



Anais Brasileiros de Dermatologia

www.anaisdedermatologia.org.br



ARTIGO ESPECIAL

Consenso latino-americano sobre classificação da gravidade da psoríase☆☆☆



Angela María Londoño-García ^{id a,*}, Juan Raúl Castro-Ayarza ^{id b},
Manuel Darío Franco ^{id c}, Cesar Fernando González Ardila ^{id d},
Gabriel Magariños ^{id e}, Enrique Salvador Rivas Zaldívar ^{id f}, Susan Martínez ^{id g},
Linda Ibatá ^{id g}, Julieth Carolina Castillo ^{id g}, Paola Jimena Cárdenas Rojas ^{id h},
Evelyn Giuliana Castro Vargas ^{id i}, Claudia Romina Contreras ^{id j},
Carolina Ivette Cortes Correa ^{id k}, Claudia de la Cruz Fernández ^{id l},
Andrés Chavarriaga Restrepo ^{id m}, Cristina Mariela Echeverría ^{id n},
André Vicente Esteves de Carvalho ^{id o}, Benjamín Hidalgo-Matlock ^{id p},
Enrique Fabian Loaiza Sánchez ^{id q}, Matías Rafael Maskin ^{id r}, Ricardo Romiti ^{id s}
e Fernando Valenzuela ^{id t}

^a Programa de Pós-Graduação em Dermatologia, Faculty of Medicine, CES University, Medellín, Colômbia

^b Programa de Pós-Graduação em Dermatologia, Faculty of Medicine, National University of Colombia, Bogotá, Colômbia

^c Serviço de Dermatologia, Medicarte IPS, Bogotá, Colômbia

^d Consultório Particular, Bogotá, Colômbia

^e Serviço de Dermatologia, Prática Clínica e Pesquisa, Dermatological Medical Center, Psorihue, Buenos Aires, Argentina

^f Departamento de Pesquisa, Dermatological Medical Center DERMOS, Ciudad de Guatemala, Guatemala

^g Departamento de Epidemiologia, EpiThink Health Consulting, Bogotá, Colômbia

^h Serviço de Dermatologia, Virrey Solis IPS, Bogotá, Colômbia

ⁱ Serviço de Dermatologia, National Hospital Alberto Saboga, Callao, Peru

^j Faculdade de Ciências Médicas, Hospital de Clínicas, National University of Asunción, Asunción, Paraguai

^k Serviço de Dermatologia, Prática Clínica e Pesquisa, University Hospital of La Samaritana, Bogotá, Colômbia

^l Área de Dermatologia, Clínica Dermacross, Santiago, Chile

^m Serviço de Dermatologia, CES Clinic, Medellín, Colômbia

ⁿ Serviço de Dermatologia, Institute of Psychophysical Rehabilitation, Buenos Aires, Argentina

^o Ambulatório de Psoríase, Moinhos de Vento Hospital, Porto Alegre, RS, Brasil

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.09.010>

☆ Como citar este artigo: Londoño-García AM, Castro-Ayarza JR, Franco MD, Ardila CFG, Magariños G, Zaldívar ESR, et al. Latin American consensus on psoriasis severity classification. An Bras Dermatol. 2025;100:539–47.

☆☆ Trabalho realizado na Sociedade Latino-Americana de Psoríase (SOLAPSO), Bogotá, Colômbia.

* Autor para correspondência.

E-mail: alondonog@ces.edu.co (A.M. Londoño-García).

^p Faculdade de Medicina, University of Costa Rica, San Jose, Costa Rica

^q Instituto de Reumatologia, Hematologia e Dermatologia, Guayaquil, Equador

^r Serviço de Dermatologia, CEMIC, Dermatological Service, Buenos Aires Skin, Buenos Aires, Argentina

^s Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^t Programa de Pós-graduação em Dermatologia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Universidad de los Andes, Santiago de Chile, Chile

Recebido em 2 de agosto de 2024; aceito em 16 de setembro de 2024

PALAVRAS-CHAVE

Classificação;
Consenso;
Gravidade do
paciente;
Psoríase;
Técnica Delph

Resumo

Fundamentos: Existem diferentes classificações de psoríase com base em sua apresentação clínica, impacto na qualidade de vida, requisitos para tratamentos específicos e outros resultados relatados pelo paciente ou médico. Entretanto, a falta de definições unificadas levou à subestimação da gravidade da doença. A padronização da classificação da psoríase promoverá melhor abordagem da doença e facilitará o atendimento por profissionais.

Objetivo: Apresentar um consenso de especialistas na América Latina sobre a classificação da gravidade da psoríase, com base nas melhores evidências disponíveis e aplicáveis à prática médica atual na região.

Métodos: Uma equipe metodológica independente, juntamente com um grupo de dermatologistas clínicos de diferentes países latino-americanos, desenvolveu um consenso utilizando a metodologia Delphi modificada com base em revisão sistemática da literatura. Este consenso inclui a classificação da psoríase, ferramentas para definir a gravidade da doença e outras considerações na avaliação de pacientes com psoríase.

Resultados: Quinze afirmações foram formuladas visando classificar a gravidade da psoríase cutânea e outras formas da doença, bem como ferramentas para avaliar e definir a gravidade da psoríase e considerações sobre terapia. Além disso, o consenso aborda considerações sobre implementação.

