

---

**Artigo de revisão****PSORÍASE UNGUEAL: DA IDENTIFICAÇÃO A ABORDAGEM PROFISSIONAL**  
(UNGUEAL PSORIASIS: FROM IDENTIFICATION TO PROFESSIONAL APPROACH)**Autores: Gabriela Silva de Oliveira<sup>1</sup>; Jakelline Braga dos Santos<sup>1</sup>; Maria Andreia de Azevedo<sup>1</sup>; Renato Butsher Cruz<sup>2,A</sup>**<sup>1</sup>Discentes do curso de Podologia da Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, Brasil.<sup>2</sup>Docente do curso de Podologia da Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, Brasil.**Informações do artigo****Palavras chave:**Psoríase;  
ungueal- Estresse;  
Aparelho ungueal;  
Comorbidades.**Resumo**

A Psoríase é dermatose autoimune que atinge aproximadamente de 3% da população mundial, sendo que cerca de 80% dos portadores apresentam o acometimento ungueal. Atualmente não existem trabalhos propondo uma abordagem podológica no tratamento de portadores de Psoríase ungueal. Desta maneira o objetivo deste trabalho além de preencher esta lacuna, é elucidar a fisiopatologia da Psoríase, compilar os sinais clínicos característicos da manifestação ungueal e citar métodos de diagnóstico e de avaliação da mesma. O objetivo específico deste estudo é propor uma abordagem podológica para portadores de Psoríase ungueal. Este estudo caracterizou-se como uma revisão de literatura. Foram realizadas buscas sistemáticas no período entre Junho e setembro de 2016, utilizando bancos de dados eletrônicos como: Medline, Science Direct, Directory of Open Access Journals (DOAJ), Scientific Electronic Library Online (SciELO).

**Article ID****Keywords:**Psoriasis;  
nail-Stress;  
Nail apparatus;  
Comorbidities.**Abstract**

Psoriasis is an autoimmune dermatosis that affects approximately 3% of the world population, and about 80% of the patients have nail involvement. Currently, there are no studies proposing a podiatric approach in the treatment of nail psoriasis patients. Thus, the objective of this work, besides filling this gap, is to elucidate the pathophysiology of Psoriasis, to compile the clinical signs characteristic of the nail manifestation and to mention

---

<sup>A</sup>Autor correspondenteRenato Butsher Cruz – E-mail: renatobutsher@hotmail.com – ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3376-9695>

---

DOI: <https://doi.org/10.36271/iajp.v2i1.17> - Artigorecebido em: 09 de janeiro de 2020; aceito em 27 de fevereiro de 2020; publicado em 20 de março de 2020. Revista Ibero-Americana de Podologia, Vol.2, N.1, março 2020. Disponível online a partir de 20 de março de 2020. ISSN 2674-8215. <http://journal.iajp.com.br> - Todos os autores contribuíram igualmente com o artigo. Este é um artigo de acesso aberto sob a licença CC - BY: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>.

methods of diagnosis and evaluation of it. The specific objective of this study is to propose a podological approach for patients with nail psoriasis. This study was characterized as a literature review. Systematic searches were carried out between June and September 2016, using electronic databases such as Medline, Science Direct, Directory of Open Access Journals (DOAJ), Scientific Electronic Library Online (SciELO).

## Introdução

A psoríase é uma dermatose inflamatória eritemato escamosa, de evolução crônica, com períodos de exacerbação e remissão. É caracterizada pela hiper proliferação dos queratinócitos da epiderme, mediados pelas células-T.

Acredita-se que pode ser desencadeada por fatores advindos de alterações no sistema imune do ser humano e aspectos psicoemocionais. A literatura referente ao tema salienta que a Psoríase pode ser classificada como uma psicodermatose.

Além de atingir a pele e mucosas, pode causar danos a articulações e as unhas, das quais daremos ênfase neste estudo.

Por sua natureza desfigurante, seus portadores foram estigmatizados pela sociedade. Por séculos acreditou-se que a Psoríase e a Lepra, hoje conhecida como hanseníase, eram a mesma doença. Desta forma, muitos foram banidos do convívio social e até condenados à morte na fogueira (SABBAG,2006). Somente a partir do século XIX ,a Psoríase foi diferenciada da Hanseníase e as investigações científicas passaram a elucidar cada vez mais a patologia. Dentre os dermatologistas que contribuíram nas pesquisas destacam-se Koebner (1872), Munro (1898) e Auspitz (1897), que dão seus nomes a sinais clínicos da disfunção.

