



ARTIGO ORIGINAL

Caracterização clínica, fragilidade física e depressão em idosos com psoríase oriundos de centro de referência no Brasil: estudo transversal^{☆,☆☆}



Giovana Viotto Cagnon Brandão , Elizandra Gomes Pereira ,
Gabriela Roncada Haddad , Luciane Donida Bartoli Miot ,
Silvio Alencar Marques  e Hélio Amante Miot *

Departamento de Infectologia, Dermatologia, Diagnóstico por Imagem e Radioterapia, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil

Recebido em 5 de dezembro de 2022; aceito em 25 de janeiro de 2023

PALAVRAS-CHAVE

Doença crônica;
Idoso;
Imunossenescência;
Psoríase;
Síndrome metabólica

Resumo

Fundamentos: Há poucos estudos dedicados à caracterização da população geriátrica com psoríase, que apresenta particularidades quanto às manifestações clínicas e limitações terapêuticas. Como a psoríase tem comportamento de doença crônica, aumentando sua prevalência com a idade, o incremento da expectativa de vida no Brasil demanda conhecimento sobre o comportamento da doença entre idosos.

Objetivos: Caracterizar idosos com psoríase, oriundos de serviço terciário, do ponto de vista clínico-epidemiológico, presença de comorbidades, fragilidade física e o impacto afetivo. Comparar esses aspectos com adultos com psoríase e idosos sem a doença.

Métodos: Estudo transversal com 64 pacientes idosos com psoríase, 64 adultos com psoríase, e 64 idosos sem a doença. Foram avaliados aspectos clínico-demográficos, escala de depressão de Beck e Skindex-16. Nos pacientes idosos, foram avaliados indicadores de fragilidade física: *handgrip*, teste da cadeira, fadiga e perda ponderal > 5%.

Resultados: Nos idosos, a idade média (DP) do início da psoríase foi 44 (10) anos; homens representaram 47% da amostra; a prevalência de artrite foi 22%, e de acometimento ungueal, 72%. Corticoide tópico foi mais empregado entre idosos com psoríase (100%) que nos adultos (86%), sem diferença entre os demais tratamentos sistêmicos. Diabetes *mellitus* ocorreu em 30% dos idosos. Hipertensão arterial (59%), dislipidemia (52%), depressão (34%) e fadiga (59%) foram mais prevalentes entre idosos com psoríase que entre idosos saudáveis.

Limitações do estudo: Estudo realizado em serviço público de referência para psoríase; todos estavam sob tratamento.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2023.01.001>

☆ Como citar este artigo: Brandão GV, Pereira EG, Haddad GR, Miot LD, Marques SA, Miot HA. Clinical characterization, physical frailty, and depression in elderly patients with psoriasis from a reference center in Brazil: a cross-sectional study. *An Bras Dermatol.* 2024;99:19–26.

☆☆ Estudo realizado no Departamento de Infectologia, Dermatologia, Diagnóstico por Imagem e Radioterapia, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: heliomiot@gmail.com (H.A. Miot).

Conclusões: Idosos com psoríase, oriundos de serviço terciário, apresentaram maior comprometimento afetivo, comorbidades metabólicas e fragilidade física do que os controles idosos. © 2023 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier Espanha, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

Psoríase é doença inflamatória crônica sistêmica, imunomediada por linfócitos-T (resposta Th1 e Th17), que apresenta caráter multifatorial envolvendo suscetibilidade genética (poligênica), associada a fatores ambientais, como trauma, medicamentos, infecções e fatores emocionais.^{1,2}

A pele é o principal órgão afetado pela psoríase, apesar de poder acometer articulações, mucosas e unhas e estar associada a outras condições sistêmicas, como doença de Crohn, uveíte, alterações psiquiátricas e esteatose hepática não alcoólica.^{3,4} Os pacientes com psoríase, de todas as faixas etárias, apresentam maior prevalência de síndrome metabólica, caracterizada por obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* tipo II, dislipidemia e aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.⁵⁻⁷ Em virtude do impacto na qualidade de vida e da indução de inflamação sistêmica (via TNF α , IL-6 e IL-1), a psoríase é associada a distúrbios afetivos, e cerca de 30% dos pacientes apresentam alguma comorbidade psiquiátrica (p. ex., depressão e transtorno de ansiedade) que compromete a produtividade laboral e o relacionamento interpessoal e eleva o risco de suicídio.⁸⁻¹¹ No Brasil, a prevalência de psoríase é estimada entre 1,10% e 1,51%; entretanto, em idosos, essa estimativa se eleva para 1,71% a 2,84%.¹² O aumento da expectativa de vida da população alude ao crescimento na prevalência de doenças crônicas na população, e entre elas, a psoríase.