Conclusão: Os resultados deste consenso constituem base sólida para a terminologia de classificação padrão das variadas formas clínicas de psoríase e suas implicações terapêuticas. A importância de manter uma abordagem terapêutica personalizada, ajustada aos recursos disponíveis e às realidades administrativas de cada país é destacada.

© 2025 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

A psoríase é doença inflamatória multissistêmica crônica que afeta entre 0,1% e 1,5% da população mundial e é frequentemente associada a comorbidades como artrite psoriásica, síndrome metabólica, diabetes, doença cardiovascular, nefropatia e doença intestinal, entre outras.¹ A apresentação cutânea clássica da psoríase consiste em placas eritematosas descamativas, localizadas ou disseminadas, que afetam a qualidade de vida dos pacientes e são passíveis de tratamento em longo prazo.²

A psoríase pode ser classificada de acordo com sua apresentação clínica, impacto na vida dos pacientes e necessidade de tratamentos específicos. Alguns autores propõem que a psoríase pode ser cutânea ou sistêmica.¹ Outros autores descreveram que a gravidade da psoríase deve incluir a combinação de medidas relatadas pelo avaliador e pelo paciente.³ Na prática clínica, a gravidade da psoríase é frequentemente classificada em duas ou três categorias, de acordo com diferentes critérios. Várias ferramentas são frequentemente usadas para avaliar a gravidade da doença,

como o *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI), a *Body Surface Area* (BSA), afetada o *Physician's Global Assessment* (PGA) e outros instrumentos que avaliam a gravidade da doença e a eficácia dos tratamentos usados.⁴ Outros sistemas combinam avaliações funcionais e psicossociais para obter uma noção mais abrangente da condição do paciente e do grau de envolvimento da doença.

Categorias de gravidade da psoríase validadas globalmente não são reconhecidas atualmente. A maioria das classificações e definições relatadas de gravidade da doença e resposta ao tratamento foi desenvolvida para ensaios clínicos e tem pouca utilidade na prática clínica.⁵ A falta de definições uniformes em relação à classificação da psoríase se deve principalmente à heterogeneidade de apresentação da doença e à variabilidade das ferramentas de avaliação. Nesse cenário, a gravidade da doença pode ser subestimada, por isso é necessário detalhar a avaliação da psoríase considerando aspectos como o aparecimento de lesões em locais específicos, sintomas, extensão da doença, comorbidades, tratamento indicado e impacto na qualidade de vida.⁶

Na América Latina, existem diretrizes⁷ e consensos^{8–11} sobre o diagnóstico e tratamento da psoríase; entretanto, não há uma posição uniforme sobre a classificação dos pacientes segundo a gravidade da doença; isso é especialmente relevante em situações pouco claras, como quando há discordância entre escalas clínicas e o impacto na qualidade de vida ou incapacidade.⁴ A padronização desses conceitos na psoríase promoverá melhor manejo da doença e facilitará o atendimento pelos profissionais.

Com base nas melhores evidências disponíveis e na experiência médica, este consenso oferece definições sobre a classificação de gravidade da psoríase aplicáveis à prática atual de dermatologistas e reumatologistas na América Latina. Este documento considera a heterogeneidade étnica, social, cultural e econômica dos países da região, e seu conteúdo deve ser adaptado à realidade de cada país e às circunstâncias individuais dos pacientes.

Métodos

Painel de consenso

Uma equipe de metodologia independente e um grupo de dermatologistas clínicos desenvolveram este consenso. Representantes de países latino-americanos (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Guatemala, Paraguai e Peru) completaram o painel deliberativo. Os participantes foram selecionados com base em sua experiência clínica no tratamento da psoríase. Esse grupo definiu os tópicos do consenso e orientou a busca e seleção de estudos e a validação das evidências incluídas na análise. Esse painel de especialistas discutiu as recomendações, votou e definiu as afirmações finais do consenso.

Antes do desenvolvimento do consenso, os participantes concordaram em participar ativamente e forneceram a declaração de interesse.

Busca de evidências

Este consenso inclui a classificação da psoríase, ferramentas para definir a gravidade da doença e outras considerações ao avaliar pacientes. Revisão sistemática da literatura foi conduzida para identificar as evidências para apoiar as análises de consenso. Os bancos de dados eletrônicos MedLine e Embase foram pesquisados utilizando estratégias que incluíam os seguintes termos: “psoriasis” AND “disease severity” AND “assessment” OR “classification”. Todas as pesquisas foram realizadas em outubro de 2022 e atualizadas em abril de 2023. Diretrizes da prática clínica (CPG, do inglês *clinical practice guidelines*), consenso e documentos de recomendação baseados em evidências foram incluídos. Dependendo da necessidade de informações, outros tipos de documentos, como revisões narrativas, estudos transversais e artigos de opinião de especialistas, também foram considerados se fornecessem informações precisas sobre o tópico de interesse. Resumos e literatura cinzenta foram considerados se contivessem informações de interesse. Houve restrições de idioma (inglês e espanhol), mas não houve restrições de data de publicação. Além disso, foram pesquisados os sites de sociedades científicas, compiladores e desenvolvedores de CPG.