A Organização Mundial da Saúde, reconheceu no ano de 2004, a Psoríase como uma doença crônica, grave, incapacitante, não transmissível, dolorosa, desfigurante e para a qual ainda não existe cura.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Dermatologia, estima-se que haja cerca de 190 milhões de portadores da doença no mundo (2 a 3% da população) e por volta de 3 milhões somente no Brasil.

O acometimento ungueal em portadores de Psoríase atinge cerca de 80% deles; sendo que as alterações podem ocorrer simultaneamente ou após o

aparecimento de lesões cutâneas.

Manifesta-se em ambos os sexos e em qualquer idade. Todavia é predominante em caucasianos, do sexo feminino e da faixa etária dos 30-50 anos. Sendo rara em algumas etnias, como em japoneses, aborígenes e indígenas da América do Sul (LANGLEY,2005).

As alterações geradas pela patologia no sistema inflamatório, imunológico e nos capilares da pele, tem por consequência uma proliferação acentuada no crescimento celular o que reduz o ciclo natural de crescimento da pele de 28 dias para somente 4 dias.

No ciclo natural, as células da camada basal da pele levam exatos 13 dias para sofrerem mitose, permanecendo na fase de maturação e depois na fase de destacamento. Já na Psoríase o primeiro ciclo é reduzido a um dia e meio, enquanto que na fase de maturação e destacamento, ocorre um encurtamento de quatro dias. Desta forma ocorre um acúmulo de restos celulares de queratinócitos na superfície epidérmica, gerando a conhecida placa psoriática (SABBAG,2006).

A ansiedade, a depressão e o estresse, causados por uma rotina atribulada, hábitos nocivos e problemas referentes a relações interpessoais estão intimamente ligados a mudanças no organismo. Isto se dá por um processo de somatização, que ocorre quando um indivíduo não suporta níveis altos de estresse e ansiedade, desenvolvendo/agravando uma patologia em um órgão de seu corpo, chamado de “órgão alvo” (SILVA,2007).

O estresse muitas vezes passa a ser desencadeado ou agravado após situações de constrangimento, comuns aos pacientes psoriáticos. Por sua natureza desfigurante, a patologia atrai os olhares de leigos, que a confundem e se afastam temendo possível transmissão por contato. Desta forma, os portadores tendem a temerem o isolamento, a rejeição e frequentemente apresentam fantasias de abandono, discriminação, inadequação e profunda insatisfação quanto à aparência física.

Torre e colaboradores (2011), salienta que pacientes com doenças dermatológicas, principalmente crônica como a psoríase, sentem-se limitados na execução de suas atividades normais acarretando perda de vitalidade, com prejuízos no trabalho e vida social, além de depressão e, até mesmo, isolamento total.

Esses sentimentos de rejeição e de estigmatização levam o portador da psoríase à uma inadaptação social, com dificuldades, inclusive em situações públicas como cabeleireiros, clubes, mudança no modo de se vestir além de sentimentos de irritação e angústia. As constatações sobre os prejuízos causados pela psoríase, reforçam que a mesma afeta o ser biopsicossocial como um todo; sendo necessário de uma abordagem multidisciplinar.

## Objetivo

O objetivo deste estudo é descrever resumidamente a fisiopatologia da Psoríase, sem querer esgotar o assunto, descrever os sinais clínicos característicos da manifestação da Psoríase ungueal e os métodos de diagnóstico.

## Material e Método

Este trabalho caracterizou-se como um estudo de revisão de literatura. Foi realizado por meio de buscas sistemáticas no período de Junho a setembro de 2016. Foi utilizando bancos de dados eletrônicos como: Medline, Science Direct, Directory of Open Access Journals (DOAJ), Scientific Electronic Library Online (SciELO). O uso de palavras-chaves incluiu combinações dos seguintes termos: Nail psoriasis, Psoriasis, Nail apparatus, Psoríase, Psoríase ungueal. Foram revisados neste trabalho um total de 40 artigos; somente documentos em extensão PDF, disponibilizados gratuitamente em meio digital.

### Unidade ungueal

A unidade ungueal pode ser descrita como uma eficaz ferramenta corporal, que além de proteger as falanges distais dos dedos ainda tem papel fundamental na sensibilidade tátil.

