamento, segundo forma clínica. Taubaté (SP), Brasil, 2014-2015. n=59.

55,9%. Analisando de forma isolada cada critério pertencente à classificação estudada, pôde-se observar que 55,9% dos pacientes apresentavam obesidade abdominal, 72,9% hipertensão arterial, 33,9% elevação do nível glicêmico, 47,5% elevação do nível de triglicérides e 62,7% apresentavam redução do nível de HDL-c (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos pacientes com psoríase em acompanhamento ambulatorial, segundo a presença de síndrome metabólica e suas comorbidades (critério da *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* – NCEP/ATPIII). Taubaté (SP), Brasil, 2014-2015. n=59

Variável	n (%)
Síndrome metabólica	
Sim	33 (55,9)
Não	23 (38,9)
Não registrado	3 (5,2)
Obesidade abdominal	
Sim	33 (55,9)
Não	21 (35,6)
Não registrado	5 (8,5)
Hipertensão arterial	
Sim	43 (72,9)
Não	14 (23,7)
Não registrado	2 (3,4)
Elevação do nível glicêmico	
Sim	20 (33,9)
Não	39 (66,1)
Elevação do nível de triglicérides	
Sim	28 (47,5)
Não	31 (52,5)
Redução do nível de HDL-c	
Sim	37 (62,7)
Não	22 (37,3)

HDL-c: lipoproteína de alta densidade-colesterol.

Foi realizada a análise logística univariada para verificar a associação de algumas características relacionadas à psoríase com as comorbidades associadas à SM. Os resultados estão descritos a seguir, mas não apresentaram significância estatística. A presença de psoríase de maior gravidade (PASI>10) indicou chance 1,87 vez maior para a ocorrência de hipertensão arterial sistêmica, 1,40 vez maior para ocorrência de elevação dos níveis glicêmico e 1,09 vez maior para ocorrência de elevação dos níveis de triglicérides. Quanto à forma clínica da doença, excetuando-se a forma vulgar, as demais formas (em conjunto) indicaram uma maior chance para a ocorrência de obesidade abdominal, hipertensão arterial sistêmica, elevação do nível glicêmico e redução do nível de HDL-c. Já em relação à modalidade de tratamento, pacientes em uso medicação sistêmica (incluindo tópico e sistêmico associados) apresentaram maior chance de ter obesidade abdominal, elevação do nível glicêmico e elevação do nível de triglicérides (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Este estudo forneceu dados sobre a prevalência da SM na população de um ambulatório de referência em psoríase e identificou possíveis associações de variáveis relacionadas a essa dermatose com esse grupo de comorbidades, corroborando ou confrontando achados apontados na literatura e constituindo estudo pioneiro sobre o tema na região do Vale do Paraíba paulista.

Os dados em relação ao sexo mostraram predomínio de homens (64,4%) discordando da literatura, a qual não mostra prevalência maior para nenhum dos sexos nessa dermatose.^(2,16)

A psoríase é uma enfermidade de ocorrência universal, mas apresenta variação inter-racial/étnica significativa, predominando em populações de pele clara (caucasianos) conforme observado neste estudo que encontrou uma proporção brancos/não brancos de 3:1. As taxas de prevalência da psoríase apresentam variação geográfica mundial (0,3% na Ásia e África, e 4,8% na Escandinávia), refletindo o fato de se tratar de uma doença influenciada por fatores genéticos (expressão do alelo HLA-Cw6) e ambientais (radiação ultravioleta - RUV).^(16,17)

Tabela 4. Odds ratio (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) para as comorbidades relacionadas à síndrome metabólica (critério da *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* – NCEP/ATPIII), segundo a gravidade da doença, forma clínica e tipo de tratamento utilizado pelo paciente. Taubaté (SP), Brasil, 2014-2015. n=59