Após a coleta dos estudos identificados, dois revisores os avaliaram independentemente para inclusão, de acordo com os critérios de seleção preestabelecidos. As referências foram avaliadas quanto ao título e resumo e, posteriormente, no texto completo, conforme considerado necessário, e as discrepâncias entre os revisores foram resolvidas por consenso. Os documentos selecionados para inclusão foram classificados com a ferramenta *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE II)¹² e a *Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies*, do Joanna Briggs Institute,¹³ de acordo com o tipo de estudo. O [Material Suplementar 1](#) apresenta as especificações da pesquisa, seleção de estudos e qualidade das evidências.

Metodologia Delphi

A metodologia Delphi modificada foi a base para o consenso formal. O grupo de metodologia desenvolveu um questionário com base nas afirmações extraídas das referências selecionadas. O grupo de desenvolvimento revisou e validou o conteúdo do questionário. A versão final incluiu 52 itens relacionados aos seguintes tópicos: fatores que influenciam a gravidade da psoríase, classificação da psoríase, ferramentas de avaliação e outras considerações.

O questionário Delphi foi enviado a todo o painel de especialistas. Os participantes indicaram seu nível de concordância com cada afirmação usando uma escala do tipo Likert de 5 pontos.¹⁴ A equipe metodológica coletou os resultados da primeira rodada, que foram analisados para determinar o nível de concordância. Em segundo lugar, o painel discutiu os itens para os quais não houve consenso claro e os aspectos controversos, seguidos por votação síncrona anônima. O [Material Suplementar 2](#) apresenta as especificações do processo Delphi e a [figura 1](#) ilustra o processo de desenvolvimento do consenso.

Resultados e discussão

A base de evidências para o consenso incluiu sete diretrizes de prática clínica,^{5,7,15–19} oito consensos,^{8,10,11,20–24} três revisões^{25–27} e dois estudos transversais.^{28,29} As evidências foram analisadas e discutidas como descrito anteriormente, resultando em 15 afirmações orientadoras para a classificação da gravidade da psoríase.

Classificação da gravidade da psoríase

A [tabela 1](#) descreve a classificação da gravidade da psoríase.

Psoríase cutânea

As categorias de gravidade da psoríase cutânea ajudam os médicos a tomar decisões de tratamento e são frequentemente usadas como critérios de inclusão em ensaios clínicos. As evidências sobre a classificação são heterogêneas; alguns autores propõem três categorias (leve, moderada e grave),^{10,21,25,27} enquanto outros propõem apenas duas (leve e moderada-grave).^{8,11,15} A inclusão de uma categoria “moderada” é controversa. Embora essa categoria não seja claramente definida, os especialistas na prática reconhecem um grupo de pacientes que não atende aos