De acordo com Aditya (2006), a unidade ungueal é composta por quatro estruturas: 1. Matriz; 2. leito ungueal; 3. corpo da unha; 4. dobras ungueais. O corpo da unha relaciona-se com outras estruturas,

como tendões, ligamentos e a articulação Interfalangiana distal.

As dobras ungueais são resultantes de um processo de invaginação e circundam toda a placa ungueal. Inferiormente a face ventral da dobra proximal é composta pela matriz ungueal, e superiormente pelo eponíquio (BARAN, 2009). Entre a dobra ungueal proximal e o leito ungueal encontra-se a matriz ungueal, sendo a lúnula, nada mais que sua porção proximal visível. A matriz ungueal subdivide-se em matriz proximal e matriz distal. Conforme Baran (2009), a queratina ortoceratótica presente na face dorsal do corpo da unha advém da matriz proximal, já a matriz distal contribui para a porção ventral do corpo da unha.

Segundo Fernandez-flores (2013), o leito ungueal é constituído de duas a três camadas de epitélio, firmemente aderida ao corpo da unha. Já o hiponíquio é uma extensão do epitélio que demarca o local de separação entre leito e corpo da unha, sua principal função é de proteger o aparelho ungueal da invasão de corpos estranhos e patógenos. Constituída principalmente por células queratinizadas compactadas, o corpo da unha origina-se a partir da matriz ungueal, por um processo de queratinização.

Aditya (2006), descreve: “A placa ungueal é uma placa córnea semirrígida que cobre o dorso da ponta dos dedos, inserindo-se proximalmente em uma invaginação paralela à superfície superior da pele e lateralmente nos sulcos ungueais laterais”.

O corpo da unha possui diversas camadas de células queratinizadas sobrepostas, que conforme Baran (2009), dividem-se em lâmina ungueal dorsal e ventral; sendo que entre elas encontra-se o espaço interlaminar.

Dentre as alterações geradas pela Psoríase pode-se citar a hiperqueratose subungueal, o aumento do leito ungueal, a presença de ondulações na lâmina ungueal, entre outras.

### Psoríase Ungueal

A psoríase pode afetar praticamente todas as estruturas ungueais, tanto isoladamente quanto em combinação. Segundo Neves (2009), “O envolvimento ungueal aumenta com a idade, a duração e a extensão da doença e com a presença de artrite psoriática.”

As lesões psoriáticas tornam o portador mais suscetível a comorbidades, como por exemplo, a

onicomicose. Bem como, infecções por dermatófitos podem induzir ao fenômeno de Koebner, agravando o caso, ao gerarem novas lesões psoriáticas (LARSEN,2003;BARAN, 2009).

De acordo com Baran (2009), portadores de psoríase ungueal podem queixar-se de dor, incapacidade de pegar pequenos objetos, amarrar cadarços e fechar botões. Contudo estes sintomas não estão relacionados com as alterações ungueais, mas sim com o dano articular gerado pela disfunção.

O dano articular ocorre em portadores de Artrite psoriática; as manifestações desta patologia são as que mais acarretam distrofias graves nas unhas.

As alterações atingem continuamente as superfícies dorsal e ventral da dobra proximal do aparelho ungueal .Ao atingir as dobras ungueais ocorre o desaparecimento do eponíquio , causando um descolando local e favorecendo a entrada de sujidades e patógenos. A matriz ungueal é formadora da placa ungueal, que ocorre através de um processo de queratinização na matriz proximal. Ao atingir a matriz, a psoríase ocasiona alterações neste processo, gerando uma agregação de células paraqueratótica no corpo da unha em formação. Estas agregações paraqueratótica ficarão visíveis como depressões cupuliformes na placa ungueal após seu crescimento; dispondo-se isoladamente ou por toda extensão da placa ungueal (SCHONS,2014).



**Fonte:** Manifestações das unhas vistas na psoríase das unhas. Leito da unha apresenta a) descoloração da gota de óleo, b) onicolise, c) hiperqueratose subungueal, d) hemorragia em estilhas. Matriz da unha apresenta e) corrosão da lâmina ungueal, f) desintegração em quadrantes proximais da placa da unha, g) leuconíquia, h) mancha vermelha na lúnula. Cortesia de K. Klaassen. Pasch,

M.C.; Nail Psoríase: uma revisão das opções de tratamento. *Drugs* 76, 675-705 (2016). <https://doi.org/10.1007/s40265-016-0564-5>

Outras alterações psoriáticas geradas por acometimento matricial incluem leuconíquia, linhas de Beau e pontos eritematosos na lúnula. No leito ungueal, irrigado pelas duas artérias dorsais digitais, existe a possibilidade do aparecimento de pequenas hemorragias, ocasionadas pela psoríase neste tecido. Definida como hemorragia em estilhaço, tem aparência de linhas de coloração marrom avermelhada, que se deslocam distalmente no crescimento ungueal.