Considerações especiais devem ser feitas acerca da assistência à população geriátrica, que tende a apresentar múltiplas comorbidades e utilizar diversos medicamentos concomitantemente, maximizando efeitos adversos e interações medicamentosas. Com o avanço da idade, há modificações metabólicas e dos sistemas antioxidantes, o que altera processos farmacodinâmicos e farmacocinéticos. Além disso, a imunossenescência favorece quadro inflamatório crônico que compromete funcionalmente a imunidade.¹³

Há poucos estudos sistemáticos da psoríase no idoso, assim como de suas particularidades clínicas, terapêuticas e seu impacto na fragilidade física.^{14,15} No Brasil, de acordo com a Lei 10.471/033 que delibera sobre o Estatuto da Pessoa Idosa, são considerados idosos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Frequentemente, idosos são excluídos dos ensaios clínicos, por serem considerados grupo de risco para eventos adversos aos tratamentos.^{13,16-18} Também são escassos os dados quanto à eficácia e segurança de medicamentos sistêmicos e imunobiológicos nessa faixa etária.¹⁹

Este estudo objetivou caracterizar variáveis clínico-demográficas, presença de comorbidades, fragilidade física e o impacto afetivo em idosos portadores de psoríase atendidos em serviço de dermatologia de referência, assim como comparar esses aspectos com adultos com psoríase e idosos sem a doença.

Casuística e métodos

Conduziu-se estudo transversal (utilizando duas populações de controle) envolvendo 64 pacientes com psoríase maiores que 60 anos de idade, 64 pacientes com psoríase com menos de 50 anos de idade e 64 idosos sem psoríase. O estudo foi conduzido no ambulatório de dermatologia da Universidade Estadual Paulista, entre março de 2019 e março de 2021.

A amostragem aconteceu por conveniência, e foram incluídos casos e controles elegíveis, consecutivamente, durante os atendimentos médicos. Pacientes com psoríase (idosos e adultos) eram oriundos do ambulatório de psoríase do serviço. Os controles idosos eram portadores de outras doenças dermatológicas localizadas que frequentavam o ambulatório de Dermatologia ou eram acompanhantes dos pacientes. Não foram incluídos no estudo indivíduos com dificuldade de compreensão ou interpretação, pacientes sem lesões clínicas de psoríase ao exame e portadores de outras dermatoses extensas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (FMB-Unesp nº 3.318.242), e todos os participantes assinaram o termo de consentimento esclarecido.

Idosos com psoríase (IPso), idosos sem psoríase (ISem) e adultos com psoríase (APso) foram caracterizados quanto aspectos demográficos, antropométricos, tratamento atual, tabagismo, consumo de álcool, escala de depressão de Beck e as principais comorbidades.²⁰ Idosos (IPso e ISem) foram avaliados quanto à fragilidade física pelo teste da cadeira, força de preensão manual (*handgrip*), perda ponderal e fadiga.²¹

A escala de Beck para autoavaliação da depressão é composta por 21 itens que abrangem os componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos da depressão. Cada item contém quatro afirmações que variam quanto à intensidade (0 a 3), cabendo ao questionado indicar qual das quatro afirmações mais bem descreve seus sintomas. O escore final é obtido mediante o somatório dos 21 itens que compõem a escala, resultando na seguinte normatização: a) nenhuma depressão ou depressão mínima: escores finais < 11 pontos; b) depressão leve a moderada: escores finais entre 12 a 19 pontos; c) depressão moderada a grave: escores finais entre 20 a 35 pontos; e d) depressão grave: escores finais entre 36 a 63 pontos.^{22,23} A escala de Beck é um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação do transtorno depressivo e suas variáveis, aplicada em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos, validada em outros países e confirmada quanto aos critérios de confiabilidade e validade.

O teste da cadeira fornece avaliação indireta do desempenho físico dos pacientes, que foram orientados a levantar-se e sentar-se de uma cadeira de altura normal (aproximadamente 48 cm) cinco vezes consecutivas, sem apoio das mãos.²⁴ A força de preensão manual, critério indireto de força muscular, foi mensurada por *handgrip*, por meio de um dinamômetro manual (*hand dynamometer* DRP-

Tabela 1 Principais dados demográficos dos participantes do estudo

Variáveis	IPso (n = 64)	APso (n = 64)	ISem (n = 64)	p-valor
Idade em anos, média (desvio-padrão)	65 (5)	42 (9)	67 (5)	-
Sexo, n (%)				
Feminino	34 (53%)	29 (45%)	34 (53%)	0,630
Masculino	30 (47%)	35 (55%)	30 (47%)	
Fototipo, n (%)				
I-II	5 (8%)	4 (6%)	17 (27%)	0,176
III-IV	56 (88%)	57 (89%)	47 (73%)	
V-VI	3 (5%)	3 (5%)	- (-)	
Escolaridade, n (%)				
Fundamental	49 (77%) ^a	27 (42%)	39 (67%)	0,001
Médio	6 (14%)	25 (39%) ^a	11 (17%)	
Superior	6 (9%)	12 (19%)	14 (16%)	
Renda familiar, n (%) ^b				
< R\$ 1.000,00	9 (14%)	7 (11%)	3 (5%)	0,004
1-3.000,00	42 (66%)	32 (50%)	37 (58%)	
3-5.000,00	13 (20%)	22 (34%)	15 (23%)	
> 5.000,00	- (-)	3 (5%)	9 (14%) ^a	
Tabagismo atual, n (%)	13 (20%)	11 (17%)	10 (16%)	0,840
Consumo álcool, n (%)	10 (16%)	22 (34%)	15 (23%)	0,050

IPso, idosos com psoríase (> 60 anos); APso, adultos com psoríase (< 50 anos); ISem, idosos sem psoríase.