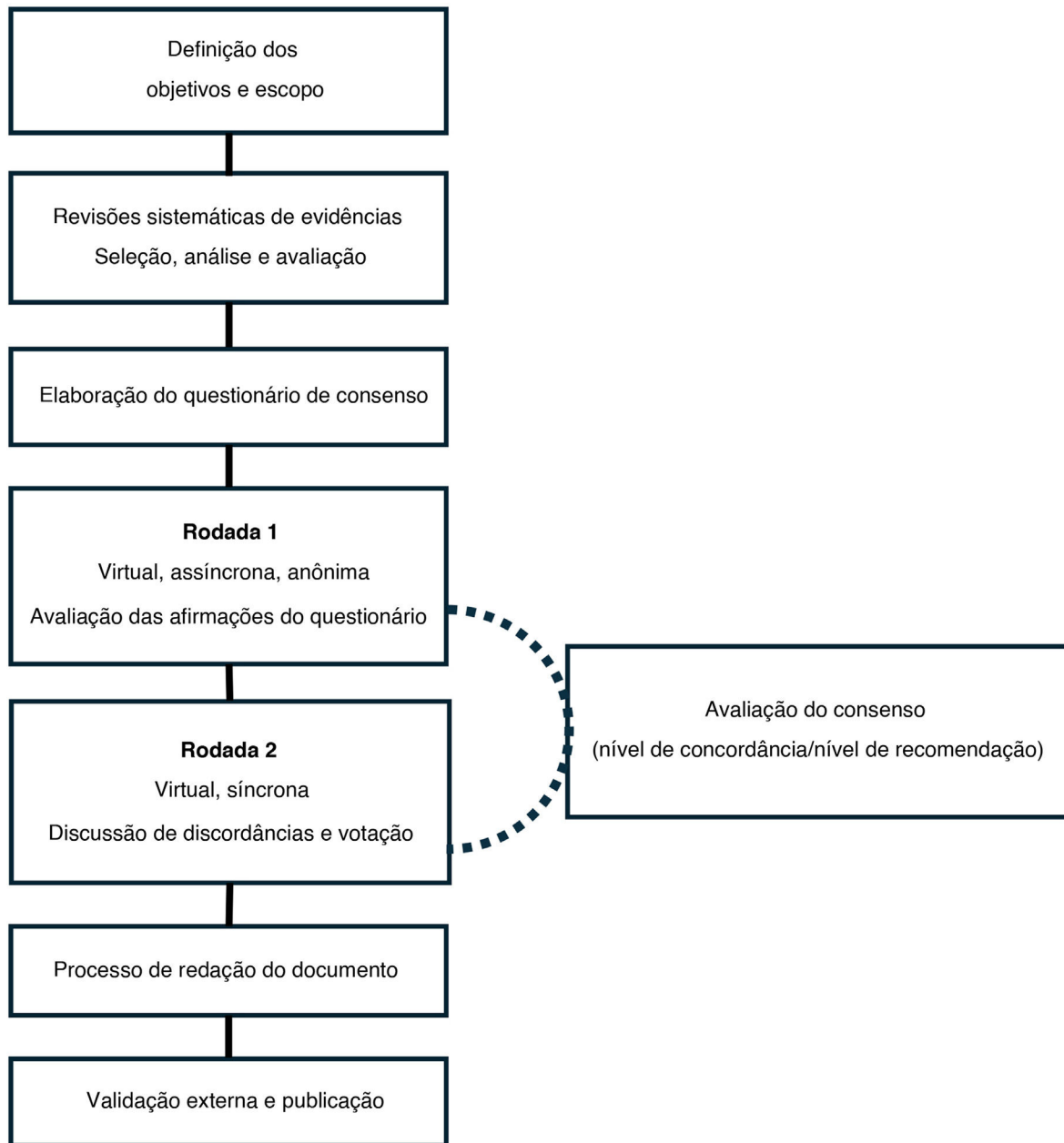


Figura 1 Metodologia de desenvolvimento do consenso.

critérios de gravidade máxima, mas não responde ao tratamento tópico ou tem maiores impactos clínicos ou na qualidade de vida do que aqueles com doença leve.

Alguns especialistas acreditam que as decisões clínicas não mudam substancialmente entre casos moderados e graves, enquanto outros veem vantagem em diferenciar essas categorias para melhor acesso ao tratamento e descrição dos casos. A classificação em países como Argentina é tipicamente dividida em categorias leve e moderada-grave. Em contraste, especialistas no Brasil e na Colômbia acreditam que especificar uma categoria “moderada” pode facilitar o uso de tratamentos mais específicos, dada a amplitude da escala PASI. Embora uma categorização mais precisa pudesse reduzir as barreiras de acesso ao tratamento, ela também poderia ter implicações terapêuticas, como impor

critérios rigorosos para iniciar tratamentos como metotrexato, terapia sistêmica convencional ou biossimilares. Além disso, diferenciar entre psoríase moderada e grave poderia ser útil para a descrição e análise mais precisas dos casos por conselhos médicos.

Em geral, é aceito que a classificação da gravidade da psoríase considere a avaliação clínica (extensão e inflamação) e a qualidade de vida, com base nas medidas do PASI e do *Dermatology Life Quality Index* (DLQI), respectivamente. O envolvimento de locais especiais (face, regiões palmo-plantares, região genital, couro cabeludo, unhas) e outras formas (variantes eritodérmicas e pustulosas) classificam os pacientes na categoria de gravidade mais alta. Comorbidades relacionadas à gravidade da doença e aos tipos de tratamento (p. ex., artrite psoriásica, uveíte,

Tabela 1 Classificação da gravidade da psoríase

Afirmações de consenso sobre conceitos	Nível de concordância
Psoríase cutânea	
Psoríase cutânea leve é definida como:	85%
PASI < 5 com DLQI < 5, ou	
Controle com terapia tópica	
Não atende aos critérios moderados ou graves	
Psoríase cutânea moderada é definida como:	64%
PASI ≥ 5 e < 10 ou	
DLQI 5 ≥ 5 e < 10, ou	
Falta de resposta ao tratamento tópico	
Não preenche os critérios de psoríase grave	
Psoríase cutânea grave é definida como:	
PASI ≥ 10, ou	84%
DLQI ≥ 10, ou	85%
Variantes eritrodérmicas ou pustulosas, ou	79%
Envolvimento de locais especiais (p. ex., face, regiões palmoplantares, região genital, couro cabeludo e unhas) ou	94%
Associação com artrite psoriásica, ou	93%
Necessidade de terapia sistêmica com biológicos	94%
Psoríase do couro cabeludo	
A psoríase do couro cabeludo é classificada como grave quando afeta mais de 50% do couro cabeludo e apresenta pelo menos um dos seguintes: eritema grave, descamação grave, infiltração extensa, prurido moderado ou grave, evidência de perda de cabelo com descamação ou lesões que se estendem além do couro cabeludo (p. ex., envolvimento da região frontal).	82%
Psoríase ungueal	
A doença de poucas unhas é definida como aquela que afeta três unhas ou menos	71%

PASI, Psoriasis Area Severity Index; DLQI, Dermatology Life Quality Index.

doença inflamatória intestinal) também são considerações importantes.

A classificação da psoríase está intimamente relacionada ao tipo de tratamento. Sinais e sintomas graves, como envolvimento de locais especiais ou prurido intenso, podem exigir tratamento sistêmico, mesmo que o PASI ou BSA seja < 10. A falta de resposta ao tratamento tópico pode levar à classificação em psoríase moderada ou grave, dependendo de outros fatores de apresentação e envolvimento da doença (tabela 2). A menos que uma avaliação individual sugira o contrário, pacientes com psoríase moderada devem ser priorizados para tratamentos altamente eficazes, enquanto para pacientes graves, esta seria a única opção de tratamento.

Outras formas de psoríase

De acordo com consenso internacional, a psoríase ungueal que afeta três unhas ou menos deve ser definida como doença de poucas unhas. Este consenso também levou em consideração o *Nail Psoriasis Severity Index* (NAPSI), definindo doença ungueal leve como tendo escore < 20.²³ Entretanto, a complexidade da escala NAPSI e a falta de evidências para classificação da gravidade limitam seu uso generalizado e, na opinião do painel, não permitem o estabelecimento de limites para categorizar a gravidade da doença ungueal na prática clínica.