Somada as hemorragias em estilhaço, o aparecimento de hiperqueratose subungueal, onicólise, manchas salmão e em 'pingo de óleo'; estão entre as modificações no leito ungueal ocasionadas pela psoríase. Em portadores de Psoríase pustulosa há presença de pústulas subungueais e/ou periungueais, que podem originar danos no corpo da unha e matriz, como onicodistrofias e anoníquia.

Dentre as alterações mencionadas acima, muitas estão presentes em outras patologias como, as depressões na Síndrome de Reiter e onicólise no Hipertireoidismo.

## Aspectos Clínicos da Psoríase Ungueal

### Pitting

Sendo um dos sinais mais comuns presentes na psoríase ungueal, os pittings são depressões cupuliformes ou erosões na placa ungueal.

De modo geral tem forma arredondada e medem cerca de 1 a 1,5 milímetros de diâmetro. Estando dispostos transversalmente, longitudinalmente ou de forma desorganizada. Na psoríase, apresenta bordas irregulares e a base mais larga (BARAN,2009).

Formam-se quando há uma interrupção da queratinização do estrato córneo pelas células paraqueratóticas, que são agregadas e sofrem um descarte ao serem expostas ao crescimento ungueal. De acordo com Weinsten (1965), a paraqueratose ocorre quando há uma queratinização anormal do epitélio e as células superficiais persistem com seus núcleos celulares.

Segundo Wolff (2011), um dos critérios para diagnóstico de psoríase ungueal é a presença de vinte a sessenta pittings.



**Fonte:** Alka Dogra, Amanjot Kaur Arora - Department of Dermatology and Venereology, Dayanand Medical College and Hospital, Ludhiana, Punjab, India. Nail psoriasis: The journey so far - REVIEW ARTICLE - Year: 2014 | Volume: 59 | Issue: 4 | Page: 319-333 DOI: <https://doi.org/10.4103/0019-5154.135470>

### Leuconíquia

São descolorações ungueais acarretadas por anormalidades envolvendo o corpo da unha, o leito ou mesmo a conexão entre estas duas estruturas. Está presente quando o efeito paraqueratótico afeta somente a matriz intermediária e/ou ventral. De acordo com Baran (2009) quando as células paraqueratóticas, presentes na porção central ou distal da matriz ungueal, permanecem aprisionadas no corpo da unha; dão a mesma aparência branca opaca na presença de luz. A leuconíquia pode atingir a matriz distal em posição transversal ou em grandes placas (conhecida como Leuconíquia verdadeira); bem como ser resultado de onicólise ou hiperqueratose subungueal (conhecida como leuconíquia aparente). Sem demonstração de imagem.

### Paroníquia Psoriática

Esta manifestação não é das mais presentes na patologia, sendo que seu desenvolvimento se dá posteriormente a outras lesões psoriáticas; não aparecendo isoladamente. Acomete o eponíquio e as dobras ungueais, onde ocorre depósito de escamas de células anucleadas e queratinócitos; que extravasam da dobra ungueal proximal. Este material é reconhecido como corpo estranho, ocasionando um processo inflamatório crônico (ADITYA,2006). Sem demonstração de imagem.

### Linhas de Beau

Descrita pela primeira vez em 1846, pelo físico francês, Joseph Honoré Simon Beau, a linha de Beau caracteriza-se por um profundo sulco disposto horizontalmente no corpo da unha. Na Psoríase, correlaciona-se com as intermitentes inflamações na matriz ungueal. Sem demonstração de imagem

### Onicólise

A onicólise ocorre devido a presença de queratina paraqueratótica anormal que afeta a região do hiponíquio; que conforme ressalta Aditya(2006) , prejudica a adesão do leito ao corpo da unha. Ghetti, et al(2003); salienta que a onicólise distal é um dos sinais presentes na psoríase ungueal. Descreve que a irritação causada pela inflamação psoriática desenvolve não somente uma marcada paraqueratose, bem como a formação de uma camada granulosa irregular. Com isto, ocorre a perda da adesão entre o corpo da unha e o leito ungueal.

