SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA

Anais Brasileiros de Dermatologia

www.anaisdedermatologia.org.br

ARTIGO ESPECIAL

Psoríase em pele de cor: apresentação clínica, desafios diagnósticos e considerações terapêuticas☆,☆☆

Anderson Costa [a] **e Ricardo Romiti** [b,*]

[a] *Departamento de Dermatologia, Hospital Ipiranga, São Paulo, SP, Brasil*
[b] *Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

Recebido em 4 de dezembro de 2025; aceito em 2 de fevereiro de 2026

PALAVRAS-CHAVE
Disparidades em assistência à saúde;
Grupos étnicos;
Pigmentação da pele;
Produtos biológicos;
Psoríase

Resumo A psoríase em indivíduos com pele de cor (PDC) apresenta características clínicas e particularidades distintas que exigem consideração cuidadosa para o reconhecimento e tratamento adequados. O eritema é frequentemente menos evidente e as placas podem apresentar coloração violácea ou marrom-escuro. Essas características, juntamente com a discussão limitada dessas nuances em livros didáticos e artigos, contribuem para o diagnóstico tardio, maior dependência de biopsia de pele e menor precisão diagnóstica. Embora a prevalência geral possa ser menor do que em populações brancas, pacientes com PDC frequentemente apresentam maior envolvimento da superfície corporal, escamas mais espessas e impacto desproporcional na qualidade de vida. O controle precoce e eficaz é fundamental não apenas para limitar as comorbidades sistêmicas e o comprometimento da qualidade de vida, mas também para prevenir a discromia pós-inflamatória, que pode persistir por anos após a resolução clínica e afetar substancialmente o bem-estar psicossocial. Apesar dos grandes avanços na pesquisa sobre psoríase, lacunas importantes permanecem em relação aos fatores genéticos, à imunopatogênese e à eficácia e segurança comparativas das terapias em diversas populações, agravadas pela persistente sub-representação de PDC em ensaios clínicos. Esta revisão sintetiza as evidências atuais sobre epidemiologia, apresentação clínica, dificuldades diagnósticas, sequelas pigmentares, dimensões psicossociais e opções terapêuticas, de modo a promover resultados equitativos e centrados no paciente para pacientes com PDC vivendo com psoríase.
© 2026 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 sistêmica crônica, imunomediada, que afeta a pele e as articulações e está associada a múltiplas comorbidades.[1] Ela acarreta impacto substancial na qualidade de vida e fardo psicológico considerável, particularmente entre pessoas com pele de cor (PDC), nas quais a doença pode ser mais grave e estigmatizante.[2]

Embora a prevalência varie entre grupos étnicos e regiões, a maioria dos dados epidemiológicos provém de populações

DOI referente ao artigo:
https://doi.org/10.1016/j.abd.2026.501365
☆ Como citar este artigo: Costa A, Romiti R. Psoriasis in skin of color: clinical presentation, diagnostic challenges, and therapeutic considerations. An Bras Dermatol. 2026;101:501365.
☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
* Autor para correspondência.
E-mail: rromiti@hotmail.com (R. Romiti).

2666-2752/© 2026 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/).

brancas, deixando lacunas importantes para PDC.[3,4] Evidências emergentes sugerem que, embora a psoríase em placas possa ser menos prevalente em PDC, ela frequentemente envolve maior área de superfície corporal e produz impacto mais significante na qualidade de vida.[4]

A apresentação clínica também difere em PDC: as placas são frequentemente violáceas ou hiperpigmentadas, o eritema pode ser sutil e a resolução geralmente deixa discromias pós-inflamatórias persistentes, que muitos pacientes consideram mais angustiantes do que as lesões ativas.[5]

Apesar dos avanços terapêuticos, persistem disparidades importantes no diagnóstico, acesso ao tratamento e desfechos da psoríase em populações com PDC. Barreiras estruturais e socioeconômicas, viés implícito na prestação de cuidados de saúde, sub-representação em ensaios clínicos e a falta de abordagens culturalmente sensíveis contribuem para o atendimento abaixo do ideal.[6] Reconhecer essas diferenças é essencial para oferecer atendimento equitativo e eficaz.

Métodos

Esta revisão narrativa foi conduzida por meio de busca abrangente na literatura nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Embase e Cochrane Library, abrangendo artigos publicados entre 2000 e 2025. A estratégia de busca utilizou termos MeSH e palavras-chave, incluindo *''Psoriasis''*, *''Skin of Color''*, *''Black Skin''*, *''darker skin phototypes''*, *''Fitzpatrick types IV–VI''*, *''ethnic skin''*, *''pigmented skin''*, *''African''*, *''Asian''*, *''Hispanic''*, combinados com termos relacionados à apresentação clínica, diagnóstico, tratamento, biológicos e disparidades em saúde.

Os artigos foram selecionados com base na relevância clínica, com foco em estudos que incluíram diversas populações raciais e étnicas para sintetizar as evidências atuais sobre as nuances diagnósticas e terapêuticas da PDC (tabela 1).

Terminologia: por que usar o termo ''pele de cor?

Na literatura dermatológica global, o termo ''pele de cor'' (PDC) ganhou destaque para descrever populações com pele ricamente pigmentada. No entanto, no Brasil, não existe um termo universalmente aceito para se referir à população não branca em contextos médicos ou dermatológicos. Expressões como *''ethnic skin''* apareceram em textos, mas são cada vez mais vistas como problemáticas em virtude de seu viés eurocêntrico.[7]

O uso do termo *''ethnic skin''* muitas vezes posiciona implicitamente a pele branca como padrão, marginalizando assim a ampla diversidade fenotípica das populações globais.[8] Consequentemente, vários autores e diretrizes internacionais recomendam o abandono de termos como *''ethnic skin''*, *''Hispanic skin''* e *''Asian skin''* em favor de PDC – um termo que captura com mais precisão as características biologicamente relevantes no cuidado dermatológico, evitando o reducionismo cultural.[9]

Neste artigo, os autores optaram por adotar o termo PDC, por estar alinhado com o discurso internacional atual, facilitar a comunicação com a comunidade científica global e reconhecer a heterogeneidade da população brasileira. Contudo, reconhecem que essa terminologia não está isenta de limitações e deve ser continuamente aprimorada para melhor refletir as necessidades dermatológicas específicas de diversas populações.

Pele de cor no contexto brasileiro

O Brasil é um dos países com maior diversidade genética do mundo, consequência de séculos de miscigenação entre povos indígenas, africanos escravizados e colonizadores europeus, além da imigração mais recente de diversas regiões do mundo.[10] Esse mosaico genético complexo resul-

Tabela 1 Resumo dos pontos principais – psoríase em pele de cor (PDC)

Necessidades não atendidas em cuidados	Desafios diagnósticos	Desafios do tratamento
Taxas mais baixas de utilização de serviços de saúde, menos consultas médicas e taxas mais altas de hospitalização em virtude de dificuldades econômicas e da falta de atendimento culturalmente adequado	O atraso no diagnóstico em pacientes com PDC é três vezes maior em comparação com populações de pele mais clara	Sub-representação em ensaios clínicos: apenas 15,7% dos participantes de ensaios clínicos sobre psoríase são não brancos
A psoríase tem maior impacto negativo na qualidade de vida em populações com PDC em comparação com populações brancas	Até quatro vezes mais biopsias são necessárias para o diagnóstico em virtude da menor precisão do diagnóstico visual isoladamente	Preferências culturais e aversão ao bronzeamento limitam a aceitação e a adesão à fototerapia entre pacientes asiáticos
Sub-representação significante em recursos educacionais de dermatologia: apenas 4,5% das imagens em livros didáticos de dermatologia retratam fototipos de pele mais escuros	Dificuldade em reconhecer o eritema, levando à subestimação da gravidade e a escores PASI artificialmente baixos; maior área de superfície corporal inicial afetada	Preferência por terapias tópicas que minimizem o risco de hipopigmentação e sejam compatíveis com as práticas de cuidados capilares em pacientes afro-americanos
Atraso na primeira consulta com dermatologistas em virtude da dependência de tratamentos tradicionais antes da consulta médica	A confusão frequente com outras doenças de pele (p. ex., líquen plano, lúpus eritematoso) leva a diagnósticos errôneos e tratamentos inadequados	Polimorfismos genéticos que influenciam o metabolismo do metotrexato; maior risco de hipertensão e complicações renais com ciclosporina em pacientes afro-americanos

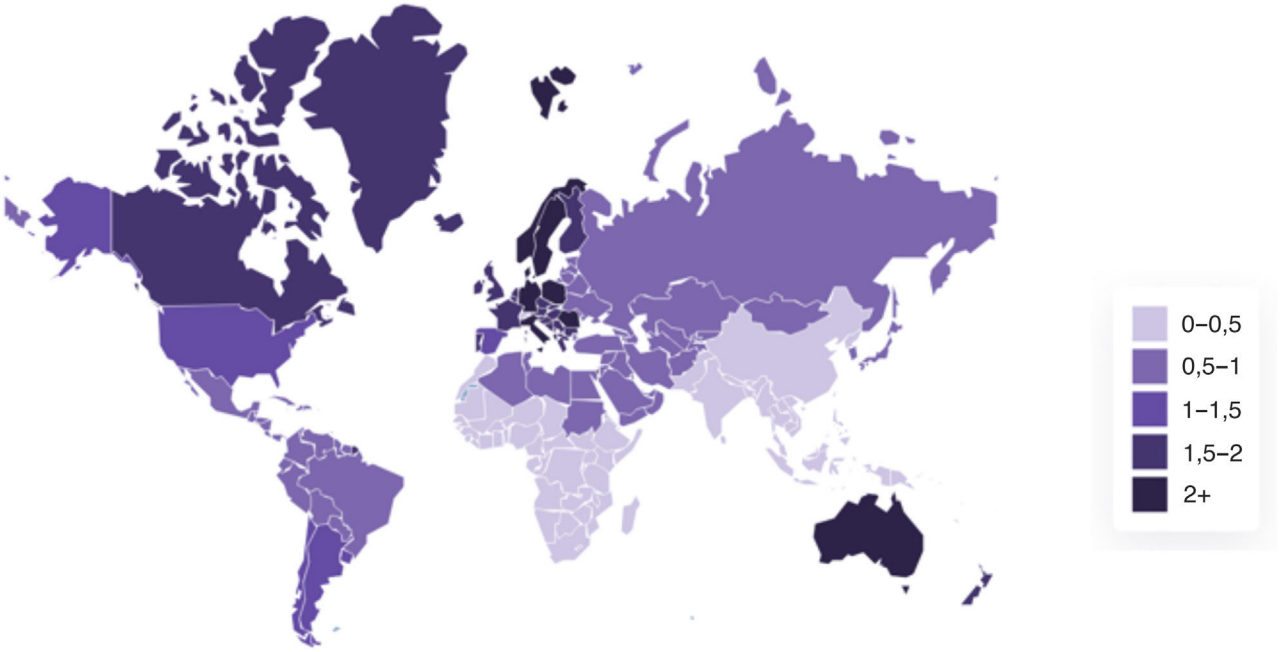

Figura 1 Prevalência global da psoríase – Atlas Global da Psoríase – mapa de calor [Internet]. Manchester: Conselho Internacional de Psoríase; 2025 [citado em 19 de junho de 2025]. Disponível em: https://www.globalpsoriasisatlas./en/explore/prevalence-heatmap.

tou em amplo espectro de tons de pele em toda a população, o que apresenta desafios tanto diagnósticos quanto terapêuticos na prática dermatológica (fig. 1).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) classifica a população em cinco categorias raciais/étnicas autodeclaradas: branca, preta, parda, indígena e amarela. Esse sistema de classificação é baseado na autoidentificação e reflete a dinâmica sociocultural e histórica do país.[11] Em contextos acadêmicos e políticos, o termo ''negro'' é comumente usado para se referir coletivamente a indivíduos que se identificam como pretos ou pardos, reconhecendo experiências compartilhadas e as desvantagens estruturais historicamente enfrentadas pelas populações afrodescendentes.