Na psoríase do couro cabeludo, o PASI pode subestimar a gravidade porque é ponderado pela porcentagem da área de superfície corporal afetada. Uma versão modificada do PASI, conhecida como *Psoriasis Scalp Severity Index* (PSSI), foi desenvolvida para avaliação mais precisa, embora não

seja amplamente utilizada na prática clínica. A PGA é comumente utilizada na prática médica para psoríase do couro cabeludo, mas carece de definições específicas para cada nível de gravidade.²¹ Alguns especialistas definiram a gravidade da psoríase do couro cabeludo com base na extensão do envolvimento do couro cabeludo, bem como na presença e gravidade do eritema, descamação, prurido e espessura das lesões.³⁰

O impacto da psoríase do couro cabeludo no bem-estar dos pacientes é cada vez mais reconhecido nas avaliações. De acordo com o painel de especialistas, a gravidade da psoríase no couro cabeludo deve ser avaliada com base em seu efeito no paciente. Em geral, é considerada condição grave quando afeta mais da metade do couro cabeludo e apresenta um ou mais dos seguintes: eritema grave, descamação grave, infiltração extensa, prurido moderado a grave e evidência de perda de cabelo com descamação.

Ferramentas para avaliar e definir a gravidade da psoríase

A tabela 3 descreve as ferramentas usadas para avaliar e definir a gravidade da psoríase.

A gravidade dos efeitos físicos da psoríase pode ser medida usando várias ferramentas clínicas. As evidências apoiam o uso de escalas como PASI, PGA e BSA. As diretrizes de prática clínica^{7,16,17,19} e o consenso²⁰ recomendam fortemente o uso de ferramentas validadas para avaliar a gravidade da psoríase.¹⁸ O PASI mede a gravidade das

Tabela 2 Afirmações de consenso sobre considerações terapêuticas

Afirmações de consenso sobre considerações terapêuticas	Nível de concordância
Pacientes com psoríase devem ser classificados como candidatos à terapia tópica ou sistêmica	82%
Os candidatos à terapia sistêmica são pacientes que atendem a pelo menos um dos seguintes critérios:	88%
BSA > 10%	
Envolvimento de áreas especiais (face, regiões palmo-plantares, região genital, couro cabeludo ou unhas)	
Falha da terapia tópica	
Avaliar comorbidades associadas (artrite psoriásica, uveíte, doença inflamatória intestinal) ou artrite psoriásica para determinar o tratamento	71%

BSA (Body Surface Area).

Tabela 3 Ferramentas para avaliar e definir a gravidade da psoríase

Afirmações de consenso sobre avaliação da gravidade da psoríase	Nível de concordância
A avaliação da gravidade da psoríase deve incluir análise objetiva da extensão da doença pelo médico e análise subjetiva pelo paciente com relação ao impacto na qualidade de vida relacionada à saúde	94%
O PASI é a referência para avaliar a gravidade clínica da psoríase em placas porque é ferramenta amplamente validada e reprodutível em pacientes adultos com psoríase em placas	100%
O PASI deve ser avaliado em pacientes com psoríase moderada a grave, pois se correlaciona com outros parâmetros de gravidade, como o DLQI. Sua alteração percentual ajuda a avaliar o grau de melhora na psoríase	88%
A medida da ASC pode ajudar a avaliar a gravidade da psoríase, estratificar o risco do paciente e avaliar a resposta ao tratamento	82%
O NAPSI é útil para avaliar doença ungueal, impacto funcional ou cosmético e resposta ao tratamento	71%
Em ambientes especializados, e se possível em ambientes não especializados, é recomendado usar ferramenta validada para avaliar o impacto da psoríase no bem-estar físico, psicológico e social, como o DLQI para adultos ou o CDLQI para crianças e jovens	100%
Ao usar ferramenta de avaliação para paciente com psoríase, é importante considerar sua idade, deficiências ou limitações e fornecer suporte, se necessário	76%

PASI, Psoriasis Area Severity Index; CDLQI, Children's Dermatology Life Quality Index; DLQI, Dermatology Life Quality Index; NAPSI, Nail Psoriasis Severity Index; ASC, área de superfície corporal.

lesões cutâneas (eritema, descamação e endurecimento) e o envolvimento em quatro regiões (cabeça e pescoço, membros superiores, tronco e membros inferiores) com escores que variam de 0 a 72.¹⁷ É comumente utilizado para avaliar a gravidade da psoríase e a resposta ao tratamento, apresentando correlação adequada com outras medidas, mas tem algumas desvantagens, como complexidade e baixa sensibilidade a alterações em formas menos graves de psoríase.⁷

A American Society of Dermatology recomenda o uso da BSA (Body Surface Area) para psoríase leve, enquanto o PASI é recomendado para psoríase moderada a grave, sozinho ou em combinação com a PGA.¹⁹ A PGA tem correlação próxima com o PASI¹⁶ e é ferramenta validada para avaliar a gravidade física com variabilidade intraobservador e inter-observador aceitável.¹⁷ Entretanto, o painel não considera relevante o uso da PGA para classificar a gravidade da psoríase. Por outro lado, aproximadamente 1/3 dos especialistas clínicos neste consenso relatou o uso rotineiro da ASC, especialmente em pacientes com psoríase em pequenas placas.