Quando o descolamento se inicia a partir da matriz proximal é conhecido por Onicomadese, geralmente ocorrendo posteriormente a inflamações e/ou traumas na matriz proximal. Contudo, na onicólise, o descolamento ocorre no sentido hiponíquio região proximal. Conforme Farias et al.(2010), a área pode possuir coloração esbranquiçada ou múltiplas estriações longitudinais, geralmente circundada por mancha vermelho alaranjada; visível somente em microscópio clínico. A presença de borda eritematosa é característica da psoríase ungueal, estando ausente em outras patologias. O desenvolvimento de onicólise também pode estar correlacionado com manchas de óleo que atingem o hiponíquio, gerando o descolamento distal. Sem demonstração de imagem.

### Manchas Salmão ou Manchas Óleo

Aditya (2006), descreveu este sinal como uma lesão circunscrita na lâmina ungueal, resultante da paraqueratose localizada no leito, que produz um deslocamento local onde se preenche de sêrum e restos celulares. O espaço preenche-se com glicoproteínas do soro , o que sede o tom amarelado do sinal.



**Fonte:** Piraccini, B. M., Triantafyllopoulou, I., Prevezas, C., Starace, M., Neri, I., Patrizi, A., ... Rigopoulos, D. (2015). Nail Psoriasis in Children: Common or Uncommon? Results from a 10-Year Double-Center Study. *Skin Appendage Disorders*, 1(1), 43–48. <http://doi.org/10.1159/000377709>

### Hiperqueratose Subungueal

Aparece após a elevação do corpo da unha do leito, o que acarreta um depósito de células que não sofrem descamação. O tecido acumulado é frágil e passível a infecções. Baran(2009) descreve: “ A hiperqueratose é geralmente frouxa e tende a interrupção, deixando onicolise residual. Há coloração amarelada brilhante na unha. Sua margem proximal tem uma cor eritemato-acastanhada típica”.

Na Psoríase ungueal, a hiperqueratose contém grandes quantidades de paraqueratose e com frequência também microabscessos de Munro em diferentes camadas de queratose. Os microabscessos de Munro são agrupamentos subcorneos de neutrófilos, considerados característicos para diagnóstico histopatológico da psoríase ungueal (DUARTE et al,2010). Sem demonstração de imagem

### Hemorragia em Estilhaço

As hemorragias em estilhaço atingem predominantemente homens de pele negra; e estão presentes nas unhas dos pés de 6% dos portadores de psoríase. Originam-se comumente no terço distal da matriz proximal, onde há a separação do leito ungueal do hiponiquio. Os capilares sanguíneos que

estão presentes superficialmente neste local tornam-se fragilizados pela patologia e conseqüentemente, rompem-se. O extravasamento sanguíneo no leito adere-se ao corpo da unha se movimentando no sentido distal(BARAN,2009; NEVES,2009). São variadas as alterações vasculares geradas pela patologia, há redução do número e diâmetro dos capilares e os mesmos tornam-se dilatados, alongados e tortuosos; com distribuição irregular. Sem demonstração de imagem.

### Pontos Vermelhos na Lúnula

Um estudo realizado pela Universidade evangélica do Paraná em 2011, submeteu 46 portadores de psoríase a capilaroscopia periungueal. Dentre os achados, salientam as áreas avasculares e as mudanças na densidade e morfologia dos capilares sanguíneos presentes no local, que se apresentaram diminuídos e tortuosos. Os pontos vermelhos na lúnula são máculas pequenas de coloração vermelha a rósea; e se correlacionam com alterações vasculares presentes na matriz intermediária e/ou ventral. (FONSECA, 2013). Sem demonstração de imagem.