De acordo com o Censo de 2022, 20,7 milhões de brasileiros (10,2%) se identificaram como pretos e 89,2 milhões (43,5%) como pardos. Em conjunto, esses grupos formam uma população de 109,9 milhões de pessoas, representando mais de 50% da população total.[12] Essa realidade demográfica marcou a primeira vez na história do censo brasileiro em que a população negra se tornou majoritária.

Isso ressalta a necessidade de reconhecer e abordar as disparidades no atendimento dermatológico. As manifestações clínicas de doenças de pele – como a psoríase – podem variar significantemente de acordo com o tom de pele, e a falha em levar em conta essas diferenças pode levar ao subdiagnóstico ou ao atraso no tratamento.[4] Estratégias diagnósticas personalizadas e abordagens terapêuticas inclusivas são essenciais para garantir atendimento equitativo e eficaz para todos os grupos populacionais.

Epidemiologia

A psoríase afeta homens e mulheres igualmente, com média de idade de início em torno de 33 anos.[13] Sua prevalência varia significantemente entre regiões geográficas e grupos étnicos. Globalmente, estima-se que aproximadamente 125 milhões de pessoas vivam com a doença (fig. 2).[1]

A condição é notavelmente mais prevalente entre indivíduos de ascendência europeia, particularmente em países do norte da Europa, como os da Escandinávia, onde as taxas de prevalência podem chegar a 5%.[13] Em contraste, a psoríase parece ser rara ou mesmo ausente entre algumas populações indígenas. Um levantamento dermatológico envolvendo 25.000 indivíduos de comunidades andinas não relatou casos de psoríase, reforçando essa observação.[14,15]

Da mesma maneira, levantamento clínico baseado na população, realizado em uma comunidade indígena isolada no Território Yanomami, no Norte do Brasil, não encontrou casos documentados de psoríase entre 555 indivíduos,[16] sugerindo a influência potencial de fatores ambientais ou genéticos protetores. Na Ásia, a prevalência também mostra considerável variabilidade. Enquanto a Malásia relata taxas mais altas (4%–5%), países como China, Japão e Sri Lanka exibem prevalência muito menor, variando entre 0,05% e 0,47%.[4]

Nos Estados Unidos, estudos populacionais recentes relataram taxas de prevalência de psoríase de 3,6% entre indivíduos brancos, 1,9% entre afro-americanos e 1,6% entre populações hispânicas/latinas.[15] Os dados da pesquisa NHANES 2009–2010 corroboram esse gradiente étnico, com prevalência estimada em afro-americanos 52% menor do que em americanos brancos, dependendo da metodologia utilizada, com taxas relatadas variando de 0,7% a 1,9%, dependendo da metodologia do estudo.[17]

Curiosamente, a prevalência em afro-americanos espelha a observada em vários países da África Ocidental, incluindo Nigéria, Mali e Senegal, onde as estimativas variam de 0,3% a 0,8%.[14] Essa semelhança é hipotetizada como reflexo de origens ancestrais compartilhadas, já que a maioria dos afro-americanos traça sua linhagem à África Ocidental.[18]

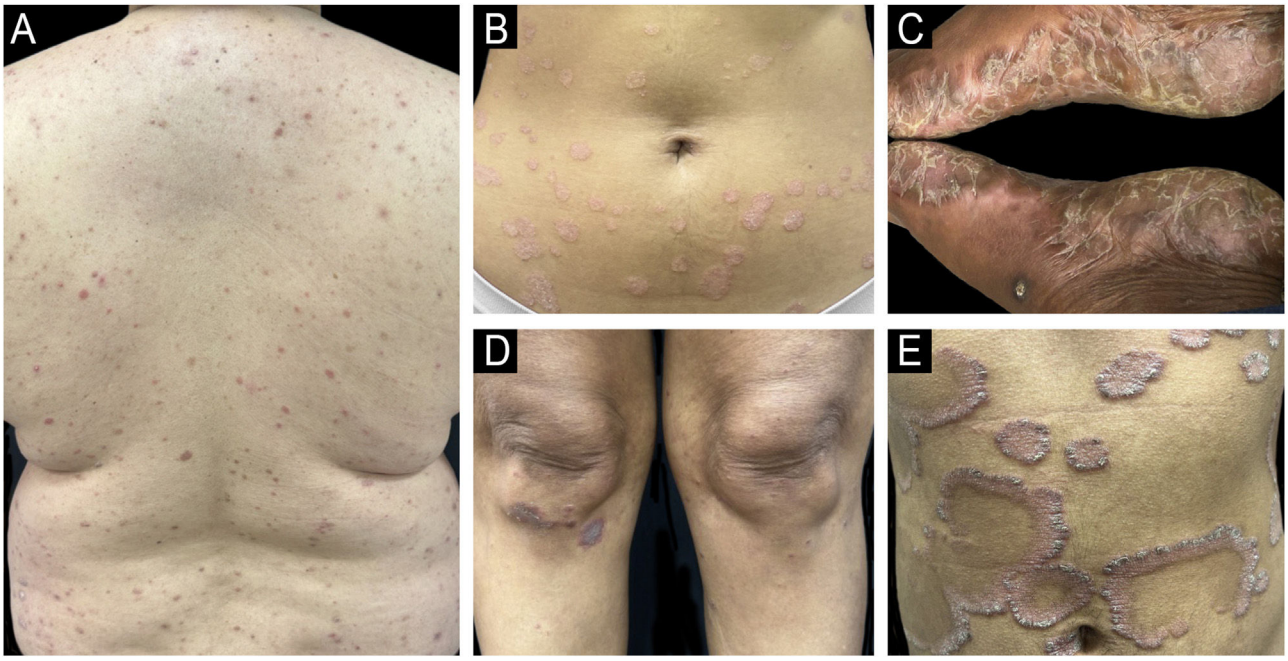

Figura 2 Variabilidade clínica da psoríase em diferentes fototipos de pele. (A) Psoríase em pequenas placas em paciente com fototipo III – variante mais frequentemente observada em populações asiáticas, caracterizada por numerosas pequenas lesões em vez das grandes placas clássicas. (B) Psoríase em placas clássica em paciente com fototipo de pele III, mostrando placas eritematosas bem delimitadas com escamas branco-prateadas. (C) Psoríase palmoplantar em paciente com fototipo de pele VI. Hiperceratose acentuada e descamação amarelada nas solas dos pés podem mimetizar eczema crônico ou tinha. (D) Psoríase em paciente com fototipo de pele V. Pápulas e placas violáceas com descamação acinzentada são observadas em superfícies extensoras típicas. (E) Psoríase anular em paciente com fototipo de pele IV, com placas arqueadas e serpiginosas bem definidas exibindo clareamento central.

No Brasil, a prevalência geral de psoríase é estimada em 1,31%, com base em pesquisa telefônica populacional realizada em todas as 26 capitais estaduais entre outubro de 2015 e janeiro de 2016.[19] As diferenças regionais foram estatisticamente significantes (p = 0,02), com maior prevalência no Sul e Sudeste e menores taxas no Norte e Nordeste. Embora não haja dados epidemiológicos nacionais estratificados por raça ou cor da pele, esse gradiente geográfico parece refletir a distribuição étnica do Brasil: as regiões Norte e Nordeste têm proporção maior de indivíduos de ascendência africana e indígena. Em contraste, o Sul e o Sudeste – regiões com a maior prevalência relatada de psoríase – apresentam proporções maiores de indivíduos de ascendência europeia.[12]

Além de possíveis fatores genéticos, outras explicações para essa disparidade incluem diferenças na exposição à radiação ultravioleta (UV) – dada a maior irradiação solar no Norte do Brasil, que pode exercer efeito protetor – e acesso desigual a cuidados dermatológicos.[19] Curiosamente, esses achados corroboram dados dos Estados Unidos, que mostram menor prevalência de psoríase entre afro-americanos em comparação com indivíduos brancos, e podem sugerir que indivíduos com ascendência africana têm menor predisposição genética para desenvolver psoríase, embora sejam necessários mais estudos para confirmar essa hipótese.[15,18]

Globalmente, uma barreira crítica para a compreensão da epidemiologia da psoríase em populações com PDC é a falta de dados populacionais. Uma análise recente destacou que apenas 19% dos países em todo o mundo atualmente publicaram dados epidemiológicos sobre psoríase.[20] Essa lacuna de dados é particularmente proeminente na África, Ásia e América Latina, onde muitos estudos se limitam a pequenas coortes hospitalares com critérios diagnósticos variáveis.[3]

Reconhecendo essa necessidade, o *Global Psoriasis Atlas* (https://www.globalpsoriasisatlas.org), uma iniciativa colaborativa que envolve a International Federation of Psoriasis Associations, a International League of Dermatological Societies e o International Psoriasis Council, tem trabalhado para abordar essas disparidades e melhorar a compreensão da epidemiologia da psoríase em populações sub-representadas.