Em estudo transversal, 10 dermatologistas avaliaram nove pacientes com psoríase duas vezes com as escalas PASI, PGA e BSA para avaliar a correlação na classificação da psoríase.²⁸ Ao comparar as escalas, descobriu-se que a

PGA teve a maior confiabilidade inter-observador, enquanto a BSA apresentou a maior confiabilidade intraobservador. O PASI mostrou valores intermediários em termos de confiabilidade inter e intra-avaliação. Os autores concluíram que nenhum dos três instrumentos de avaliação mostrou vantagem sobre os outros e recomendaram o uso de várias avaliações independentes simultaneamente para avaliar a gravidade da psoríase.

Existem outras ferramentas que requerem avaliação adicional para mensurar a gravidade da psoríase, como a *Lattice System Physician's Global Assessment* (LS-PGA), o *Self-Administered Psoriasis Area Severity Index* (SAPASI) e o *Salford Psoriasis Index* (SPI).²⁰ Outro questionário, chamado REFLETS (*REFlective Evaluation of Psoriasis Efficacy of Treatment and Severity*), foi desenvolvido para avaliar a gravidade da psoríase e a eficácia do tratamento com base na evolução da doença, sintomas, características da lesão e impacto da psoríase. Ele classifica a doença como leve, moderada ou grave, com correlações moderadas a altas com o PASI ($r = 0,35-0,70$) e o DLQI ($r = 0,36-0,82$). Entretanto, na data da elaboração deste manuscrito, esses resultados estão disponíveis apenas em inglês e francês.²⁹

A heterogeneidade da psoríase torna necessário incluir a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)

e medidas de resultados relatadas pelo paciente. O DLQI é a ferramenta mais frequentemente utilizada, validada e fácil de aplicar na prática clínica.¹⁷ Essa ferramenta é recomendada pelo grupo NICE¹⁸ para avaliar o impacto de qualquer tipo de psoríase no bem-estar físico, psicológico e social do paciente. Outros questionários usados em pesquisas incluem o *Short Form Health Survey* (SF-36) e o *Psoriasis Disability Index* (PDI).¹⁷

Em resumo, a avaliação de pacientes com psoríase deve incluir a medida da gravidade clínica da doença e seu impacto na qualidade de vida do paciente. Ambas as medidas são importantes para garantir a abordagem adequada da doença.¹⁷ Além de avaliar sintomas como prurido, dor na pele, queimação e sangramento de lesões cutâneas, locais de alto impacto e difíceis de tratar (como face, couro cabeludo, regiões palmoplantares, dobras cutâneas, unhas e região genital) também devem ser avaliados.²⁰ Essa avaliação abrangente deve levar em consideração qualquer tipo de deficiência física, visual ou cognitiva, dificuldades de linguagem ou comunicação ou outras limitações, e deve ser adaptada à idade do paciente para obter os resultados mais precisos na estimativa da gravidade da psoríase.

Considerações para implementação

A psoríase é doença heterogênea que requer avaliação abrangente de aspectos como envolvimento da superfície corporal, eritema, infiltração e descamação de lesões cutâneas, localização de lesões em áreas sensíveis (p. ex., face, unhas, região genital, regiões palmoplantares), impacto na qualidade de vida, resposta a tratamentos tópicos ou sistêmicos e comorbidades. Em 2009, a Sociedade Latino-Americana de Psoríase¹⁰ estabeleceu abordagem holística para avaliar a gravidade da psoríase, incluindo outros aspectos, como a atitude do paciente em relação à doença e o impacto psicossocial, além dos habituais. Este consenso destaca a necessidade de considerar avaliações objetivas e subjetivas do impacto da doença a partir da perspectiva do médico e do paciente. Avaliações da psoríase utilizando ferramentas que integram esses aspectos são promissoras para melhorar a avaliação da gravidade da psoríase em placas e a eficácia do tratamento.

Este documento fornece orientação sobre como classificar a gravidade da psoríase de acordo com o conhecimento atual da doença e sugere o uso preferencial de ferramentas de avaliação que estão disponíveis e são amplamente utilizadas no contexto latino-americano. Entretanto, reconhece-se que as ferramentas e os sistemas de avaliação estão em constante evolução para levar em conta todos os aspectos relevantes da doença. Portanto, essas recomendações devem ser atualizadas à luz do conhecimento futuro da doença, dos avanços na prática clínica e da disponibilidade de recursos para a avaliação da psoríase na região.

Conclusões

A heterogeneidade na apresentação da psoríase e as variações na avaliação da gravidade contribuíram para a falta de posição unificada em sua classificação. A comunidade médico-científica da América Latina reconheceu essa necessidade de padronização e foi motivada a abordar o

assunto para facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e promover abordagem mais precisa da psoríase na região. Este consenso reflete a compreensão atual da doença e suas diversas manifestações clínicas com base nas melhores evidências disponíveis para a avaliação de pacientes com psoríase. Estas recomendações destacam a importância de manter abordagem terapêutica personalizada e adaptada aos recursos disponíveis e às realidades administrativas de cada país. Alguns aspectos da gravidade da psoríase permanecem controversos, e os resultados deste consenso fornecem uma base sólida para estabelecer uma classificação padrão para as diferentes formas clínicas da psoríase e suas implicações terapêuticas, o que deve impactar positivamente o manejo da doença.