^a p-valor < 0,05 (análise *post hoc*).

^b R\$ 1,00 = Us\$ 0,19 (28/11/2022).

120), na mão dominante de cada paciente, e foi considerada a maior medida (em kg) dentre três tentativas realizadas. Perda ponderal foi caracterizada pela redução de mais que 5% do seu peso nos últimos três anos. A avaliação da fadiga, segundo o Consenso Brasileiro de Fragilidade em Idosos, foi realizada por meio do questionamento direto para o paciente se o mesmo se sentia "cheio de energia" naquele exato momento.^{25,26}

Os pacientes com psoríase foram submetidos à avaliação clínica pelo escore PASI (Psoriasis Area Severity Index), escore BSA (Body Surface Area), escore PGA (Physician Global Assessment) para o couro cabeludo e corpo, avaliados por dermatologista titulado, além do questionário de qualidade de vida Skindex-16, validado para o português do Brasil.²⁷⁻²⁹ A consistência interna das escalas de Beck e das dimensões do Skindex-16 foram avaliadas pelo coeficiente McDonald's ω , e seu intervalo de confiança de 95% (95% IC). Variáveis quantitativas e ordinais foram descritas como percentuais, e comparadas pelo teste do Qui-quadrado de tendência e análise dos resíduos da tabela de contingência (*post hoc*).³⁰ Variáveis quantitativas foram descritas como média e desvio-padrão ou mediana e quartis (p25-p75), se a normalidade não fosse verificada pelo teste de Shapiro-Wilk.³¹ As correlações entre variáveis quantitativas foram avaliadas pelo coeficiente rho de Spearman.³² Os grupos foram comparados entre si por modelos de regressão (log-linear) de Poisson, e a dimensão do efeito foi expressa pela razão de prevalência (RP) e seu 95% IC.³³ Dados foram tabulados em MS Excel 2010 e analisados pelo software IBM SPSS 25. Considerou-se significativo p-valor < 0,05.³⁴

A amostra foi dimensionada a partir de um pré-teste com 64 participantes em cada grupo de idosos (n = 128), com base

na estimativa para a regressão (log-linear) de Poisson para a comparação entre as variáveis de fragilidade física.³⁵

Resultados

Os principais dados demográficos dos participantes do estudo estão dispostos na [tabela 1](#). Destacam-se o grupo ISem com maior renda familiar; já o grupo APso apresentou maior escolaridade.

Quanto ao aspecto clínico e terapêutico da psoríase ([tabela 2](#)), os grupos IPso e APso apresentaram parâmetros clínicos comparáveis, porém, diferiram quanto à idade de início da doença e quanto ao uso de corticoterapia tópica. As classes de imunobiológicos utilizadas pelos IPso foram anti-TNF alfa (etanercepte, infliximabe e adalimumabe) e anti IL-17A (secuquinumabe).

Entre os IPso, cinco pacientes (7,8%; 95% IC 1,6-15,0) apresentaram o início da doença após os 60 anos de idade. Quando ajustado pela idade atual e sexo, os pacientes IPso com início da doença na terceira idade não apresentaram gravidade clínica, fragilidade física, frequência de comorbidades ou comprometimento afetivo que diferissem dos IPso com início da doença antes dos 60 anos de idade (p < 0,1).

O inventário Skindex-16 apresentou adequada consistência interna (McDonald's ω) > 0,82, para as três dimensões, não havendo diferença dos escores entre os grupos. A dimensão funcional foi a mais correlata com o escore de Beck (rho = 0,471; p < 0,001); porém, não se associou à presença de artrite (p = 0,131).

A [tabela 3](#) apresenta a comparação dos principais elementos clínico-demográficos, aspectos afetivos e índices de fragilidade entre os grupos. Houve aumento na prevalência

Tabela 2 Principais características clínicas e terapêuticas ligadas à psoríase entre idosos e adultos

Variáveis	IPso (n = 64)	APso (n = 64)	p-valor
<i>Início da psoríase (idade)^a</i>	44 (13)	28 (11)	< 0,001
<i>História familiar, n (%)</i>	21 (33%)	26 (41%)	0,463
<i>PASI^b</i>	4 (2–9)	5 (2–11)	0,332
PASI ≥ 10	13 (20%)	18 (28%)	0,410
<i>BSA^b</i>	6 (4–15)	9 (4–18)	0,402
BSA ≥ 10	19 (30%)	26 (41%)	0,267
<i>PGA corpo^b</i>	2 (2–3)	3 (2–3)	0,734
<i>PGA couro cabeludo^b</i>	1 (0–2)	1 (0–2)	0,727
<i>Skindex-16^b</i>			
Sintomas	17 (0–46)	25 (0–50)	0,429
Emocional	23 (2–63)	27 (11–73)	0,219
Funcional	0 (0–35)	7 (0–40)	0,056
<i>Palmoplantar, n (%)</i>	16 (25%)	21 (33%)	0,436
<i>Ungueal, n (%)</i>	46 (72%)	41 (64%)	0,449
Onicólise	36 (56%)	28 (44%)	
Pittings	17 (27%)	23 (36%)	
Traquioníquia	7 (11%)	3 (5%)	
<i>Artrite, n (%)</i>	14 (22%)	10 (16%)	0,498
Mãos/punhos	11 (17%)	7 (11%)	
Joelhos	4 (6%)	4 (6%)	
<i>Tratamento, n (%)</i>			
CTC tópico	64 (100%)	55 (86%)	0,003
Calcipotriol	16 (25%)	18 (28%)	0,842
Metotrexato	30 (47%)	37 (58%)	0,288
Acitretina	24 (34%)	34 (53%)	0,110
Fototerapia	11 (17%)	8 (13%)	0,620
Imunobiológicos	11 (17%)	12 (19%)	0,999
Ciclosporina	1 (2%)	0 (–)	0,999