Perspectivas genéticas

A psoríase é doença complexa, imunomediada, com envolvimento genético significante, com estimativas de hereditariedade superiores a 60% em diversas populações.[21] Estudos com gêmeos e famílias reforçam esse componente genético, mostrando taxas de concordância mais altas entre gêmeos monozigóticos em comparação com gêmeos dizigóticos.[22] Os estudos de associação genômica ampla (GWAS, do inglês *Genome-Wide Association Studies*) avançaram significantemente a compreensão da genética da psoríase, identificando mais de 80 *loci* de suscetibilidade em diversas etnias.[13]

O *locus* PSORS1, localizado no complexo principal de histocompatibilidade (MHC, do inglês *major histocompatibility complex*) no cromossomo 6p21, continua sendo o principal fator de risco genético;[15] dentro dessa região, o alelo HLA-

-C06:02 está fortemente ligado à psoríase de início precoce e à psoríase gutata.[4] No entanto, a frequência de HLA-C06:02 varia significantemente entre as etnias – é mais comum entre os europeus (até 70% dos casos de psoríase) e notavelmente menor nas populações asiáticas e africanas.[4]

Em contraste, o HLA-C01:02 (Cw1) é mais prevalente em certas populações asiáticas, incluindo pacientes do sul da China, Tailandia e Japão, e está associado predominantemente a formas graves, como psoríase eritrodérmica e pustulosa, início mais tardio da doença e pior resposta aos tratamentos convencionais. Alelos adicionais, como HLA-B46 e HLA-A02:07, também foram implicados especificamente em coortes asiáticas, destacando ainda mais a diversidade genética entre as populações.[23]

Além da região HLA, numerosos genes não HLA ligados à imunidade inata e adaptativa também estão implicados na psoríase. Notavelmente, os genes do eixo IL-23/Th17, incluindo IL23R, IL12B, TYK2, STAT3 e TRAF3IP2, exibem fortes associações em vários grupos étnicos.[13,21] Além disso, variantes em genes de sinalização NF-κB, como CARD14 e TNFAIP3, têm relevância particular para populações asiáticas e do Oriente Médio.[21]

As populações africanas exibem heterogeneidade genética, com prevalência paradoxalmente baixa de psoríase, apesar de frequências mais altas de alguns alelos de suscetibilidade, sugerindo modificadores genéticos ou ambientais protetores.[4]

No contexto brasileiro, a miscigenação genética cria um cenário genômico único que pode impactar a suscetibilidade à psoríase, a apresentação clínica e as respostas terapêuticas. Estudos genômicos recentes destacam variações regionais significantes na ancestralidade em todo o Brasil, ressaltando a necessidade de pesquisas genéticas e estratégias de saúde personalizadas que reflitam essa diversidade.[10]

Fisiopatologia

A psoríase é caracterizada por interações complexas entre suscetibilidade genética, fatores ambientais desencadeantes e desregulação imunológica.[1] A patogênese da psoríase em placas, a variante clínica mais comum, é impulsionada principalmente por um ciclo inflamatório de retroalimentação positiva centrado no eixo TNF-α/IL-23/IL-17.[24]

Essa cascata começa com a ativação de células da imunidade inata, como células dendríticas plasmocitoides e macrófagos. Essas células produzem citocinas pró-inflamatórias, incluindo interferon-alfa (IFN-α), interleucina-1 beta (IL-1β) e fator de necrose tumoral-alfa (TNF-α), que juntas promovem a ativação e maturação de células dendríticas mieloides. A IL-12 promove a diferenciação Th1, enquanto a IL-23 desempenha papel crítico na sobrevivência e expansão das células Th17 e Th22.[1] A via Th17 é agora reconhecida como o principal fator da inflamação psoriásica; a IL-17 e a IL-22 são citocinas-chave que levam à hiperproliferação de queratinócitos, à diferenciação prejudicada e ao recrutamento de células imunes adicionais para a pele.[24]

Os queratinócitos não são espectadores passivos, mas participantes ativos na patogênese da psoríase. Eles respondem às citocinas inflamatórias produzindo quimiocinas, peptídeos antimicrobianos e outros mediadores inflamatórios, amplificando assim a resposta imune. Além disso, a desregulação da função de barreira da pele, com alterações em genes como os do *cluster* do envelope cornificado tardio (LCE, do inglês *late cornified envelope*), pode exacerbar ainda mais o ciclo inflamatório.[1,13]

Embora os dados sobre os mecanismos fisiopatológicos da psoríase em populações com PDC ainda sejam limitados,[5] alguns estudos sugerem possíveis diferenças na função de barreira cutânea e na resposta imune entre grupos raciais e étnicos.[6] Em um modelo experimental usando equivalentes de pele humana 3D de queratinócitos de afro-americanos e brancos não hispânicos, as células afro-americanas mostraram maior expressão basal de genes pró-inflamatórios e resposta amplificada à estimulação por TNF-α.[25] No entanto, esses achados ainda não foram diretamente correlacionados com diferenças clínicas na gravidade da doença ou nos resultados do tratamento.

Clinicamente, pacientes com PDC frequentemente exibem morfologia distinta das lesões psoriásicas e maior tendência a alterações pigmentares pós-inflamatórias, o que pode refletir diferenças fisiopatológicas subjacentes.[4] No entanto, as evidências atuais não apoiam a presença de vias imunopatogênicas fundamentalmente distintas quando comparadas às populações brancas.[6]

Apresentação clínica em PDC e desafios diagnósticos

A apresentação clínica da psoríase varia consideravelmente dependendo do fototipo de pele do paciente, representando desafios diagnósticos particulares em indivíduos com PDC. Embora a psoríase em placas seja classicamente descrita em populações de pele clara (fototipos I–III de Fitzpatrick) como placas eritematosas cobertas por escamas branco-prateado, essas apresentações típicas são frequentemente modificadas substancialmente em pacientes com tons de pele mais escuros (fototipos IV–VI), levando a atrasos e erros de diagnóstico (fig. 3).[2,4]

Um dos principais desafios no diagnóstico de psoríase em populações com PDC é a visibilidade reduzida do eritema. Em vez de se apresentarem com placas vermelhas ou cor de salmão clássicas, as lesões em tons de pele mais escuros frequentemente se manifestam como manchas violáceas, marrom-escuro, hiperpigmentadas ou acinzentadas cor de atum em virtude do mascaramento da inflamação subjacente pela melanina.[26] Essa aparência alterada diminui significantemente a precisão do diagnóstico visual, contribuindo para diagnósticos errôneos ou atrasos frequentes no diagnóstico.[2]

Um desafio de diagnóstico visual em larga escala revelou que a precisão diagnóstica é significantemente menor em peles mais escuras em comparação com tons de pele mais claros, confirmando o impacto da sub-representação e do treinamento inadequado na educação dermatológica.[27,28] O próprio uso do termo ''eritema'' foi recentemente questionado, dada sua aplicabilidade limitada e natureza imprecisa na descrição da inflamação em fototipos de pele mais escuros, e especialistas recomendaram a reavaliação ou substituição desse descritor para melhorar a precisão clínica e a inclusividade.[29]

Como consequência, pacientes com pele mais escura apresentam atrasos diagnósticos notavelmente maiores, muitas vezes o triplo do tempo[2] necessário para pacientes

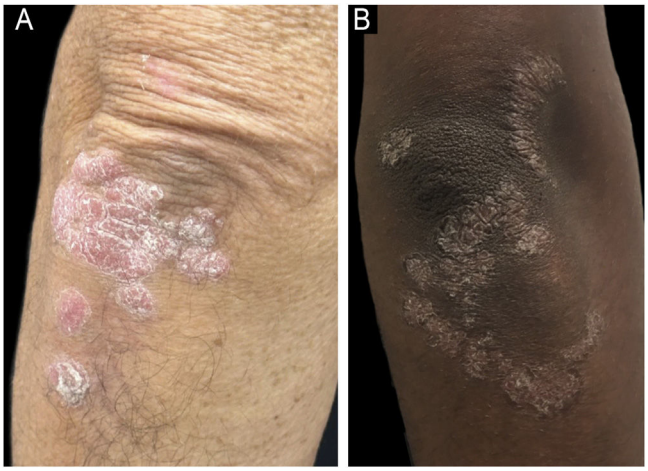

Figura 3 Apresentação clínica de placas de psoríase demonstrando os desafios do reconhecimento do eritema em pele de cor (PDC). (A) Placa eritematosa típica de psoríase, claramente visível em pele mais clara. (B) Placa de psoríase apresentando tons violáceos, hipercrômicos e acinzentados em pele mais escura, ilustrando a variabilidade na aparência visual. Tais diferenças ressaltam a importância de reconhecer sinais não tradicionais de inflamação para diagnosticar e avaliar com precisão a gravidade da psoríase em pacientes com PDC.

com pele mais clara, e necessitam de quantidade significantemente maior de biopsias diagnósticas. De fato, estudos demonstraram que a probabilidade de utilização de biopsia para confirmar um diagnóstico de psoríase é quatro vezes maior em indivíduos com PDC.[2]

Testes diagnósticos como a curetagem metódica de Brocq, o sinal de Auspitz e o sinal da vela continuam sendo particularmente úteis em PDC, pois esses achados físicos não dependem da visibilidade do eritema e, portanto, ajudam a confirmar o diagnóstico.

Além disso, pacientes com PDC geralmente apresentam placas mais espessas, descamação mais pronunciada e maior grau de envolvimento da superfície corporal. Especificamente, a psoríase palmoplantar e a psoríase em placas grave, que envolve mais de 10% da superfície corporal, são desproporcionalmente prevalentes entre as populações negras e hispânicas em comparação com as populações brancas.[2,4]

A dermatoscopia é cada vez mais reconhecida como ferramenta diagnóstica complementar valiosa, especialmente importante em populações com PDC. As características dermatoscópicas típicas da psoríase incluem vasos pontilhados regulares, eritema de fundo homogêneo (quando visível) e escamas que permanecem consistentes independentemente do tom de pele. A dermatoscopia aumenta significantemente a precisão diagnóstica, propiciando a visualização de alterações vasculares sutis e a distinção entre psoríase e outras doenças papuloescamosas, reduzindo assim procedimentos invasivos desnecessários (fig. 4).[30]

Uma consideração diagnóstica adicional em pacientes com PDC é o espectro de diagnósticos diferenciais, que inclui, notavelmente, condições como líquen plano, sarcoidose, lúpus eritematoso cutâneo, tinea corporis, sífilis secundária, eczema e micose fungoide. Essas condições frequentemente apresentam sobreposição morfológica com a psoríase em peles mais escuras, o que complica a diferenciação clínica (fig. 5).[2,4]

Populações asiáticas frequentemente apresentam uma variante particular denominada psoríase em pequenas placas, caracterizada por lesões crônicas estáveis, tipicamente menores que 2 cm, contrastando com as placas maiores mais comuns em populações ocidentais. Apesar do tamanho menor e da aparência clínica mais leve, estudos moleculares demonstraram ativação semelhante da via IL-17 nessas pequenas placas.[31]

Dadas essas complexidades clínicas, é essencial reconhecer os profundos desafios diagnósticos enfrentados por dermatologistas que tratam pacientes com PDC. Recursos educacionais, diretrizes clínicas e estudos de pesquisa ainda são insuficientemente representativos de fototipos de pele mais escura, influenciando diretamente a precisão diagnóstica e as estratégias de tratamento dos médicos.