Suporte financeiro

Este consenso é endossado pela Sociedade Latino-Americana de Psoríase (SOLAPSO) e pelo Colombian Group of Psoriasis and Immunodermatology (COLPSOR). Foi desenvolvido de maneira completa e independente, com transparência e imparcialidade. Os financiadores não participaram do desenvolvimento do consenso, das decisões do painel ou do manuscrito final.

Contribuição dos autores

Angela María Londoño García: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Juan Raúl Castro-Ayarza: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Manuel Dario Franco: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Cesar Fernando González Ardila: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Gabriel Magariños: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Enrique Salvador Rivas Zaldívar: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Susan Martínez: Contribuiu para a revisão crítica da literatura; elaboração e redação da versão inicial do manuscrito; revisão editorial final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Linda Ibatá: Contribuiu para a revisão crítica da literatura; elaboração e redação da versão inicial do manuscrito; revisão editorial final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Julieth Carolina Castillo: Contribuiu para a revisão crítica da literatura; elaboração e redação da versão inicial do manuscrito; revisão editorial final do manuscrito, concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Paola Jimena Cárdenas Rojas: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Evelyn Giuliana Castro Vargas: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Claudia Romina Contreras: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Carolina Ivette Cortes Correa: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Claudia de la Cruz Fernández: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Andrés Chavarriaga Restrepo: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Cristina Mariela Echeverría: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

André Vicente Esteves de Carvalho: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Benjamín Hidalgo-Matlock: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Enrique Fabian Loaiza Sánchez: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Matias Rafael Maskin: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Ricardo Romiti: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Fernando Valenzuela: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Conflito de interesses

Angela Maria Londoño García foi palestrante da Abbvie, Boehringer Ingelheim, Bristol, Eli Lilly, Janssen, Novartis, Pfizer.

Juan Raúl Castro Ayarza foi palestrante da AbbVie, Amgen, Eli Lilly, Janssen, Novartis e Pfizer.

Manuel Darío Franco Franco foi palestrante da AbbVie, Amgen, Eli Lilly, Janssen, Novartis, Pharmalab e Sanofi.

Cesar Fernando González Ardila foi palestrante da AbbVie, Boehringer Ingelheim, Eli Lilly, Janssen e Novartis.

Enrique Salvador Rivas Zaldivar foi palestrante da AbbVie e Novartis.

Paola Jimena Cardenas Rojas foi palestrante da AbbVie, Amgen, Eli Lilly e Janssen.

Evelyn Giuliana Castro Vargas foi palestrante da AbbVie, Janssen e Tecnofarma.

Andrés Chavarriaga Restrepo foi palestrante da Amgen, Eli Lilly, Janssen, Novartis, Pfizer, Pharmalab.

Carolina Ivette Cortes Correa foi palestrante da Eli Lilly, Novartis, Bristol, Janssen.

Claudia de la Cruz Fernández foi palestrante ou pesquisadora da AbbVie, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, Eli Lilly, Janssen, Novartis, Pfizer, Sandoz, UCB Pharma.

Cristina Mariela Echeverría foi palestrante da AbbVie, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, Eli Lilly, Janssen, L'Oreal, Novartis, Pfizer, Sandoz, UCB Pharma.

André Vicente Esteves de Carvalho foi palestrante da AbbVie, Boehringer Ingelheim, Eli Lilly, Janssen e Novartis.

Benjamin Hidalgo Matlock foi pesquisador da Cutera e Novartis.

Enrique Fabian Loaiza Sánchez foi palestrante da Janssen, Medicamentos e Novartis.

Ricardo Romiti foi palestrante da AbbVie, Boehringer, Eli Lilly, Janssen, LEO Pharma, Novartis, Teva e UCB.

Fernando Valenzuela foi palestrante da AbbVie, Boehringer Ingelheim, Eli Lilly, Janssen, LEO e Novartis.

Os demais autores declaram não haver conflito de interesses.

Apêndice. Material suplementar

Pode consultar o material adicional para este artigo na sua versão eletrônica disponível em [doi:10.1016/j.abd.2024.09.010](https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.09.010).

Referências

1. Yan BX, Chen XY, Ye LR, Chen JQ, Zheng M, Man XY. Cutaneous and systemic psoriasis: classifications and classification for the distinction. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:649408.
2. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review. *JAMA*. 2020;323:1945–60.
3. Puig L, Bordes X, Carrascosa JM, Daudén E, Ferrándiz C, Hernanz JM, et al. [Consensus document on the evaluation and treatment of moderate-to-severe psoriasis. Spanish psoriasis group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology]. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:277–86.
4. Strober B, Ryan C, van de Kerkhof P, van der Walt J, Kimball AB, Barker J, et al. Recategorization of psoriasis severity: Delphi consensus from the International psoriasis council. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82:117–22.
5. Gisondi P, Altomare G, Ayala F, Bardazzi F, Bianchi L, Chiriccozzi A, et al. Italian guidelines on the systemic treatments of moderate-to-severe plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31:774–90.
6. Knuckles MLF, Levi E, Soung J. Defining and treating moderate plaque psoriasis: a dermatologist survey. *J Dermatol Treat*. 2018;29:658–63.
7. Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica. Guías basadas en la evidencia para el manejo de la psoriasis en Colombia. 2018. Disponível em: https://asocolderma.org.co/sites/default/files/guias_basadas_en_la_evidencia_para_el_manejo_de_la_psoriasis_en_colombia.pdf.
8. Echeverría C, Bittar M, Bourren P, Chouela E, Galimberti R, Gusis SE, et al. Argentine consensus on therapeutic transitioning in patients with moderate to severe psoriasis. *Med Cutan Ibero Lat Am*. 2017;45:145–56.
9. Romiti R, Carvalho AVE, Duarte GV. Grupo de Trabalho do Consenso Brasileiro de Psoríase da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Brazilian consensus on psoriasis 2020 and treatment algorithm of the Brazilian Society of Dermatology. *An Bras Dermatol*. 2021;96:778–81.