IPso, idosos com psoríase (> 60 anos); APso, adultos com psoríase (< 50 anos); ISem, idosos sem psoríase; CTC, corticoide; PASI, índice de gravidade e área da psoríase; BSA, área da superfície corporal; PGA, avaliação global do médico – avaliados no dia da inclusão no estudo.

^a Média (desvio-padrão).

^b Mediana (P25–P75).

de comorbidades entre IPso e APso, como hipertensão, dislipidemia e diabetes. Já quando comparado IPso com ISem, além de mais comorbidades ligadas à síndrome metabólica, como hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, houve maior prevalência de fadiga e depressão.

A escala de Beck apresentou alta consistência interna; o coeficiente McDonald's ω resultou 0,86 (95% IC 0,83–0,89). Os itens B1 (sentimento de tristeza) e B15 (capacidade de trabalhar) foram proeminentes ($p < 0,05$) na diferença entre IPso e ISem.

Em pacientes com psoríase, os portadores de artrite apresentaram menor força média de preensão (5,1 vs. 10,0 kg; $p = 0,030$), porém artrite não foi determinante do desempenho no teste da cadeira ou de fadiga ($p > 0,760$). Quanto aos escores de Beck, eles foram mais elevados para os idosos que referiam fadiga e perda ponderal ($p < 0,005$).

Discussão

Nesta amostra brasileira de pacientes atendidos em centro de referência, idosos com psoríase apresentaram idade média de início da psoríase após a quarta década, não houve

preferência por sexo e as características clínicas, além do impacto na qualidade de vida, não diferiram dos adultos com psoríase atendidos no mesmo ambulatório. Apesar disso, apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos, elementos de fragilidade física e parâmetros de síndrome metabólica que idosos sem psoríase.

Cerca de 10% dos casos de psoríase atendidos na prática dermatológica são pacientes idosos; no entanto, essa prevalência vem crescendo e espera-se que aumente com o envelhecimento da população.^{13,36} Além da longevidade, o acesso da população à informação sobre a doença e ao sistema de saúde para confirmação do diagnóstico são fatores que podem implicar no aumento da incidência de psoríase como um todo nas últimas décadas.

Entre os pacientes idosos com psoríase, podemos dividi-los entre os que tiveram o início da doença durante a senescência (após 60 anos de idade), que corresponde a 3% a 13% dos casos, e os que a iniciaram mais precocemente (antes dos 60 anos). Espera-se que a psoríase de início após os 60 anos tenha quadro clínico mais brando, com menores índices de BSA, acometimento ungueal e articular, em comparação aos pacientes com início mais

Tabela 3 Comparação das prevalências das principais comorbidades, escalas de depressão e índices de fragilidade entre os grupos

Variáveis	IPso (n = 64)	APso (n = 64)	ISem (n = 64)	RP1 (IPso × APso)	p-valor ¹	RP2 (IPso × ISem)	p-valor ²
IMC em kg/m ² , média (DP)	28,3 (4,5)	28,5 (5,6)	28,5 (6,3)	-	0,394	-	0,136
IMC ≥ 30	22 (34%)	26 (41%)	25 (39%)	0,9 (0,7-1,1)	0,393	1,0 (0,8-1,1)	0,548
Circunferência abdominal em cm, média (DP)	98,7 (14,4)	100,7 (11,9)	101,6 (14,2)	-	0,129	-	0,357
Diabetes mellitus, n (%)	19 (30%)	9 (14%)	14 (22%)	2,0 (1,0-4,0)	0,038	1,1 (0,8-2,6)	0,087
Hipertensão, n (%)	38 (59%)	13 (20%)	30 (47%)	2,9 (1,7-5,0)	< 0,001	1,3 (1,0-1,7)	0,039
Dislipidemia, n (%)	33 (52%)	26 (41%)	25 (39%)	1,3 (0,9-1,8)	0,231	1,4 (1,1-2,1)	0,045
LDL	22 (34%)	9 (14%)	14 (22%)	1,4 (1,1-1,9)	0,020	1,1 (1,0-1,3)	0,103
Triglicérides	8 (13%)	7 (11%)	4 (5%)	1,1 (0,9-1,3)	0,564	1,2 (1,0-1,5)	0,107
Ambos	3 (5%)	10 (16%)	6 (9%)	0,7 (0,5-0,9)	0,006	0,9 (0,7-1,2)	0,552
Evento cardiovascular, n (%)	7 (11%)	4 (6%)	7 (11%)	1,0 (1,0-1,1)	0,313	1,0 (0,9-1,1)	0,733
Escala de Beck, mediana (P25-P75)	6,0 (3,0-11,5)	6,5 (2,0-12,0)	5,0 (2,0-8,0)	-	0,779	-	< 0,001
Beck ≥ 10	22 (34%)	20 (31%)	13 (20%)	1,0 (0,6-1,7)	0,890	1,7 (0,9-3,1)	0,068
Índices de fragilidade física em idosos							
Handgrip em kg, mediana (P25-P75)	3,5 (0,0-10,0)	-	5,0 (0,0-10,0)	-	-	-	0,094
Fadiga, n (%) ^a	38 (59%)	-	23 (36%)	-	-	1,7 (1,2-2,4)	0,003
Teste da cadeira, n (%) ^b	60 (93%)	-	59 (92%)	-	-	1,0 (0,9-1,1)	0,895
Perda ponderal > 5% (%)	17 (27%)	-	12 (19%)	-	-	1,5 (0,8-2,8)	0,239