Uma análise recente de livros didáticos de dermatologia revelou que as imagens de psoríase em PDC representavam apenas 7,3% [32] de todas as fotografias relacionadas à psoríase, apesar de populações de pele mais escura constituírem proporção significante e crescente da demografia global.

Aprimorar o treinamento dermatológico, atualizar os recursos clínicos e melhorar a representatividade em pesquisas são medidas imperativas para reduzir as disparidades raciais e étnicas existentes e melhorar significantemente os resultados para pacientes em populações com PDC (fig. 6).

Discromias na psoríase em pele de cor

As discromias pós-inflamatórias, que englobam tanto a hiperpigmentação quanto a hipopigmentação, representam importante desafio clínico no manejo da psoríase em pacientes com PDC. Essas alterações pigmentares frequentemente persistem após a resolução das lesões inflamatórias e, muitas vezes, impactam a qualidade de vida do paciente de maneira mais profunda do que a própria psoríase ativa, em virtude de sua natureza altamente visível e duradoura, afetando a autoestima e as interações sociais do paciente (fig. 7).[4,26]

A hiperpigmentação pós-inflamatória (HPI) é particularmente comum em pacientes com fototipos de pele mais escuros. Ela surge secundariamente a mediadores inflamatórios como IL-1, IL-6, IL-18 e prostaglandinas (notadamente PGE2 e PGF2α), que estimulam diretamente a melanogênese. Esses mediadores aumentam a expressão da tirosinase e de outras enzimas melanogênicas, intensificando a síntese de melanina e a subsequente pigmentação epidérmica após a inflamação.[33]

A hipopigmentação também ocorre como sequela pós-inflamatória distinta da psoríase. A manifestação mais clássica e específica de hipopigmentação associada à psoríase é o anel de Woronoff, uma zona anular pálida que aparece ao redor das placas de psoríase em cicatrização.[34] Descrito há mais de um século, o anel de Woronoff resulta da interrupção da melanogênese mediada por citocinas durante a inflamação.

Estudos recentes esclareceram o mecanismo subjacente, implicando a IL-17 e o TNF-α na supressão simultânea da produção de melanina, enquanto paradoxalmente aumentam a proliferação de melanócitos dentro dessas lesões. Esse desequilíbrio leva a diminuição visível da pigmentação, apesar do aumento da densidade de melanócitos, formando o

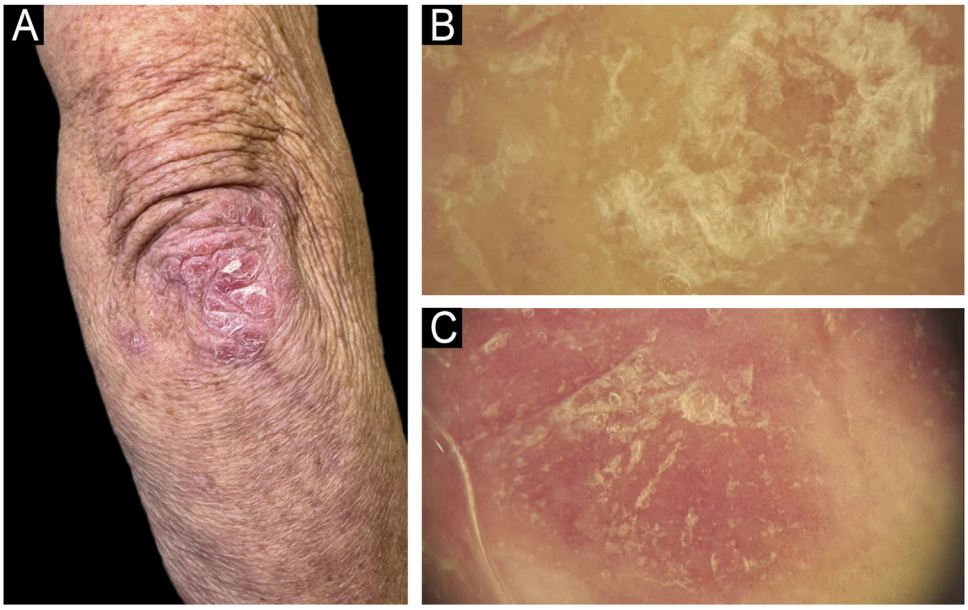

Figura 4 Dermatoscopia da psoríase em placas. (A) Imagem clínica de placa psoriásica no cotovelo, mostrando placa eritematosa bem delimitada com escamas prateadas. (B) Imagem dermatoscópica destacando escamas brancas e vasos pontilhados. (C) Dermatoscopia em fototipo mais claro mostrando vasos pontilhados regulares proeminentes em fundo homogeneamente eritematoso com descamação branca – achados clássicos na psoríase.

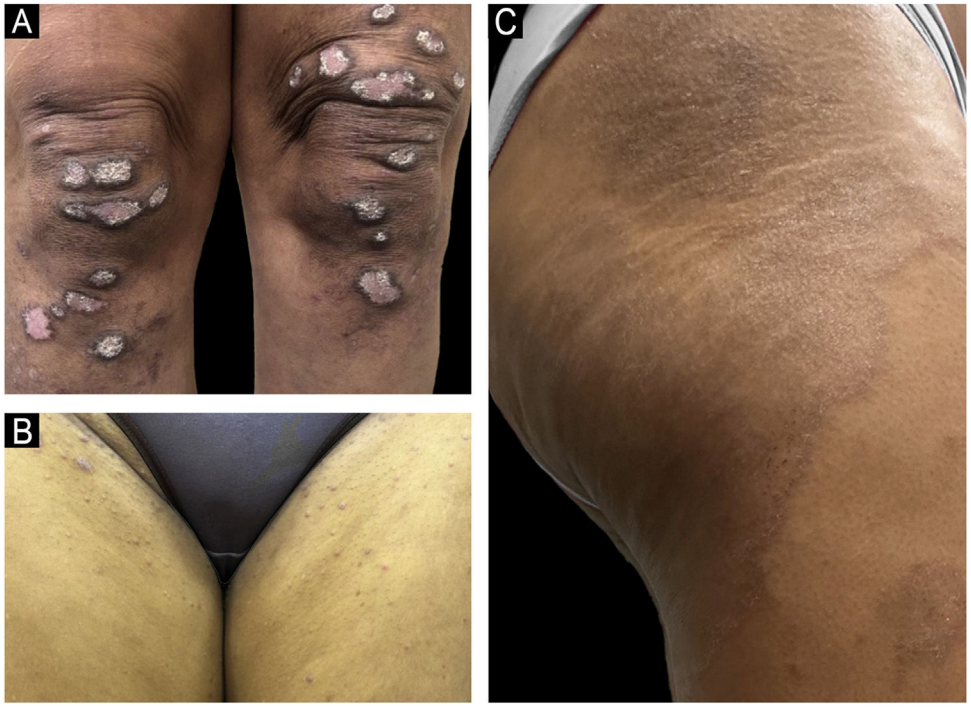

Figura 5 Desafios diagnósticos em pele de cor. (A) Paciente com lúpus eritematoso cutâneo crônico apresentando lesões discoides. (B) Paciente com psoríase previamente diagnosticada erroneamente como líquen plano por vários anos. (C) Paciente com dermatite atópica sem eritema visível, apresentação comum em tons de pele mais escuros.

halo despigmentado característico ao redor das placas em regressão.[34]

Além do anel de Woronoff, áreas de HPI após a psoríase podem ocorrer, frequentemente exacerbadas por intervenções terapêuticas como fototerapia e corticosteroides tópicos. Essas modalidades de tratamento, embora eficazes para o controle da psoríase, podem alterar ainda mais a função dos melanócitos ou a distribuição da melanina, agravando os problemas de hipopigmentação e destacando o cuidadoso equilíbrio necessário nas decisões terapêuticas.[34]

A profundidade do pigmento também é clinicamente importante: a HPI epidérmica geralmente apresenta

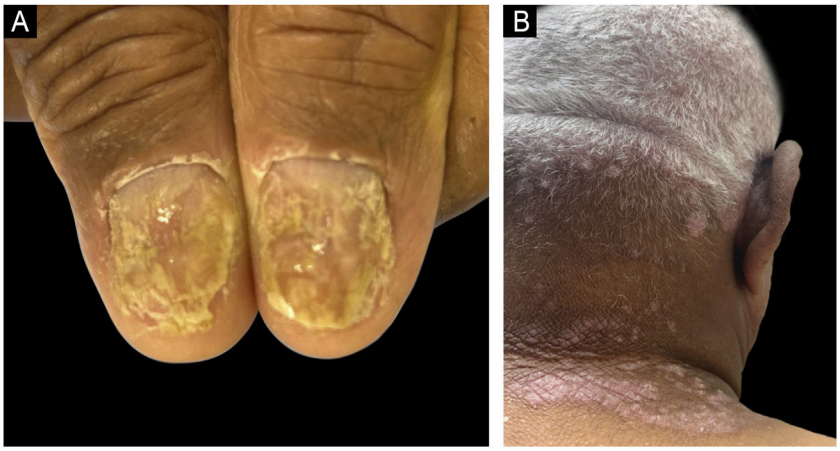

Figura 6 Manifestações de psoríase em áreas de difícil tratamento. (A) Envolvimento das unhas em paciente com fototipo VI de Fitzpatrick, mostrando hiperceratose subungueal, onicólise e sinal da gota de óleo. (B) Envolvimento do couro cabeludo no mesmo paciente, região comumente afetada em pacientes com pele de cor e frequentemente associada a maior carga da doença.