	OA OR IC95%		HA OR IC95%		Elevação do nível glicêmico OR IC95%		Elevação do nível de TG OR IC95%		Redução do nível de HDL-c OR IC95%	
PASI										
<10	1		1		1		1		1	
>10	0,69	0,22-2,16	1,87	0,51-6,95	1,40	0,47-4,21	1,09	0,38-3,13	0,50	0,17-1,49
Forma clínica										
Vulgar	1		1		1		1		1	
Outras	2,80	0,68-11,49	2,40	0,56-10,19	5,89	0,69-50,39	0,56	0,14-2,26	2,00	0,5-7,93
Tratamento										
Tópico	1		1		1		1		1	
Sistêmico	1,21	0,68-2,14	0,85	0,46-1,56	1,15	0,66-2,02	1,16	0,68-1,99	0,83	0,48-1,43

OA: obesidade abdominal; HAS: hipertensão arterial; TG: triglicérides; HDL-c: lipoproteína de alta densidade-colesterol.

Quanto à idade, esta dermatose pode ocorrer/iniciar em qualquer idade (desde congênita até idades tardias (108 anos)).⁽¹⁶⁾ No entanto, estudos demonstraram tendência a uma distribuição bimodal na psoríase com picos entre os 30 a 39 anos de idade e entre 50 e 69 anos de idade, compatíveis com os encontrados neste estudo.⁽¹⁸⁻²⁰⁾

A renda mensal referida foi extremamente variável neste estudo, e a média obtida mostrou-se acima da esperada pelos autores, em se tratando de um serviço público de saúde e, certamente, não reflete a situação socioeconômica da maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais, em geral possuem baixa renda.

A psoríase vulgar predominou neste estudo estando de acordo com os achados da literatura, em que chega a totalizar aproximadamente 90% dos casos em alguns estudos.^(21,22)

A prevalência de indivíduos com SM neste estudo foi mais elevada que a estimada para a população geral, que está em torno de 20 a 25%.⁽²³⁾ A maior prevalência de SM em pacientes com psoríase, comparada à população sem esta doença, também foi observada por Langan et al.⁽²⁴⁾ e Gisondi et al.⁽²⁵⁾ A psoríase é uma doença inflamatória caracterizada pela hiperativação do sistema imunológico mediado por linfócitos T, Th-1, células apresentadoras de antígenos e outras citocinas. Da mesma forma, a inflamação crônica mediada por essas células é um importante componente para a fisiopatologia da SM. Os mediadores inflamatórios dessas condições têm efeitos sobre diversos processos, como angiogênese, sinalização de insulina, adipogênese, metabolismo lipídico, proliferação epidérmica, entre outros. Esse fato pode sugerir uma possível explicação para a ocorrência maior de SM e seus componentes isolados em pacientes com psoríase.⁽²⁶⁾

Os componentes isolados da SM mais prevalentes neste estudo foram obesidade abdominal, hipertensão arterial e redução do nível de colesterol HDL-c. Gisondi et al.,⁽²⁵⁾ em seu estudo, encontraram a hipertrigliceridemia e a obesidade abdominal como mais prevalentes na população psoriásica, sendo esta última informação condizente com nossos achados.

Em relação à gravidade da psoríase e a ocorrência das comorbidades relacionadas à SM, verificamos, neste estudo, uma chance maior para hipertensão arterial sistêmica, elevação do nível glicêmico e do nível de triglicerídeos em indivíduos com formas graves dessa dermatose (PASI³10). Resultados semelhantes são observados na literatura.^(13,27) Boehncke et al.⁽²⁸⁾ identificaram, inclusive, uma correlação significativa entre a pontuação do PASI e a secreção de insulina.