### Pústulas Ungueais

A presença de pústulas estéreis na unidade ungueal é recorrente de manifestações específicas da Psoríase, como a psoríase pustulosa aguda de Von Zumbusch e a psoríase pustulosa palmoplantar de Konigsbeck. A psoríase pustulosa palmoplantar de Konigsbeck ocasiona pústulas subungueais que acarretam profundas erosões no corpo da unha. Na Psoríase pustulosa aguda de von Zumbusch há ocorrência de pústulas de tamanho reduzido na região subungueal; contudo não causam onicodistrofia grave por ser um processo é agudo (BARAN,2009). O peroniquio também ser lesionado apresentando por vezes paroniquia psoriática, ou Acropustulose de Hallopeau , patologia que ocasiona onicodistrofias, anoniquia e em sua forma mais agressiva, osteólise da falange distal. Sem demonstração de imagem

### Acrodermatite contínua de Hallopeau

Nesta manifestação rara da Psoríase, ocorre o desenvolvimento de lesões eritematosas com o aparecimento de pústulas na região periungueal e

subungueal; podendo eventualmente atingir a região dorsal dos dedos (NEVES, 2009; RAZERA, 2011).

Segundo Aditya (2006) diferentemente de outras apresentações da psoríase ungueal, que se limitam a extremidade do corpo da unha, esta atinge inicialmente a prega proximal. A localização das pústulas, presentes na matriz, prega proximal e/ou leito ungueal, afetam diretamente no crescimento do corpo da unha gerando onicodistrofia ou perda da mesma.

Descrito por Razer (2011), o exame anatomopatológico demonstra presença de eritrócitos extravasados dos capilares, vasos sanguíneos tortuosos e dilatados, infiltração de linfócitos, hemorrágicos no leito ungueal e presença de pústulas com neutrófilos espongiformes; caracterizando pústulas espongiformes de Kogoj. Conforme Aditya (2006), em casos extremos pode haver osteólise acral da falange distal, tornando o dedo encurtado e dando a unha formato alargado (unha em raquete). Sem demonstração de imagem

#### **Método de Diagnóstico e Ferramenta Avaliativa**

O NAPSI ou NAIL PSORIASIS SEVERITY INDEX, criado em 2003 por Rich e Scher da Universidade do Oregon e Columbia, nos Estados Unidos; é um índice utilizado para avaliar a gravidade da Psoríase ungueal. Em seu estudo MUKAI, et al, salientou ser uma ferramenta útil tanto para observar a severidade da psoríase ungueal quanto para acompanhar sua melhora, quando em tratamento. Nesta avaliação, o corpo da unha é dividido por duas linhas imaginárias, uma horizontal e vertical, formando quatro quadrantes. Verifica-se a presença ou ausência de alterações no corpo e leito ungueal, dando um valor de 0-4 pontos para cada quadrante. Na matriz avalia-se a presença de depressões cupuliformes, pontos vermelhos na lúnula, leuconíquia e destruição da mesma. No leito ungueal as alterações observadas são a onicolise, hemorragias em estilhaço, manchas salmão-oil drop e hiperqueratose subungueal. De acordo com o método, se ocorrerem algumas das lesões citadas em algum quadrante da matriz ou do leito ungueal, deverão ser contabilizados da seguinte maneira:

- 0= Sem presença de alterações
- 1= presença em 1 quadrante
- 2= presença em 2 quadrantes

3= presença em 3 quadrantes

4= presença em 4 quadrantes

Consequentemente, quaisquer alterações encontradas serão somadas, objetivando um score, que vai de 0-80 em unhas das mãos e 0-160 se adicionar as unhas dos pés.

Segundo Rigopoulos (2014), o maior score para cada unha é de 8 pontos, sendo 4 pontos para matriz e 4 para leito ungueal; totalizando 80 pontos em todas as unhas.

O Clipping Ungueal é um dos métodos laboratoriais para diagnosticar a psoríase ungueal. O mesmo refere-se a uma técnica de coleta de uma parte da borda livre, evitando traumas, o que acontece frequentemente quando realizado a biópsia, para exclusão da possível contaminação na lâmina ungueal por fungos. A coleta é realizada a fim de abscindir uma porção da borda livre, de ao menos 5 milímetros de comprometimento e 2 milímetro de largura. Assim, não causando desconforto ao paciente no momento da coleta. É utilizado para observação do material a microscopia óptica, um aumento de 10 vezes.

Em 2013, fora realizado uma pesquisa sobre o clipping ungueal. Segundo Fonseca (2013), o exame demonstra com eficácia qual o acometimento ungueal em pacientes com psoríase e artrite psoriática, demonstrando qual era a forma que a doença de manifestava no corpo da unha.