IPso, idosos com psoríase (> 60 anos); APso, adultos com psoríase (<50 anos); ISem, idosos sem psoríase; DP, desvio-padrão; RP, razão de prevalência.

¹ Comparação entre IPso e APso (dados ajustados por sexo).

² Comparação entre IPso e ISem (dados ajustados por sexo e idade).

^a Fadiga: definido pelos que respondiam negativamente à questão "Sente-se cheio de energia".

^b Teste da cadeira completo: consegue sentar-se e levantar da cadeira cinco vezes consecutivas.

precoce. No entanto, são raros os estudos dedicados a sua caracterização, já que a representação da população geriátrica nos ensaios clínicos ainda é escassa.^{37,38} Apenas 15% dessa população desenvolve psoríase moderada a grave e necessita de tratamentos sistêmicos. Em nossa amostra, não observamos diferença entre a distribuição de PASI, BSA, PGA corpo/couro cabeludo, acometimento palmoplantar ou ungueal e atrite entre os dois grupos de pacientes portadores de psoríase (IPso e APso).

Em amostra de 156 iranianos idosos com psoríase, foram avaliadas características demográficas, comorbidades, idade de início da doença, forma clínica predominante, gravidade e abordagens terapêuticas.³⁶ A característica clínica mais comum da doença foi o tipo placa (73,1%), seguida pelo tipo pustulosa (10,9%), e o local mais frequentemente envolvido foram as extremidades (84,6%). Couro cabeludo, unhas e articulações foram envolvidos em 26,9%, 40,3% e 19,2% dos pacientes avaliados, respectivamente. A

pontuação média do PASI encontrada foi de $5,0 \pm 5,5$. Hipertensão (25%) e diabetes *mellitus* (16%) foram as doenças mais prevalentes. Em relação à abordagem terapêutica dos pacientes, a maioria foi tratada topicamente (81,7%), e dentre os tratamentos sistêmicos, o metotrexato e a acitretina foram os mais frequentes, responsáveis por 74,4% e 60,3% dos pacientes. Os homens apresentaram menor média de idade de início da doença (51,8 anos) em comparação com as mulheres (59,2 anos). Pacientes com envolvimento articular apresentaram menor média de idade ($65,2 \pm 6,3$ anos) quando comparados àqueles sem esse envolvimento ($69,2 \pm 7,4$ anos).³⁹

Idade é fator de risco adicional para hipertensão, dislipidemia, depressão e diabetes tipo 2. Em nossa amostra de idosos com psoríase, esses parâmetros foram mais prevalentes que nos controles idosos. De fato, quando comparados a controles saudáveis, os portadores de psoríase apresentam aumento da prevalência de dislipidemia, hipertensão, doença arterial coronariana, diabetes tipo 2 e aumento do índice de massa corporal (IMC).^{35,40-42} Esses elementos podem corroborar para maior mortalidade cardiovascular entre portadores de psoríase.^{43,44}

Em estudos controlados, a razão de chances para dislipidemia em pacientes com psoríase foi de 2,5 (95% IC 1,7-3,3), diabetes *mellitus* foi de 1,8 (95% IC 1,6-2,0) e hipertensão arterial sistêmica de 1,6 (95% IC 1,4-1,8) quando comparados com pacientes saudáveis.^{40,45-49} Vale ressaltar que esses elementos também podem decorrer de terapias sistêmicas para psoríase, como no caso dos retinoides, que podem elevar os níveis de triglicerídeos, assim como aumento de peso é verificado em usuários de imunobiológicos anti-TNF, e hipertensão entre os usuários de ciclosporina.^{50,51} Em nosso estudo, foi relevante o aumento na prevalência de dislipidemia e hipertensão nos IPso, quando comparados a Isem, porém tal resultado não foi confirmado em relação a diabéticos.