10. Sociedad Latinoamericana de Psoriasis. Consenso Psoriasis. Disponível em: <<https://vsip.info/consenso-psoriasis-pdf-free.html>>.
11. Daudén E, Puig L, Ferrándiz C, Sánchez-Carazo JL, Hernanz-Hermosa JM. Spanish Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. Consensus document on the evaluation and treatment of moderate-to-severe psoriasis: psoriasis group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30 Suppl 2:1–18.
12. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II Instrument [Electronic version]. (2013).
13. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris EC, Sears K, Sfetec R, et al. Systematic reviews of etiology and risk (2020). In: Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. Disponível em: <<https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>>.
14. Holey EA, Feeley JL, Dixon J, Whittaker VJ. An exploration of the use of simple statistics to measure consensus and stability in Delphi studies. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:52.
15. Burden AD, Hilton Boon M, Leman J, Wilson H, Richmond R, Ormerod AD, Guideline Development Group. Diagnosis and management of psoriasis and psoriatic arthritis in adults: summary of SIGN guidance. *BMJ*. 2010;341:c5623.
16. Puig L, Carrascosa JM, Carretero G, de la Cueva P, Lafuente-Urrez RF, Belinchón I, et al. Spanish Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. Spanish evidence-based guidelines on the treatment of psoriasis with biologic agents, 2013. Part 1: on efficacy and choice of treatment. Spanish psoriasis group of the Spanish academy of Dermatology and Venereology. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:694–709.
17. Choon S, Chan L, Choon SE, Jamil A, Chin CL, Cheng CH, et al. Malaysian clinical practice guideline for the management of psoriasis vulgaris: summary of recommendations for management in primary healthcare setting. *Malays Fam Physician*. 2014;9:16–21.
18. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psoriasis: assessment and management. Disponível em: <[nice.org.uk/cg153](https://www.nice.org.uk/cg153)>.
19. Elmetts CA, Korman NJ, Prater EF, Wong EB, Rupani RN, Kivelitch D, et al. Joint AAD-NPF Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures. *J Am Acad Dermatol*. 2021;84:432–70.
20. Paul C, Gourraud PA, Bronsard V, Prey S, Puzenat E, Aractingi S, et al. Evidence-based recommendations to assess psoriasis severity: systematic literature review and expert opinion of a panel of dermatologists. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24:2–9.
21. Frez MLF, Asawanonda P, Gunasekara C, Koh C, Loo S, Oon HH, et al., Recommendations for a patient-centered approach to the assessment and treatment of scalp psoriasis: a consensus statement from the Asia Scalp Psoriasis Study Group. *J Dermatol Treat*. 2014;25:38–45.
22. Pariser DM, Bagel J, Gelfand JM, Korman NJ, Ritchlin CT, Strober BE, et al. National Psoriasis Foundation. National Psoriasis Foundation clinical consensus on disease severity. *Arch Dermatol*. 2007;143:239–42.
23. Rigopoulos D, Baran R, Chiheb S, Daniel CR 3rd, Di Chiacchio N, Gregoriou S, et al. Recommendations for the definition, evaluation, and treatment of nail psoriasis in adult patients with no or mild skin psoriasis: a dermatologist and nail expert group consensus. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81:228–40.
24. Strober B, Ryan C, van de Kerkhof P, van der Walt J, Kimball AB, Barker J, et al. International Psoriasis Council Board Members and Councilors. Recategorization of psoriasis severity: Delphi consensus from the International Psoriasis Council. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82:117–22.
25. Llamas-Velasco M, de la Cueva P, Notario J, Martínez-Pilar L, Martorell A, Moreno-Ramírez D. Psoriasis moderada. Propuesta de definición. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108:911–7.
26. Raychaudhuri SK, Mavarakis E, Raychaudhuri SP. Diagnosis and classification of psoriasis. *Autoimmun Rev*. 2014;13:490–5.
27. Yan BX, Chen XY, Ye LR, Chen JQ, Zheng M, Man XY. Cutaneous and systemic psoriasis: classifications and classification for the distinction. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:649408.
28. Božek A, Reich A. The reliability of three psoriasis assessment tools: psoriasis area and severity index, body surface area and physician global assessment. *Adv Clin Exp Med*. 2017;26:851–6.
29. Gilet H, Roborel de Climens A, Arnould B, Bachelez H, Bagot M, Beaulieu P, et al. Development and psychometric validation of the REFlective evaluation of psoriasis Efficacy of Treatment and Severity (REFLETS) questionnaire: a common measure of plaque-type psoriasis severity and treatment efficacy for patients and clinicians. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:498–506.
30. Ortonne J, Chimenti S, Luger T, Puig L, Reid F, Trüeb RM. Scalp psoriasis: European consensus on grading and treatment algorithm. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23:1435–44.