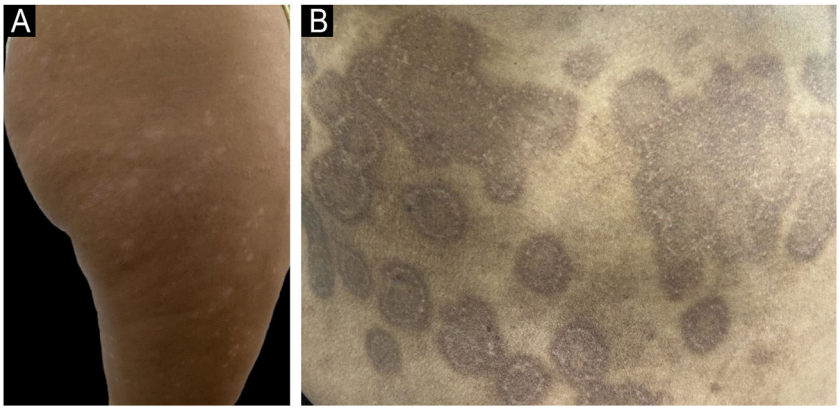

Figura 7 Discromias pós-inflamatórias. (A) Máculas hipopigmentadas na coxa de paciente com fototipo IV. (B) Máculas hiperpigmentadas com configuração anular no tronco de um paciente com fototipo V. Discromias persistentes representam uma preocupação significante para pacientes com pele de cor, frequentemente impactando a qualidade de vida de modo mais grave do que as próprias lesões inflamatórias iniciais.

coloração castanha ou marrom e pode persistir por meses, enquanto a HPI dérmica apresenta tonalidade azul-acinzentado e pode ser duradoura ou permanente.[35] Como a exposição ultravioleta e a inflamação contínua agravam a HPI, a fotoproteção rigorosa e o controle precoce da inflamação cutânea são fundamentais. De fato, as estruturas contemporâneas de cuidados com a HPI enfatizam que o primeiro passo é tratar prontamente a doença inflamatória subjacente. Embora esse algoritmo seja frequentemente ilustrado com acne,[36] o mesmo princípio deve ser aplicado na psoríase para minimizar a deposição de pigmento mais profunda e difícil de tratar.[37]

As opções terapêuticas para a HPI são limitadas e incluem retinoides tópicos, ácido azelaico, hidroquinona e – mais recentemente – thiamidol, um inibidor seletivo da tirosinase humana, bem como outros agentes clareadores disponíveis e *peelings* químicos. Dispositivos baseados em energia (p. ex., Nd:YAG Q-switched de 1064 nm) podem ser úteis em mãos experientes, mas exigem cautela em peles ricamente pigmentadas. Uma barreira prática para o envolvimento de áreas extensas do corpo é que a maioria dos tópicos despigmentantes são vendidos em pequenos volumes e podem ter custo proibitivo para grandes áreas da superfície corporal; essa limitação deve ser discutida durante a tomada de decisão compartilhada, priorizando os locais que mais afetam o bem-estar do paciente.[37]

O ácido tranexâmico (TXA) é adjuvante cada vez mais discutido para a HPI. Mecanisticamente, o TXA pode reduzir a melanogênese induzida por UV e atenuar a sinalização pró-pigmentar (p. ex., por meio de efeitos nos metabólitos do ácido araquidônico e na autofagia). Pequenos estudos randomizados sobre procedimentos a *laser* mostram resultados mistos para prevenção, mas sugerem resolução mais rápida da HPI quando o TXA é continuado após o procedimento. Os dados de segurança em pacientes não cirúrgicos sem fatores de risco trombóticos são tranquilizadores, embora as contraindicações padrão e o aconselhamento sobre riscos permaneçam essenciais.[38] Além da pigmentação especificamente, o trabalho pré-clínico sugere que o TXA tópico também pode atenuar a inflamação semelhante à psoríase, diminuindo a sinalização NF-κB induzida por IL-17 e a ativação do inflamassoma – aumentando a possibilidade de que o TXA possa, em casos cuidadosamente selecionados, melhorar os resul-

tados pigmentares e auxiliar no controle da inflamação psoriásica.[39]

Apesar da reconhecida importância dessas alterações pigmentares, elas permanecem pouco estudadas e a literatura dermatológica atual aborda inadequadamente o manejo terapêutico especificamente adaptado para populações com PDC. Expandir os estudos clínicos e aprimorar as estratégias de tratamento focadas nas sequelas pigmentares são, portanto, passos cruciais para melhorar os resultados e a qualidade de vida dos pacientes com psoríase.

Artrite psoriásica

A artrite psoriásica (APs) é artrite inflamatória crônica associada à psoríase, que afeta até 30% dos pacientes com psoríase, geralmente se desenvolvendo de sete a dez anos após o início dos sintomas cutâneos. No entanto, o envolvimento articular pode preceder as lesões de pele em aproximadamente 15% dos pacientes ou ocorrer simultaneamente.[1]

A APs apresenta-se de maneira heterogênea, caracterizada por artrite periférica, envolvimento axial, dactilite, entesite e doença ungueal, afetando significantemente a qualidade de vida e levando à incapacidade funcional se não tratada. O diagnóstico é clínico, apoiado por exames de imagem e critérios de classificação, como o *Classification Criteria for Psoriatic Arthritis* (CASPAR). Os sintomas comuns incluem dor articular, edema, rigidez, fadiga e limitação funcional, geralmente piorando pela manhã ou após repouso prolongado.[1,13]

Apesar do amplo conhecimento epidemiológico sobre a APs, os dados que examinam especificamente a apresentação clínica e a epidemiologia entre populações de pacientes com PDC ainda são limitados. Estudos recentes indicam disparidades raciais e étnicas significantes nos fenótipos da APs, na atividade da doença e nos resultados clínicos. Especificamente, indivíduos hispânicos e não brancos com APs têm maior probabilidade de apresentar contagens mais elevadas de articulações dolorosas, escores elevados de atividade da doença relatadas pelo paciente (p. ex., RAPID3) e maior prevalência de psoríase cutânea moderada a grave, apesar do uso semelhante de terapias sistêmicas. O envolvimento axial radiográfico, tradicionalmente associado predominantemente a populações caucasianas pela associação com HLA-B27, tem sido cada vez mais documentado entre indivíduos não brancos, destacando a diversidade fenotípica da APs em diferentes etnias.[40]

Além disso, pacientes com APs de populações de minorias étnicas frequentemente experimentam atrasos no diagnóstico e aumento da morbidade, parcialmente atribuíveis ao subdiagnóstico e à sub-representação em estudos clínicos e recursos de educação médica. Esses pacientes geralmente apresentam maior carga da doença e piores resultados relatados pelo paciente nas consultas clínicas iniciais, refletindo potenciais disparidades no acesso à saúde e barreiras socioeconômicas.[4]

Adicionalmente, estudos revelam que populações asiáticas, particularmente sul-asiáticas, podem apresentar fenótipos distintos de APs, caracterizados por idade de início mais precoce, sintomas articulares mais graves e maior frequência de entesite e dactilite em comparação com seus pares caucasianos. Essas diferenças clínicas ressaltam a necessidade de maior conscientização dos médicos, estratégias de saúde culturalmente adequadas e inclusão de populações diversas em ensaios clínicos.[15,40]

Comorbidades em pacientes com psoríase e PDC

A psoríase é reconhecida como doença inflamatória sistêmica, frequentemente associada a várias comorbidades além do envolvimento articular. Comorbidades comumente relatadas entre pacientes com psoríase incluem doenças cardiovasculares, síndrome metabólica, obesidade, diabetes *mellitus*, hipertensão, hiperlipidemia, doença renal crônica e transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade. A presença dessas condições influencia significantemente as estratégias de tratamento do paciente e o prognóstico em longo prazo, ressaltando a importância de avaliação clínica abrangente além das manifestações cutâneas.[1]

Embora essas comorbidades sejam bem estabelecidas em populações com psoríase em geral, a pesquisa que examina especificamente a carga de comorbidades em pacientes com PDC permanece relativamente limitada. Estudos recentes que utilizaram bancos de dados populacionais de grande escala, como o *National Ambulatory Medical Care Survey* (NAMCS), forneceram informações valiosas sobre diferenças raciais e étnicas. Curiosamente, uma análise abrangente recente que comparou a carga de comorbidades em pacientes com psoríase e PDC com a de pacientes brancos com psoríase, medida pelo Índice de Comorbidade de Charlson (ICC), não encontrou diferenças estatisticamente significantes entre os grupos raciais. Hipertensão, artrite, hiperlipidemia e diabetes estiveram entre as condições mais frequentemente relatadas em todas as raças, sugerindo semelhanças em vez de diferenças impulsionadas por fatores biológicos ou genéticos associados apenas à raça.[41]

No entanto, as disparidades nos resultados de saúde, acesso ao tratamento e qualidade de vida persistem entre pacientes com PDC, em grande parte atribuíveis ao *status* socioeconômico, acesso à assistência médica e potencial sub-representação em diretrizes clínicas e pesquisas. Apesar de cargas de comorbidades semelhantes entre as populações com PDC e brancas, os pacientes com PDC frequentemente apresentam piores resultados da doença em virtude do diagnóstico tardio, diagnóstico incorreto e manejo inadequado decorrentes de desigualdades sistêmicas. Portanto, abordar essas disparidades requer intervenções direcionadas com foco na melhora da acessibilidade à assistência médica.[41]

Considerações especiais no tratamento da psoríase em PDC

Terapias tópicas

As terapias tópicas continuam sendo os tratamentos de primeira linha para psoríase leve em todos os tipos de pele. No entanto, o tratamento da psoríase em populações com PDC exige consideração cuidadosa em decorrência do risco aumentado de hipopigmentação e HIP. O uso prolongado de corticosteroides tópicos potentes é frequentemente desencorajado em pacientes com pele mais escura em virtude de seu potencial para causar hipopigmentação, atrofia e

estrias significantes, o que impacta negativamente a adesão do paciente.[42]

Alternativas não clareadoras, como análogos da vitamina D (p. ex., calcipotriol) e inibidores da calcineurina (p. ex., tacrolimus e pimecrolimus), são frequentemente preferidas, particularmente para áreas faciais e intertriginosas.[4] Uma análise recente destacou a eficácia e a segurança da espuma de calcipotriol/dipropionato de betametasona em pacientes com PDC, demonstrando bons resultados clínicos com perfil de segurança pigmentar aceitável.[43]

Ao tratar a psoríase do couro cabeludo em pacientes com PDC, particularmente aqueles de ascendência africana, os médicos devem adaptar os regimes tópicos para acomodar as práticas culturais de cuidados com o cabelo e as preferências de penteado. A lavagem diária com xampus medicamentosos, frequentemente recomendada em protocolos padrão, pode não ser viável para muitas mulheres afro-americanas em virtude de preocupações com o ressecamento, quebra e desestruturação de penteados protetores, como tranças, apliques e *dreadlocks*.[15]

Em vez disso, uma abordagem mais adequada envolve o uso semanal de xampus medicamentosos combinado com a aplicação de corticosteroides uma ou duas vezes ao dia em veículos compatíveis com a textura do cabelo e os hábitos de penteado da paciente. Preparações à base de óleo, loções e espumas emolientes costumam ser mais bem aceitas. Uma breve conversa sobre preferências de veículos, rotinas de cuidados com o cabelo e o uso potencial de tratamentos tradicionais para o couro cabeludo é essencial para otimizar a adesão e a satisfação com o tratamento nessa população.[15]

Fototerapia

A fototerapia continua sendo um pilar no tratamento da psoríase moderada a grave, principalmente em pacientes com mais de 10% da superfície corporal afetada ou naqueles refratários a terapias tópicas. As modalidades fototerapêuticas comuns incluem ultravioleta B de banda larga (UVB-BB), UVB de banda estreita (UVB-NB) e psoraleno mais UVA (PUVA), cada uma com perfis únicos de eficácia e segurança.