O tratamento da psoríase em pacientes idosos pode ser desafiador. Na maioria das vezes, essa população sofre de múltiplas comorbidades e utiliza vários medicamentos, além do progressivo comprometimento funcional do sistema imunológico, o que aumenta a suscetibilidade a infecções, bem como à autoreatividade e efeitos adversos às terapêuticas existentes. Além disso, questões logísticas, como a dependência de cuidadores para atividades do dia a dia, podem influenciar na escolha terapêutica. Desse modo, as terapêuticas sistêmicas e imunobiológicas podem ser postergadas e os tópicos são usados como primeira opção, principalmente os corticoides tópicos, não pela facilidade em serem administrados ao paciente, mas pelo risco de possíveis eventos adversos e interações medicamentosas que as outras terapêuticas teriam.^{13,20} Nossos resultados corroboram essa indicação, uma vez que houve maior frequência de tratamento com corticoides tópicos no grupo IPso (100%) que no grupo APso (86%).

Ainda, os corticosteroides tópicos devem ser usados com cautela nessa população, levando em consideração as alterações que ocorrem na pele envelhecida, bem como o maior risco de efeitos colaterais cutâneos, como púrpura, atrofia, hematomas, infecções de pele, e taquifilaxia.^{37,47} Importante lembrar que, nos idosos, as expectativas terapêuticas devem ser as mesmas quando comparadas com

os pacientes mais jovens. Tratamentos sistêmicos convencionais, como metotrexato e acitretina, são muitas vezes contraindicados na população geriátrica em decorrência do perfil de efeitos colaterais e maiores índices de interações medicamentosas, levando em consideração as múltiplas comorbidades e o maior número de medicamentos utilizados por esses pacientes. A fototerapia pode não ser conveniente em virtude de a pele do idoso já sofrer as modificações inerentes ao envelhecimento e, desse modo, ficar mais suscetível aos possíveis efeitos colaterais, como câncer de pele ou hipersensibilidade. Em relação aos imunobiológicos, os dados preliminares quanto à segurança e efetividade são otimistas para o uso nesse subgrupo de pacientes.

O impacto de dermatoses crônicas como a psoríase, na saúde psicológica e mental, é uma consideração importante, em virtude das implicações da doença no bem-estar do indivíduo e no tratamento. Tanto o estresse psicológico é comumente considerado um gatilho e causa de piora do quadro da psoríase quanto o contingenciamento crônico que a dermatose inflige leva ao desenvolvimento de sintomas afetivos.⁵² Pacientes com psoríase têm prevalência aumentada de depressão e ansiedade, além de ideação suicida,⁵³⁻⁵⁵ dado corroborado por nosso estudo, que mostrou maior porcentagem de sintomas depressivos em idosos portadores da doença quando comparados a idosos sem psoríase. Ressalta-se também a alta prevalência de sintomas depressivos identificada em adultos portadores de psoríase. Deve-se, pois, atentar para a identificação e o tratamento das comorbidades psiquiátricas nesses pacientes, além de que transtornos mentais podem ser um fator para a não adesão ao tratamento.

Fragilidade é definida como síndrome de declínio de energia em idosos, fundamentada em alterações intrínsecas ao envelhecimento, como sarcopenia e disfunção imunológica, e extrínsecas, como doenças, imobilidade e diminuição da energia.²² O idoso frágil tem comprometida sua capacidade diária em lidar com estresses agudos, tornando-se mais dependente e suscetível a agressores. A fragilidade é manifestada por fadiga, diminuição da velocidade na marcha e força de preensão, perda ponderal e baixo nível de atividade física.²² Avaliamos esses indicadores e identificamos maiores índices de fadiga no grupo de IPso em comparação aos Isem, corroborando que a psoríase seria fator adicional de fragilidade aos idosos portadores da doença, assim como a presença de artrite também adiciona fragilidade aos idosos portadores dessa condição, limitando sua funcionalidade, já que nossos pacientes geriátricos com artrite apresentaram menor força de preensão durante as avaliações. Da mesma maneira, os escores de depressão se associaram à fragilidade e diminuição do comprometimento funcional dos pacientes.

Este estudo apresenta naturais limitações ligadas à população de instituição pública, de um único centro, e pacientes sob tratamento em serviço secundário, o que, por outro lado, garantiu certa homogeneidade da amostra, e não impediu a exploração de fatores entre os grupos. Os índices de gravidade são de difícil caracterização, já que todos os pacientes estavam sob tratamento. Fazem-se necessários estudos de caracterização dessa faixa etária, já que o aumento da prevalência das doenças crônicas, dentre elas a psoríase, vem acompanhando o aumento da expectativa de vida da população geral.

Conclusão

Não houve diferença entre apresentação clínica, acometimento ungueal, de couro cabeludo ou presença de artrite entre o grupo de idosos e adultos portadores de psoríase avaliados. Os idosos, atendidos em centro de referência apresentaram maiores índices de sintomas depressivos, comorbidades metabólicas e fragilidade física em comparação aos controles idosos saudáveis.

Suporte financeiro

FAPESP (projeto nº 19/06684-5).

Contribuição dos autores

Giovana Viotto Cagnon Brandão: Concepção do estudo; coleta dos dados; escrita do texto; revisão e aprovação do texto final.

Elizandra Gomes Pereira: Coleta dos dados; escrita do texto; revisão e aprovação do texto final.

Gabriela Roncada Haddad: Coleta dos dados; escrita do texto; revisão e aprovação do texto final.

Luciane Donida Bartoli Miot: Concepção do estudo; revisão e aprovação do texto final.

Silvio Alencar Marques: Revisão e aprovação do texto final.