#### **Considerações finais**

As manifestações ungueais da Psoríase constituem tanto um incômodo quanto um alerta a seus portadores. Através das distrofias pode-se avaliar a severidade da doença ou mesmo antecipar um novo acometimento gerado pela mesma. Desta forma, é preciso considerar não somente o acometimento estético ocasionado pelas onicodistrofias, mas também a importância da avaliação prévia das unhas para antecipar de um novo diagnóstico ou mesmo tratamento.

O Podologista é o profissional mais qualificado para atender as necessidades do portador de Psoríase ungueal. É estudioso dos membros inferiores e aparelho ungueal, sendo o profissional com maior habilidade clínica para tratar da manifestação ungueal da Psoríase. Contudo se faz necessário tanto a inclusão do NAPSI na anamnese, quanto a promoção de pesquisas científicas visando desenvolver tratamentos específicos para a área.

## Referências

ADITYA, K. Gupta e BARAN, Robert. **Doenças da unha, diagnóstico e tratamento**. Editora Revinter. Rio de Janeiro, 2006.

ARRUDAI., Cristina Silva Ar Cristina Silva et al. **Avanços e desafios da enfermagem na produção científica sobre Psoríase**. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000100024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100024). Acessado em 24/10/2016.

BARAN, Robert e Haneke, Eckhart. **Diagnóstico diferencial da unha**. Editora Livraria Médica Paulista. São Paulo, 2009.

BERNARD, Silva LCR. **Imunologia da Psoríase**. In: Romiti R, editor. **Novos Conceitos em Psoríase**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 17-27.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, **consenso Brasileiro de Psoríase 2012** - Guias de avaliação e tratamento Sociedade Brasileira de Dermatologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Sociedade, 2009. 172 p.; 1 ed.; 24 cm.

FARIAS, Débora Cadore et al. **IMAGENS EM DERMATOLOGIA**. An Bras Dermatol, v. 85, n. 1, p. 101-3, 2010. Disponível em: <http://anggulo.com.br/psoríase/> Acesso em 20 Set de 2016.

FERNANDEZ-FLORES, Angel; SAEB-LIMA, Marcela; MARTÍNEZ-NOVA, Alfonso. Histopathology of the nail unit. **Romanian journal of morphology and embryology**= Revue roumaine de morphologie et embryologie, v. 55, n. 2, p. 235-256, 2013.

DOGRA, A., & Arora, A. K. (2014). **Nail Psoriasis: The Journey So Far**. Indian Journal of Dermatology, 59(4), 319–333. <http://doi.org/10.4103/0019-5154.135470> . Acessado em 21/10/2016.

DORS, tigre da silva, Juliana; CAMPIO MÜLLER, Marisa; RANGEL BONAMIGO, Renan. **Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase**. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 81, n. 2, p. 143-149, 2006.

DUARTE, Gleison Vieira et al. **Psoríase e obesidade: revisão de literatura e recomendações no manejo**. Anais Bras Dermatologia, v. 85, n. 3, p. 355-60, 2010.

DUQUE CARDONA, Leidy Yohana; SOTELO TASCÓN, Jared; VELASQUEZ LOPERA, Margarita María. **Elementos clave de la inmunogenética de la psoriasis: A review**. Iatreia, Medellín, v.

27, n. 4, p. 439-448, Dec. 2014. Disponível: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_pid=5012107932014000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_pid=5012107932014000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 26 Out. 2016

FERREIRA, Marta Alexandra de Oliveira. **Efeitos Cutâneos da Água Termal de S. Pedro** do Sul. 2011.

FESTUGATO, Moira. **Estudo piloto sobre alimentos que devem ser evitados nos portadores de psoríase**. An. Bras. Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 86, n. 6, p. 1103-1108, Dec. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962011000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000600006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 11 Jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000600006>.

FONSECA, Gabriela Poglietta et al. **Clipping ungueal como método diagnóstico em pacientes com psoríase e artrite psoriática**. 2013.

GHETTI E, Piraccini BM, Tosti A. **Onycholysis and subungual haemorrhages secondary to systemic chemotherapy**. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. Blackwell Science Ltd. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1468-3083.2003.00774.x>

HOUALSS, A, Villar MS, Franco FM. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, 1ª edição, 2001, p 1264.

JESUS, Diva Maria Nobrega de. **Psicossomática na Psoríase**. 2011.

LAMY, Fabricio. **Doutor eu tenho psoríase**. 1ª edição –São Paulo: AC farmacêutica 2014.