Quanto à modalidade de tratamento em uso para controle da psoríase e a ocorrência dos componentes isolados da SM, observamos uma maior chance para obesidade abdominal, elevação dos níveis glicêmicos e de triglicerídeos nos pacientes em uso de tratamento sistêmico. Isso pode ser explicado pelo fato de este tipo de tratamento estar correlacionado a uma maior gravidade da doença. Pressupõe-se que pacientes em tratamento sistêmico possuam formas mais agressivas (moderadas a graves) dessa dermatose. Além disso, deve-se levar em consideração que muitas das terapias sistêmicas tradicionais para a psoríase também podem piorar os fatores de risco cardiovasculares, como a hiperlipidemia e a hipertensão arterial.⁽²⁹⁾ Gelfand et al.⁽³⁰⁾ demonstra-

ram que pacientes com psoríase tratados com terapia sistêmica apresentaram maior risco relativo de infarto do miocárdio.

Apesar do pequeno número de pacientes com outras formas de psoríase que não a vulgar neste estudo, pôde-se observar um possível aumento na chance da ocorrência de comorbidades associadas à SM nesse grupo, exceto para elevação do nível de triglicerídeos. Certamente, uma investigação epidemiológica e experimental mais aprofundada possa esclarecer essa questão, necessitando, para tanto, de um maior número amostral. Porém, talvez isso se deva a formas mais graves de psoríase, como a pustulosa e a eritrodérmica, incluídas neste grupo.

A concomitância destas duas entidades (psoríase e SM) tem sido relatada em proporções que superam a casualidade e pode ser explicada pela sobreposição das vias inflamatórias ativadas.⁽³¹⁾ Uma vez que haja interação causal e efeito sinérgico entre ambas, não é possível tratar adequadamente um paciente com psoríase sem avaliar a existência e a gravidade da SM. Além disso, a orientação quanto ao real risco cardiovascular e a tomada de medidas clínicas simples podem impactar sobremaneira a sobrevida e a qualidade de vida desses pacientes.

Apesar das limitações do presente estudo quanto ao seu delineamento e tamanho amostral, os resultados aqui encontrados, corroborados por dados reportados na literatura, sugerem uma possível associação entre a psoríase e a SM, bem como seus componentes isolados. Tal fato sinaliza a necessidade de um acompanhamento multidisciplinar desses pacientes, encontrando-se o dermatologista em uma posição chave na identificação dessas comorbidades, em especial, naqueles indivíduos com formas mais graves da doença. Outros estudos prospectivos são necessários para melhor conhecimento das relações de causa e efeito do binômio psoríase-SM e para estudar outros fatores de confusão não explorados no presente estudo, incluindo dieta, atividade física, álcool e fatores genéticos, que podem se mostrar importantes nessa relação.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar a coexistência de psoríase e comorbidades relacionadas à SM na maioria dos pacientes avaliados, com predomínio da obesidade abdominal, da hipertensão arterial sistêmica e/ou da redução do nível de colesterol HDL-c. Indicou também uma possível associação entre as formas clínicas não vulgar, a psoríase grave e o tratamento sistêmico com estas comorbidades.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à residente Bruna Ferrari pelo auxílio na coleta dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD). Artrite psoriásica e comorbidades. In: Consenso Brasileiro de Psoríase 2012 - Guias de avaliação e tratamento [Internet]. 2a ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia; 2012. [citado 2014 Nov 24]. Disponível