Hélio Amante Miot: Concepção do estudo; análise dos resultados; escrita do texto; revisão e aprovação do texto final.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

- Lowes MA, Suarez-Farinas M, Krueger JG. Immunology of psoriasis. *Annu Rev Immunol*. 2014;32:227-55.
- Takeshita J, Grewal S, Langan SM, Mehta NN, Ogdie A, Van Voorhees AS, et al. Psoriasis and comorbid diseases: epidemiology. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76:377-90.
- Duarte GV, Oliveira MF, Follador I, Silva TS, Carvalho EMF. Diagnosis and underdiagnosis of comorbidities in psoriasis patients - need for a multidisciplinary approach. *An Bras Dermatol*. 2016;91:743-7.
- Oliveira Mde F, Rocha Bde O, Duarte GV. Psoriasis: classical and emerging comorbidities. *An Bras Dermatol*. 2015;90:9-20.
- Baeta IG, Bittencourt FV, Gontijo B, Goulart EM. Comorbidities and cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *An Bras Dermatol*. 2014;89:735-44.
- Yamazaki F. Psoriasis: comorbidities. *J Dermatol*. 2021;48:732-40.
- Mehta NN, Yu Y, Pinnelas R, Krishnamoorthy P, Shin DB, Troxel AB, et al. Attributable risk estimate of severe psoriasis on major cardiovascular events. *Am J Med*. 2011;124, 775.e1-6.
- Pompili M, Innamorati M, Trovarelli S, Narcisi A, Bellini S, Orsini D, et al. Suicide risk and psychiatric comorbidity in patients with psoriasis. *J Int Med Res*. 2016;44:61-6.
- Silva MF, Fortes MR, Miot LD, Marques SA. Psoriasis: correlation between severity index (PASI) and quality of life index (DLQI) in patients assessed before and after systemic treatment. *An Bras Dermatol*. 2013;88:760-3.
- Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W, Liu H, Sham L, Reim EK, et al. A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biol Psychiatry*. 2010;67:446-57.
- Schiepers OJ, Wichers MC, Maes M. Cytokines and major depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005;29:201-17.
- Romiti R, Amone M, Menter A, Miot HA. Prevalence of psoriasis in Brazil - a geographical survey. *Int J Dermatol*. 2017;56:e167-8.
- Di Caprio R, Caiazza G, Cacciapuoti S, Fabbrocini G, Scala E, Balato A. Safety concerns with current treatments for psoriasis in the elderly. *Expert Opin Drug Saf*. 2020;19:523-31.
- He YY, Chang J, Wang XJ. Frailty as a predictor of all-cause mortality in elderly patients undergoing percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021;98:104544.
- Tabue-Teguo M, Simo N, Harmand MGC, Cesari M, Avila-Funes JA, Fearf C, et al. Frailty in elderly: a brief review. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2017;15:127-37.
- Kassi K, Djeha D, Gbery IP, Kouame K, Sangare A. Psoriasis in elderly patients in the Cote d'Ivoire: socio-demographic, clinical, and therapeutic aspects, and follow-up. *Int J Dermatol*. 2016;55:e83-6.
- Phan C, Sigal ML, Esteve E, Reguai Z, Barthelemy H, Beneton N, et al. Psoriasis in the elderly: epidemiological and clinical aspects, and evaluation of patients with very late onset psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30:78-82.
- Grozdev IS, Van Voorhees AS, Gottlieb AB, Hsu S, Lebwohl MG, Bebo BF Jr, Korman NJ. Psoriasis in the elderly: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65:537-45.
- Bakirtzi K, Sotiriou E, Papadimitriou I, Sideris N, Vakirlis E, Lallas A, et al. Elderly patients with psoriasis: long-term efficacy and safety of modern treatments. *J Dermatolog Treat*. 2022;33:1339-42.
- Pietrzak D, Pietrzak A, Krasowska D, Makara-Studzinska M, Madej A, Baranowska M, et al. Depressiveness, measured with Beck Depression Inventory, in patients with psoriasis. *J Affect Disord*. 2017;209:229-34.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56:M146-56.
- Ruscio AM, Ruscio J. The latent structure of analogue depression: should the Beck Depression Inventory be used to classify groups? *Psychol Assess*. 2002;14:135-45.
- Gorenstein C, Andrade L. Beck depression inventory: psychometric properties of the portuguese version. *Rev Psiq Clin*. 1998;25:245-50.
- Papaioannou KG, Nilsson A, Nilsson LM, Kadi F. Healthy eating is associated with sarcopenia risk in physically active older adults. *Nutrients*. 2021;13:2813.
- Santos PH, Fernandes MH, Casotti CA, Coqueiro RS, Carneiro JA. The profile of frailty and associated factors among the elderly registered in a Family Health Unit. *Cien Saude Colet*. 2015;20:1917-24.
- Lourenço RA, Moreira VG, Mello RGB, Santos IS, Lin SM, Pinto ALF, et al. Brazilian consensus on frailty in older people: concepts, epidemiology and evaluation instruments. *Geriatr Gerontol Aging*. 2018;12:121-35.
- Henseler T, Schmitt-Rau K. A comparison between BSA, PASI, PLASI and SAPASI as measures of disease severity and improvement by therapy in patients with psoriasis. *Int J Dermatol*. 2008;47:1019-23.
- Chren MM, Lasek RJ, Sahay AP, Sands LP. Measurement properties of Skindex-16: a brief quality-of-life measure for patients with skin diseases. *J Cutan Med Surg*. 2001;5:105-10.