LANGLEY, R, G Krueger, and C Griffiths. **Psoriasis: Epidemiology, Clinical Features, and Quality of Life**. Annals of the Rheumatic Diseases 64. Supl 2 (2005): ii18–ii23. PMC. Web.

LARSEN, Gitte Kiellberg, et al. **The prevalence of onychomycosis in patients with psoriasis and other skin diseases**. Acta Dermato - venereologica 83.3 (2003): 206-209.

LIPP, M. E. N. **Estudos experimentais de duas condições de tratamento médico-psicológico a pessoa portadora de psoríase**. Revista do Núcleo de Estudos Psicológicos, 1991.

MARGIS, Regina et al. **Relação entre estressores, estresse e ansiedade**. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 25, supl. 1, p. 65-74, Apr. 2003. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082003000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 2 Set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008>.



MINGORANCE, Regina C. et al. **Pacientes com psoríase: adaptação psicossocial e características de personalidade.** Medicina (Ribeirao Preto. Online), v. 34, n. 3/4, p. 315-324, 2001.

MUKAI, Maira Mitsue et al. **NAPSI utilization as an evaluation method of nail psoriasis in patients using acitretin.** An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 87, n. 2, p. 256-262, Apr. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962012000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962012000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 10 Jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962012000200010>.

NEVES, Rocio Juliane. **Diagnóstico e formas clínicas da Psoríase.** In: Romiti R, editor. **Novos Conceitos em Psoríase.** Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p.40-68.

PEREIRA, Ana Isabel Fernandes. **Tratamento termal e dermatoses: Evidências da cosmética termal como adjuvante.** 2015. Tese de Doutorado.

PINTO, Ângelo C. et al. **Produtos naturais: Atualidade, desafios e perspectivas.** Quim. Nova, v. 25, n. Supl 1, p. 45-61, 2002.

PSORIASIS BRASILEIRA.ORG <http://www.psoriasis.org.br/organizacao-mundial-da-saude-oms-reconhece-a-psoriedade-como-uma-doenca-cronica-grave-nao-transmissivel/>. Acessado em 26/10/2016.

RAZERA, Fernanda, et al. **Dermatoses neutrofilicas: parte II.** An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 86, n. 2, p. 195-211, Apr. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962011000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000200001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 Aug 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000200001>.

RIBEIRO, Isabela Guimaraes. **Identificação de comorbidades e fatores de risco cardiovascular em pacientes portadores de psoríase.** 2013.

RIGOPOULOS, Dimitrios; PREVEZAS, Christos. **Severity Evaluation Indexes. In: Nail Psoriasis.** Springer International Publishing, 2014. p. 73-79.

ROMITI, Ricardo. **Novos Conceitos em psoríase.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SABBAD, Cid Yazigi. **A pele emocional: controlando a psoríase.** São Paulo: Iglu, 2006.

SABBAG, Cid Yazigi et al. **Psoríase para profissionais da saúde: enfermagem, fisioterapia, nutrição, podologia e psicologia.** São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010. Cap. 9 Pg 169 - 179.

SANTOS, Veridiana de Paula et al. **Coexistência de**

**psoríase e comorbidades relacionadas à síndrome metabólica.** Rev. Soc. Bras. Clín. Méd, v. 14, n. 2, p. 95-100, 2016.

SILVA, Kênia de Sousa; SILVA, Eliana Aparecida Torrezan da. **Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida.** *Estud. psicol.* (Campinas), Campinas, v. 24, n. 2, p. 257-266, June 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pid=S0103166X2007000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pid=S0103166X2007000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 22 Set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000200012>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Psoríase: Doença afeta 3 milhões de brasileiros.** Disponível em <http://www.sbd.org.br/psoriedade-doenca-afeta-3-milhoes-de-brasileiros/>. Último acesso em 20 Out de 2016.

TORRES, Rafael Augusto Tamassauskas et al. **Comparação entre questionários de qualidade de vida e sua correlação com a evolução clínica de pacientes com psoríase.** Anais Brasileiros de Dermatologia, 2011.

WEINSTEIN, Gerald D., and Eugene J. van Scott. **“Autoradiographic analysis of turnover times of normal and psoriatic epidermis.”** *Journal of Investigative Dermatology* 45.4 (1965): 257-262

WOLFF, Klaus et al. **Fitzpatrick: Tratado de dermatologia.** São Paulo: Editora Revinter, 2011.