A UVB-BB, que utiliza todo o espectro UVB (254–313 nm), demonstrou eficácia, mas foi amplamente substituída pela UVB-NB (311–313 nm) em virtude das taxas de eliminação superiores e do melhor perfil de segurança em ensaios comparativos diretos. A terapia PUVA, que combina UVA (320–400 nm) com psoralenos, demonstrou alta eficácia, com taxas de eliminação próximas a 89% em alguns estudos.[44] No entanto, preocupações com riscos carcinogênicos em longo prazo, especialmente o carcinoma de células escamosas, limitaram seu uso.[45] Além disso, em populações com PDC, a PUVA está associada a maior risco de discromias, tornando a UVB-NB geralmente a modalidade preferida.[44]

Uma consideração importante em pacientes com PDC é o impacto do aumento do conteúdo de melanina no cálculo da dose de UV e na tolerabilidade do tratamento. Tradicionalmente, os médicos têm aumentado as doses de UVB-NB em indivíduos de pele mais escura para atingir eritema leve (limiar eritemogênico), assumindo que isso se correlaciona com a eficácia do tratamento. No entanto, novas evidências desafiam essa abordagem. Um estudo prospectivo bilateral, lado a lado, comparou regimes de UVB-NB suberitemogênicos (70% da dose mínima de eritema – DME) e eritemogênicos (100% da DME) em pacientes egípcios de pele escura com psoríase em placas crônica (fototipos de pele Fitzpatrick III-V). Após o tratamento, ambos os regimes de dosagem resultaram em reduções de PASI e taxas de eliminação estatisticamente semelhantes, mas o lado suberitemogênico recebeu doses cumulativas de UVB significantemente menores (42,73 *vs.* 62,36 J/cm^2, p < 0,001).[46] Esses achados sugerem que os protocolos de UVB-NB suberitemogênicos podem oferecer eficácia equivalente com redução da carga fototóxica cumulativa em pacientes com PDC.

As atitudes culturais também desempenham papel crucial na adesão à fototerapia. Em algumas populações asiáticas, a pele mais escura está culturalmente associada ao trabalho manual e a nível socioeconômico mais baixo, levando à aversão cultural ao bronzeamento. Estudos relatam que alguns pacientes asiáticos submetidos à fototerapia expressam insatisfação com o bronzeamento indesejado, afetando diretamente a adesão. Essas nuances culturais devem orientar a tomada de decisão compartilhada durante o planejamento do tratamento.[44,47]

Na prática clínica, esses achados defendem estratégias de dosagem de fototerapia personalizadas em pacientes com PDC, equilibrando a eficácia com a minimização de efeitos adversos, como HPI e preocupações estéticas relatadas pelos pacientes. Os protocolos de UVB-NB suberitemogênicos agora representam opção baseada em evidências para otimizar os resultados, minimizando os efeitos colaterais pigmentares nessas populações.[46]

Terapia sistêmica clássica

As terapias sistêmicas clássicas, incluindo metotrexato, acitretina e ciclosporina, continuam sendo opções fundamentais para o tratamento da psoríase moderada a grave em todo o mundo, particularmente em regiões onde o acesso a agentes biológicos é limitado.

O metotrexato, antagonista do folato com efeitos imunomoduladores e anti-inflamatórios, é amplamente utilizado como opção sistêmica de primeira linha devido ao seu baixo custo e longa experiência clínica. Embora sua eficácia pareça comparável entre diferentes grupos raciais e étnicos, há representação limitada de populações com PDC em ensaios clínicos.[6] A segurança hepática continua sendo preocupação fundamental, particularmente em áreas com maior prevalência de hepatite viral (p. ex., partes da Ásia e da África Subsaariana), reforçando a necessidade de triagem inicial e monitoramento regular da função hepática.

Notavelmente, polimorfismos genéticos no gene MTHFR (p. ex., C677T e A1298C) – que afetam o metabolismo do folato e, portanto, a farmacocinética do metotrexato – ocorrem com frequência variável entre as populações. Indivíduos asiáticos e hispânicos, por exemplo, apresentam maior prevalência da variante C677T, que tem sido associada a risco aumentado de toxicidade, enquanto as populações africanas tendem a ter menor frequência desse alelo.[48]

A acitretina, retinoide sistêmico, é normalmente reservada para pacientes com psoríase pustulosa, eritrodérmica ou palmoplantar, ou como agente de manutenção. Não é imunossupressora, o que a torna útil em pacientes com contraindicações a imunossupressores. No entanto, a teratogenicidade e os efeitos colaterais mucocutâneos podem ser mais perceptíveis e angustiantes em pacientes com PDC, par-

ticularmente pelo impacto na pigmentação dos lábios e da face e pelo potencial para HPI.[14]

A ciclosporina, inibidor da calcineurina, tem ação rápida e é eficaz em crises agudas. É comumente usada para o controle de curto prazo da doença grave; o uso em longo prazo é limitado pela nefrotoxicidade e hipertensão, que podem afetar desproporcionalmente certos grupos étnicos. Por exemplo, pacientes afro-americanos têm risco basal maior de hipertensão e podem exigir monitoramento mais rigoroso ao usar ciclosporina.[49] O impacto favorável da ciclosporina no controle da doença deve ser ponderado em relação ao seu perfil de efeitos colaterais, especialmente em populações já com risco cardiovascular aumentado.

É importante ressaltar que há falta de dados de ensaios clínicos que avaliem especificamente essas terapias em populações com PDC, o que dificulta tirar conclusões firmes sobre a dosagem ideal, a eficácia e os perfis de eventos adversos. Fatores culturais também podem influenciar a escolha e a adesão ao tratamento. Em algumas culturas, pode haver hesitação em relação ao uso prolongado de medicamentos sistêmicos por receios de medicamentos ''químicos'', danos aos órgãos ou infertilidade – fatores que podem não ser abordados explicitamente em consultas padrão.[14]

Terapias biológicas para psoríase em PDC: evidências atuais e necessidades não atendidas

As terapias biológicas que têm como alvo as vias de TNF-α, IL-12/23, IL-17 e IL-23 transformaram o panorama do tratamento da psoríase moderada a grave, oferecendo altos níveis de eliminação da doença da pele com perfis de segurança favoráveis. No entanto, apesar de seu uso disseminado, os dados sobre a eficácia e segurança do tratamento em populações com PDC permanecem escassos e fragmentados. Historicamente, pacientes não brancos têm sido grosseiramente sub-representados em ensaios clínicos fundamentais para psoríase, com uma revisão sistemática recente mostrando que 84,3% dos participantes em ensaios clínicos com terapias biológicas para psoríase eram brancos, restando menos de 16% de todos os outros grupos raciais e étnicos combinados.[50]

Revisões sistemáticas recentes tentaram abordar essa lacuna de conhecimento reunindo os dados disponíveis. Uma revisão de 2024, analisando 11 ensaios de fase 3, incluiu 1.393 pacientes com psoríase e PDC, a maioria asiáticos (64,3%), mas pacientes negros e hispânicos permaneceram notavelmente sub-representados.[50] Outra revisão incluiu 24 estudos, demonstrando novamente predominância de participantes asiáticos (n = 2.740) e brancos (n = 8.735), enquanto apenas 138 pacientes negros e 728 latinos foram incluídos em todos os estudos.[51]

Algumas análises de subgrupos tentaram comparar as respostas a biológicos entre etnias, mas os resultados permanecem inconclusivos em virtude do baixo número de pacientes e da heterogeneidade nos desenhos dos estudos. Na revisão de Ferguson et al., o ixequizumabe mostrou taxas de resposta PASI75 numericamente mais altas em pacientes asiáticos (98,8%) e latinos (96,6%), enquanto o guselcumabe pareceu mais eficaz entre participantes negros (74,2%) e brancos (86,8%).[51] Da mesma maneira, o bimequizumabe demonstrou altas taxas de resposta PASI90 e PASI100 em pacientes com PDC (85,5% e 52,6%, respectivamente) na revisão de Rijal et al., mas novamente com tamanhos amostrais pequenos (apenas 62 pacientes com PDC recebendo bimequizumabe).[50] É importante ressaltar que esses achados são exploratórios e ainda não devem orientar a tomada de decisões clínicas, dadas as limitações de análises retrospectivas e com poder estatístico insuficiente.

Felizmente, o cenário está começando a mudar. Em 2025, a publicação do estudo VISIBLE (NCT05272150) representou marco importante. Esse foi o primeiro grande estudo prospectivo, randomizado e controlado por placebo, especificamente projetado para avaliar a segurança e a eficácia de um agente biológico (guselcumabe) em pacientes com PDC e psoríase. O estudo recrutou 211 pacientes, todos autodeclarados com raça/etnia diferente de branca, com mais de 50% apresentando fototipos de pele Fitzpatrick IV–VI.[52]

O estudo VISIBLE teve duas coortes: uma focada em psoríase corporal moderada a grave (Coorte A) e outra em psoríase do couro cabeludo, área de particular preocupação em pacientes com PDC por sua relevância psicológica e cultural (Coorte B). Na semana 16, 59,5% dos pacientes com PDC tratados com guselcumabe atingiram PASI90 e 41,7% alcançaram eliminação completa (PASI100). Em relação ao envolvimento do couro cabeludo, 78% alcançaram melhora de 90% no *Psoriasis Scalp Severity Index* (PSSI90), mostrando eficácia robusta mesmo nesse local desafiador.[52]

Na prática clínica, as implicações dos dados ainda limitados para populações com PDC sugerem que, embora não existam atualmente diretrizes ou estudos definitivos para orientar a escolha de um agente biológico específico com base na etnia,[50] a intervenção não deve ser adiada. Pelo contrário, estabelecer tratamento precoce e eficaz é essencial, uma vez que os pacientes com PDC frequentemente experimentam impacto desproporcionalmente maior na qualidade de vida.[4] Tal abordagem terapêutica ágil é fundamental para interromper prontamente a cascata inflamatória e, consequentemente, mitigar o risco de discromias pós-inflamatórias, que representam morbidade significante e preocupação central para esses pacientes.[5]

Tratamento da psoríase no Sistema Único de Saúde (SUS)

No Brasil, o tratamento da psoríase é oferecido pelo SUS e pelo setor privado. De acordo com o Consenso Brasileiro de Psoríase de 2024, os princípios de tratamento direcionado a metas permanecem alinhados com a ''regra dos dez'' (PASI > 10, ASC > 10 ou DLQI > 10) e estão incorporados em contextos de acesso público e privado, ajudando a padronizar a elegibilidade para terapia sistêmica e biológicos em todo o país.[53]

Na prática, o acesso é geralmente amplo por meio do SUS e de planos de saúde privados regulamentados; no entanto, a disponibilidade limitada de especialistas e as restrições financeiras ainda dificultam a adesão. Os tratamentos para discromia, incluindo procedimentos e agentes despigmentantes tópicos, não estão disponíveis rotineiramente no SUS e costumam ser caros, afetando desproporcionalmente pessoas em situação financeira precária, entre as quais

pacientes com fototipos de Fitzpatrick mais elevados são frequentemente sobrerrepresentados.