29. Carcano CBM, de Oliveira CZ, Paiva BSR, Paiva CE. The Brazilian version of Skindex-16 is a valid and reliable instrument to assess the health-related quality of life of patients with skin diseases. *PLoS One*. 2018;13:e0194492.
30. Miot HA. Analysis of ordinal data in clinical and experimental studies. *J Vasc Bras*. 2020;19:e20200185.
31. Miot HA. Assessing normality of data in clinical and experimental trials. *J Vasc Bras*. 2017;16:88–91.
32. Miot HA. Correlation analysis in clinical and experimental studies. *J Vasc Bras*. 2018;17:275–9.
33. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21.
34. Miola AC, Miot HA. P-value and effect-size in clinical and experimental studies. *J Vasc Bras*. 2021;20:e20210038.
35. Katz MH. Multivariable analysis: a primer for readers of medical research. *Ann Intern Med*. 2003;138:644–50.
36. Danielsen K, Olsen AO, Wilsgaard T, Furberg AS. Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30-year follow-up of a population-based cohort. *Br J Dermatol*. 2013;168:1303–10.
37. Tseng IL, Yang CC, Lai EC, Lee CN. Psoriasis in the geriatric population: a retrospective study in Asians. *J Dermatol*. 2021;48:818–24.
38. Potts GA, Hurley MY. Psoriasis in the geriatric population. *Clin Geriatr Med*. 2013;29:373–95.
39. Asili P, Tootoonchi N, Nasimi M, Daneshpajoo M, Sedaghatzadeh M, Mirahmad M. Demographic aspects, clinical characteristics, and therapeutic approaches in geriatric psoriasis: a study from a tertiary center. *Dermatol Ther*. 2022;35:e15628.
40. Wu JJ, Kavanaugh A, Lebwohl MG, Gniadecki R, Merola JF. Psoriasis and metabolic syndrome: implications for the management and treatment of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36:797–806.
41. Branisteanu DE, Pirvulescu RA, Spinu AE, Porumb EA, Cojocaru M, Nicolescu AC, et al. Metabolic comorbidities of psoriasis (Review). *Exp Ther Med*. 2022;23:179.
42. Raza MH, Iftikhar N, Mashhood AA, Hamid MAB, Rehman F, Tariq S. Frequency of metabolic syndrome in patients with psoriasis. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2021;33:484–7.
43. Kampe T, Dorko E, Rimarova K, Houzvickova A, Baloghova J, Baranova Z, et al. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *Cent Eur J Public Health*. 2022;30:S05–10.
44. Branisteanu DE, Nicolescu AC, Branisteanu DC, Branisteanu CI, Dragoi AC, Bogdanici CM, et al. Cardiovascular comorbidities in psoriasis (Review). *Exp Ther Med*. 2022;23:152.
45. Ghafoor R, Rashid A, Anwar MI. Dyslipidemia and psoriasis: a case control study. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2015;25:324–7.
46. Salihbegovic EM, Hadzigrabic N, Suljagic E, Kurtalic N, Hadzic J, Zejcirovic A, Bijedic M, Handanagic A. Psoriasis and dyslipidemia. *Mater Sociomed*. 2015;27:15–7.
47. Nakhwa YC, Rashmi R, Basavaraj KH. Dyslipidemia in psoriasis: a case controlled study. *Int Sch Res Notices*. 2014;2014:729157.
48. Ma C, Schupp CW, Armstrong EJ, Armstrong AW. Psoriasis and dyslipidemia: a population-based study analyzing the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014;28:1109–12.
49. Toussirot E, Gallais-Serezal I, Aubin F. The cardiometabolic conditions of psoriatic disease. *Front Immunol*. 2022;13:970371.
50. Romiti R, Carvalho AVE, Duarte GV. Brazilian Consensus on Psoriasis 2020 and treatment algorithm of the Brazilian Society of Dermatology. *An Bras Dermatol*. 2021;96:778–81.
51. Dogra S, Yadav S. Acitretin in psoriasis: an evolving scenario. *Int J Dermatol*. 2014;53:525–38.
52. Amorim-Gaudêncio C, Roustan G, Sirgo A. Evaluation of anxiety in chronic dermatoses: differences between sexes. *Interam J Psychol*. 2004;38:105–14.
53. Pollo CF, Miot HA, Matos TDS, Souza JM, Jorge MFS, Miot LDB, et al. Prevalence and factors associated with depression and anxiety in patients with psoriasis. *J Clin Nurs*. 2021;30:572–80.
54. Hung WK, Tung TH, Wang TY, Liao SC, Chi CC. Risk for incident suicidality among psoriasis patients: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dermatol Res*. 2023;315:455–65.
55. Wang SH, Wang J, Chi CC, Lin YS, Liao SC, Chen PE, et al. Risk for suicidal behavior among psoriasis patients: a nationwide cohort study. *Am J Clin Dermatol*. 2020;21:431–9.