- em: http://www.ufrgs.br/textecc/traducao/dermatologia/files/outros/Consenso_Psoriase_2012.pdf
2. Sampaio SP, Rivitti EA. *Dermatologia*. São Paulo: Artes Médicas. 2001.
 3. Gottlieb AB, Dann F. Comorbidities in patients with psoriasis. *Am J Med*. 2009;122(12):1150.e1-9.
 4. De Arruda LH, de Moraes AP. The impact of psoriasis on quality of life. *Br J Dermatol*. 2001;144 Suppl 58:33-6.
 5. Ortonne JP. Psoriasis, metabolic syndrome and its components. *Ann Dermatol Venereol*. 2008;135(Suppl 4):235-42.
 6. Gisondi P, Girolomoni G, Sampogna F, Tabolli S, Abeni D. Prevalence of psoriatic arthritis and joint complaints in a large population of Italian patients hospitalised for psoriasis. *Eur J Dermatol*. 2005;15(4):279-83.
 7. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological comorbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4(12):833-42.
 8. Gelfand JM, Berlin J, Van Voorhees A, Margolis DJ. Lymphoma rates are low but increased in patients with psoriasis: results from a population-based cohort study in the United Kingdom. *Arch Dermatol*. 2003;139(11):1425-9.
 9. Fraga NA, Oliveira MF, Follador I, Rocha BO, Régo VR. Psoriasis and uveitis: a literature review. *An Bras Dermatol*. 2012;87(6):877-83.
 10. Sommer DM, Jenisch S, Suchan M, Christophers E, Weichenthal M. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. *Arch Dermatol Res*. 2006;298(7):321-8.
 11. Kremers HM, McEvoy MT, Dann FJ, Gabriel SE. Heart disease in psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57(2):347-54. Comment in: *J Am Acad Dermatol*. 2008;58(2):352.
 12. Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB, Gelfand JM. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55(5):829-35.
 13. Gelfand JM, Weinstein R, Porter SB, Neimann AL, Berlin JA, Margolis DJ. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study. *Arch Dermatol*. 2005;141(12):1537-41.
 14. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285(19):2486-97.
 15. Boehncke WH, Boehncke S, Tobin AM, Kirby B. The 'psoriatic march': a concept of how severe psoriasis may drive cardiovascular comorbidity. *Exp Dermatol*. 2011;20(4):303-7.
 16. Marques SA, Miot LD, Pelafsky VP. *Epidemiologia*. In: Romiti R. *Compêndio de psoríase*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p 11-22.
 17. Reich K. The concept of psoriasis as a systemic inflammation: implications for disease management. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26 Suppl 2:3-11.
 18. Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Dann FJ, Gabriel SE, Kremers HM. Trends in incidence of adult-onset psoriasis over three decades: a population-based study. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(3):394-401.
 19. Bell LM, Sedlac R, Beard CM, Perry HO, Michet CJ, Kurland LT. Incidence of psoriasis in Rochester, Minn, 1980-1983. *Arch Dermatol*. 1991;127(8):1184-7.
 20. Huerta C, Rivero E, Rodríguez LA. Incidence and risk factors for psoriasis in the general population. *Arch Dermatol*. 2007;143(12):1559-65.
 21. Guinot C, Latreille J, Perrussel M, Doss N, Dubertret L; French Psoriasis Group. Psoriasis: characterization of six different clinical phenotypes. *Exp Dermatol*. 2009;18(8):712-9.
 22. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet*. 2007;370(9583):263-71.
 23. Meigs JB. Epidemiology of the metabolic syndrome. *Am J Manag Care* 2002; 8(Suppl 11):S283-92.
 24. Langan SM, Seminara NM, Shin DB, Troxel AB, Kimmel SE, Mehta NN, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a population-based study in the United Kingdom. *J Invest Dermatol*. 2012;132(3 Pt 1): 556-62.
 25. Gisondi P, Tessari G, Conti A, Piaserico S, Schianchi S, Peserico A, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital-based case-control study. *Br J Dermatol*. 2007;157(1): 68-73.
 26. Azfar RS, Gelfand JM. Psoriasis and metabolic disease: epidemiology and pathophysiology. *Curr Opin Rheumatol*. 2008;20(4):416.
 27. Al-Mutairi N, Al-Farag S, Al-Mutairi A, Al-Shiltawy M. Comorbidities associated with psoriasis: an experience from the Middle East. *J Dermatol*. 2010;37(2):146-55.
 28. Boehncke S, Thaci D, Beschmann H, Ludwig RJ, Ackermann H, Badenhoop K, et al. Psoriasis patients show signs of insulin resistance. *Br J Dermatol*. 2007;157(6):1249-51.
 29. Naldi L, Griffiths CE. Traditional therapies in the management of moderate to severe chronic plaque psoriasis: an assessment of the benefits and risks. *Br J Dermatol*. 2005;152(4):597-615.
 30. Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. *JAMA*. 2006;296(14):1735-4.