Psoríase pustulosa em PDC

A psoríase pustulosa representa subtipo clínico raro, porém grave, de psoríase, caracterizado pela presença de pústulas estéreis em fundo eritematoso ou inflamado. Sua forma mais grave, a psoríase pustulosa generalizada (PPG), é considerada emergência dermatológica, frequentemente exigindo hospitalização e associada a taxa de mortalidade de aproximadamente três óbitos por 100 pacientes-ano.[54]

Os dados epidemiológicos sobre psoríase pustulosa em populações com PDC ainda são escassos, mas os estudos existentes sugerem potencial variabilidade étnica. Uma análise transversal da Universidade da Califórnia, em São Francisco, constatou que pacientes asiáticos e hispânicos/latinos apresentavam chances significantemente maiores de ter psoríase pustulosa em comparação com caucasianos (OR = 4,36 [IC 95%: 1,24–17,62] para asiáticos; OR = 5,94 [IC 95%: 1,03–31,03] para hispânicos/latinos).[55] Embora as populações de ascendência africana estivessem sub-representadas nesse estudo, esses achados sugerem que pacientes não brancos podem ter risco relativamente maior de formas pustulosas.

Do ponto de vista fisiopatológico, a PPG é agora reconhecida como condição autoinflamatória predominantemente impulsionada pela desregulação da via IL-36, com formas monogênicas ligadas a mutações no gene IL36RN, especialmente prevalentes em grupos asiáticos.[54,56]

Em relação ao tratamento, historicamente, terapias sistêmicas como ciclosporina, metotrexato e acitretina têm sido os principais recursos para o controle de crises agudas de PPG.[54] A ciclosporina é frequentemente preferida para o controle rápido, especialmente em casos instáveis, enquanto a acitretina desempenha papel na manutenção e em variantes pustulosas crônicas, como a pustulose palmoplantar.

Avanços recentes na inibição da via IL-36 remodelaram o manejo da PPG. O espesolimabe, anticorpo monoclonal antirreceptor de IL-36, tornou-se o primeiro medicamento biológico aprovado pela FDA e também é aprovado pela ANVISA no Brasil, especificamente indicado para o tratamento de crises agudas de PPG em adultos, com base no estudo Effisayil-1, que demonstrou eliminação significantemente mais rápida das pústulas e melhora clínica mais ampla em comparação com o placebo.[56] É importante ressaltar que a maioria dos ensaios clínicos que avaliam terapias para psoríase pustulosa incluiu muito poucos pacientes com PDC, o que limita a capacidade de tirar conclusões definitivas sobre a eficácia e a segurança do tratamento nesses grupos.

Conclusão

O tratamento da psoríase em pessoas com PDC apresenta desafios únicos que vão além das características clínicas e refletem questões mais amplas de equidade, representação e competência cultural: barreiras socioeconômicas e estruturais (incluindo acesso limitado a especialistas em dermatologia e restrições financeiras) afetam desproporcionalmente as comunidades com PDC e atrasam o diagnóstico e o início da terapia eficaz.[15] Ao mesmo tempo, o viés implícito nos sistemas de saúde contribui para o subdiagnóstico ou diagnóstico incorreto, porque as apresentações muitas vezes diferem daquelas em fototipos mais claros,[6] e essas desigualdades são agravadas pela persistente sub-representação de indivíduos com PDC em ensaios clínicos, o que limita a base de evidências necessária para fundamentar diretrizes e validar a eficácia e a segurança de terapias em diversas populações.[57]

No Brasil, barreiras socioeconômicas e estruturais, incluindo acesso limitado a especialistas em dermatologia e restrições financeiras, afetam desproporcionalmente populações vulneráveis, em que indivíduos negros e pardos são sobrerrepresentados. Essas barreiras, agravadas por disparidades regionais, podem atrasar o diagnóstico e o início de terapia eficaz, perpetuando piores resultados para esses pacientes.[58]

Abordar essas desigualdades exige cuidados culturalmente competentes e centrados no paciente, com tomada de decisão compartilhada.[15] Os médicos devem reconhecer apresentações mais sutis em PDC: placas hiperpigmentadas ou violáceas, eritema mínimo e alterações pigmentares pós-inflamatórias frequentes.[2]

As ferramentas convencionais de escores de gravidade, como o PASI, dão grande peso ao eritema, que pode ser difícil de detectar em tons de pele mais escuros. Essa dependência da visualização do eritema pode levar à subestimação da gravidade da doença nesses pacientes.[5] Portanto, há necessidade urgente de desenvolver instrumentos de escore validados e específicos para PDC que levem em consideração as diferenças na morfologia da lesão e nas alterações pigmentares.

Embora nenhum instrumento de gravidade tenha sido especificamente validado para populações com PDC, estudos recentes têm incorporado cada vez mais abordagens multimodais, combinando medidas relatadas pelo médico, como a Avaliação Global Do Investigador (AGI) e a ASC, com resultados relatados pelo paciente, incluindo o DLQI e o *Psoriasis Symptoms and Signs Diary* (PSSD). Além disso, ferramentas como o *Skin Discoloration Impact Evaluation Questionnaire* (SDIEQ) possibilitam a avaliação do impacto psicossocial das discromias pós-inflamatórias. Juntas, essas medidas fornecem avaliação mais abrangente e centrada no paciente do impacto da doença, independente da visualização do eritema.[59]

Tecnologias emergentes, incluindo dermatoscopia e análise de imagem baseada em inteligência artificial treinada em diversos conjuntos de dados, oferecem promessas para futuras ferramentas de avaliação objetiva,[3,4] embora os estudos de validação em populações com PDC ainda sejam limitados e representem prioridade crítica de pesquisa.

A documentação fotográfica da psoríase em pele escura requer aprimoramento: as técnicas padrão de iluminação e imagem muitas vezes não conseguem capturar o contraste da lesão em pele ricamente pigmentada, complicando o monitoramento clínico e a documentação da pesquisa.[60] As ferramentas futuras também devem incorporar a avaliação da discromia residual, pois essas sequelas costumam ser de grande preocupação para pacientes com PDC e podem prejudicar significantemente a qualidade de vida.[5]

Olhando para o futuro, a maior inclusão de populações com PDC em ensaios clínicos é essencial para garantir que as recomendações de tratamento sejam amplamente apli-

cáveis. Os esforços de pesquisa também devem priorizar estudos na prática clínica e dados de resultados em longo prazo que reflitam a diversidade racial e étnica. Em última análise, abordagem abrangente e focada na equidade é essencial para oferecer o melhor atendimento possível a todos os pacientes com psoríase, independentemente da cor da pele.

ORCID ID

Ricardo Romiti: 0000-0003-0165-3831

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Anderson Costa: Elaboração e redação do artigo; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Ricardo Romiti: Concepção e planejamento do estudo; revisão crítica de conteúdo intelectual; participação efetiva na orientação da pesquisa; aprovação da versão final do manuscrito.

Disponibilidade de dados de pesquisa

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Conflito de interesses

Anderson Costa: Recebeu honorários de consultoria da Eli Lilly, Janssen, Novartis e Pfizer; atuou como palestrante remunerado para AbbVie, Eli Lilly, Janssen, Novartis, Pfizer, Sanofi e UCB Pharma. Ricardo Romiti: Recebeu honorários de consultoria da AbbVie, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, Eli Lilly, Galderma, Janssen, LEO Pharma, Novartis, Pfizer, Sanofi e UCB Pharma; sua instituição recebeu financiamento para pesquisa da AbbVie e atuou como palestrante remunerado para AbbVie, Boehringer Ingelheim, BMS, Eli Lilly, Janssen, LEO Pharma, Novartis, Pfizer, Sanofi, SunPharma e UCB Pharma.

Editor

Sílvio Alencar Marques.

Referências

1. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review. JAMA. 2020;323:1945–60.
2. Dickerson T, Pratt A, O'Quinn M, Beuttler M, Scheinuk JE, Chapple AG, et al. Racial disparities in the diagnosis of psoriasis. Cutis. 2022;110:26–8.
3. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Global epidemiology of Psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. J Invest Dermatol. 2013;133:377–85.
4. Kaufman BP, Alexis AF. Psoriasis in skin of color: insights into the epidemiology, clinical presentation, genetics, quality-of-life impact, and treatment of Psoriasis in non-white racial/ethnic groups. Am J Clin Dermatol. 2018;19:405–23.
5. Gkini M, Nakamura M, Alexis AF, Londoño-Garcia A, Van De Kerkhof PCM, Doss N, et al. Psoriasis in people with skin of color: an evidence-based update. Int J Dermatol. 2025;64:667–77.
6. Yadav G, Yeung J, Miller-Monthrope Y, Lakhani O, Drudge C, Craigie S, et al. Unmet need in people with Psoriasis and skin of color in Canada and the United States. Dermatol Ther. 2022;12:2401–13.
7. Torres V, Herane MI, Costa A, Martin JP, Troielli P. Refining the ideas of ''ethnic'' skin. An Bras Dermatol. 2017;92:221–5.
8. Adamson AS. Should we refer to skin as ''ethnic?''. J Am Acad Dermatol. 2017;76:1224–5.
9. Erickson T, Daftary K, Quan VL, Chovatiya R. Capturing the diversity of dermatology – what's in a name? Am J Clin Dermatol. 2023;24:675–80.
10. Nunes K, Araújo Castro E, Silva M, Rodrigues MR, Lemes RB, Pezo-Valderrama P, et al. Admixture's impact on brazilian population evolution and health. Science. 2025;388:eadl3564.
11. Petruccelli JL, Saboia AL, Características étnico-raciais da população: classificações e identidades. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (ed.). Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua terceiro trimestre de 2024. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2024 [acesso 16 ago. 2025]. Disponível em: <https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Fasciculos_Indicadores_IBGE/2024/pnadc_202403_trimestre_caderno.pdf>.
13. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. Lancet. 2021;397:1301–15.
14. Taylor SC, Lim HW. Taylor and Kelly's dermatology for skin of color. 3rd ed. New York: McGraw Hill; 2025.
15. Alexis AF, Blackcloud P. Psoriasis in skin of color: epidemiology, genetics, clinical presentation, and treatment nuances. J Clin Aesthet Dermatol. 2014;7:16–24.
16. Romiti R, Martins LPF, Santana YRT, Timbó RV, Kurizky PS, Barroso DH, et al. Prevalence of psoriasis and other autoimmune skin diseases in a recently contacted indigenous community in the Auaris region, Yanomami Indigenous Territory, Brazil. Br J Dermatol. 2023;189:349–51.
17. Gelfand JM, Stern RS, Nijsten T, Feldman SR, Thomas J, Kist J, et al. The prevalence of Psoriasis in african americans: results from a population-based study. J Am Acad Dermatol. 2005;52:23–6.
18. Tishkoff SA, Reed FA, Friedlaender FR, Ehret C, Ranciaro A, Froment A, et al. The genetic structure and history of africans and african americans. Science. 2009;324:1035–44.
19. Romiti R, Amone M, Menter A, Miot HA. Prevalence of psoriasis in Brazil – a geographical survey. Int J Dermatol. 2017;56:e167–8.
20. Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CEM, Ashcroft DM. National, regional, and worldwide epidemiology of Psoriasis: systematic analysis and modelling study. BMJ. 2020;369:m1590.
21. Dand N, Mahil S, Capon F, Smith C, Simpson M, Barker J. Psoriasis and genetics. Acta Derm Venereol. 2020;100:adv00030.
22. Veal CD, Capon F, Allen MH, Heath EK, Evans JC, Jones A, et al. Family-based analysis using a dense single-nucleotide polymorphism-based map defines genetic variation at psors1, the major psoriasis-susceptibility locus. Am J Hum Genet. 2002;71:554–64.
23. Huang YW, Tsai TF. HLA-Cw1 and Psoriasis. Am J Clin Dermatol. 2021;22:339–47.
24. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis pathogenesis and treatment. Int J Mol Sci. 2019;20.

25. Klopot A, Baida G, Kel A, Tsoi LC, Perez White BE, Budunova I. Transcriptome analysis reveals intrinsic proinflammatory signaling in healthy african american skin. J Invest Dermatol. 2022;142:1360–71.e15.
26. Nicholas MN, Chan AR, Hessami-Booshehri M. Psoriasis in patients of color: differences in morphology, clinical presentation, and treatment. Cutis. 2020;106:7–10. E10.
27. Groh M, Badri O, Daneshjou R, Koochek A, Harris C, Soenksen LR, et al. Deep learning-aided decision support for diagnosis of skin disease across skin tones. Nat Med. 2024;30:573–83.
28. Diao JA, Adamson AS. Representation and misdiagnosis of dark skin in a large-scale visual diagnostic challenge. J Am Acad Dermatol. 2022;86:950–1.
29. Finlay AY, Griffiths TW, Belmo S, Chowdhury MMU. Why we should abandon the misused descriptor 'erythema'. Br J Dermatol. 2021;185:1240–1.
30. Karampinis E, Toli O, Georgopoulou KE, Papadopoulou MM, Vardiampasi A, Zafiriou E, et al. Exploring pediatric dermatology in skin of color: focus on dermoscopy. Life. 2024;14:1604.
31. Kim J, Oh CH, Jeon J, Baek Y, Ahn J, Kim DJ, et al. Molecular Phenotyping small (asian) versus large (western) plaque psoriasis shows common activation of IL-17 pathway genes but different regulatory gene sets. J Invest Dermatol. 2016;136:161–72.
32. Temiz LA, Ogunleye TA, Moshiri AS. Skin tone representation in dermatology textbooks: approximating the gap. 2022;21:795–6.
33. Fu C, Chen J, Lu J, Yi L, Tong X, Kang L, et al. Roles of inflammation factors in melanogenesis (Review). Mol Med Rep. 2020;21:1421–30.
34. Prinz J. The Woronoff ring in psoriasis and the mechanisms of postinflammatory hypopigmentation. Acta Derm Venereol. 2020;100:66–9.
35. Naik P. Getting to the core of contemporary therapies for post-inflammatory hyperpigmentation. J Drugs Dermatol. 2022;21:276–83.
36. Taylor S, Elbuluk N, Grimes P, Chien A, Hamzavi I, Alexis A, et al. Treatment recommendations for acne-associated hyperpigmentation: results of the delphi consensus process and a literature review. J Am Acad Dermatol. 2023;89:316–23.
37. Mar K, Khalid B, Maazi M, Ahmed R, Wang OJ, (Emilie), Khosravi-Hafshejani T. Treatment of post-inflammatory hyperpigmentation in skin of colour: a systematic review. J Cutan Med Surg. 2024;28:473–80.
38. Lindgren A, Austin A, Welsh K. The use of tranexamic acid to prevent and treat post-inflammatory hyperpigmentation. J Drugs Dermatol. 2021;20:344–5.
39. Hseu JH, Chan CI, Vadivalagan C, Chen SJ, Yen HR, Hseu YC, et al. Tranexamic acid improves psoriasis-like skin inflammation: evidence from in vivo and in vitro studies. Biomed Pharmacother. 2023;166:115307.
40. Haberman RH, Ahmed T, Um S, Zhou YY, Catron S, Jano K, et al. Racial and ethnic determinants of psoriatic arthritis phenotypes and disease activity. Rheumatology. 2025;64:574–80.
41. Peterson H, Huang MY, Lee K, Kingston P, Yee D, Korouri E, et al. Comorbidity burden in psoriasis patients with skin of color. J Psoriasis Psoriatic Arthritis. 2024;9:16–22.
42. Alexis A, Woolery-Lloyd H, Andriessen A, Koo J, McMichael A, Han G. Evolving concepts in psoriasis: special considerations for patients with skin of color, skin barrier dysfunction, and the role of adjunctive skin care. J Drugs Dermatol. 2022;21:1054–60.
43. Liu J, Cices A, Kaufman B, Sanabria-Gonzalez I, Alexis A. Efficacy and safety of calcipotriene/betamethasone dipropionate foam in the treatment of psoriasis in skin of color. J Drugs Dermatol. 2023;22:165–73.
44. Syed ZU, Hamzavi IH. Role of phototherapy in patients with skin of color. Semin Cutan Med Surg. 2011;30:184–9.
45. Hearn RMR, Kerr AC, Rahim KF, Ferguson J, Dawe RS. Incidence of skin cancers in 3867 patients treated with narrow-band ultraviolet B phototherapy. Br J Dermatol. 2008;159:931–5.
46. Youssef RM, Mahgoub D, Mashaly HM, El-Nabarawy E, Samir N, El-Mofty M. Different narrowband UVB dosage regimens in dark skinned psoriatics: a preliminary study. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2008;24:256–9.
47. Choe YB, Rim JH, Youn JI. Quantitative assessment of narrow-band UVB induced tanning during phototherapy in Korea. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2002;18:127–30.
48. Hughes LB, Beasley TM, Patel H, Tiwari HK, Morgan SL, Baggott JE, et al. Racial or ethnic differences in allele frequencies of single-nucleotide polymorphisms in the methylenetetrahydrofolate reductase gene and their influence on response to methotrexate in rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2006;65:1213–8.
49. Lackland DT. Racial differences in hypertension: implications for high blood pressure management. Am J Med Sci. 2014;348:135–8.
50. Rijal H, Bouadi N, Abduelmula A, Maliyar K, Bourkas AN, Georgakopoulos JR, et al. Response to biologic therapy in skin of colour participants with moderate-to-severe psoriasis and atopic dermatitis: a systematic review. J Cutan Med Surg. 2024;28:468–72.
51. Ferguson JE, Seger EW, White J, McMichael A. Racial/ethnic differences in treatment efficacy and safety for moderate-to-severe plaque psoriasis: a systematic review. Arch Dermatol Res. 2023;315:41–50.
52. Alexis A, McMichael A, Vashi N, Bhutani T, Rodriguez AO, Yeung J, et al. Improving diversity in a novel psoriasis study: visible as a framework for clinical trial quality improvement. JAMA Dermatol. 2025;161:256.
53. Romiti R, de Carvalho AVE, Nakano J, Duarte GV. Grupo de Trabalho do Consenso Brasileiro de Psoríase da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Highlights of the Brazilian Society of Dermatology's Brazilian consensus on psoriasis. An Bras Dermatol. 2025;100:501242.
54. Armstrong AW, Elston CA, Elewski BE, Ferris LK, Gottlieb AB, Lebwohl MG, et al. Generalized pustular psoriasis: a consensus statement from the national psoriasis foundation. J Am Acad Dermatol. 2024;90:727–30.
55. Yan D, Afifi L, Jeon C, Cordoro KM, Liao W. A cross-sectional study of the distribution of psoriasis subtypes in different ethno-racial groups. Dermatol Online J. 2018;24:13030.
56. Bachelez H, Choon SE, Marrakchi S, Burden AD, Tsai TF, Morita A, et al. Trial of spesolimab for generalized pustular psoriasis. N Engl J Med. 2021;385:2431–40.
57. Sevagamoorthy A, Sockler P, Akoh C, Takeshita J. Racial and ethnic diversity of US participants in clinical trials for acne, atopic dermatitis, and psoriasis: a comprehensive review. J Dermatol Treat. 2022;33:3086–97.
58. Coube M, Nikoloski Z, Mrejen M, Mossialos E. Persistent inequalities in health care services utilisation in Brazil (1998-2019). Int J Equity Health. 2023;22:25.
59. Alexis A, McMichael A, Soung J, Choi O, Alkousakis T, Alonso-Llamazares J, et al. Guselkumab for moderate to severe psoriasis across all skin tones: cohort a of the VISIBLE randomized clinical trial. JAMA Dermatol. 2025;161:901.
60. Oh Y, Markova A, Noor SJ, Rotemberg V. Standardized clinical photography considerations in patients across skin tones. Br J Dermatol. 2022;186:352–4.