



Imunobiológicos no tratamento da psoríase

Immunobiologicals in the treatment of psoriasis

Inmunobiológicos en el tratamiento de la psoriasis

Giovana Martins Montanher^{1,2}, Manuela Ciolari Borochock¹, Daiane Cortêz Raimondi¹, Daniele Fernanda Felipe¹.

RESUMO

Objetivo: Revisar a literatura sobre a eficácia dos imunobiológicos no tratamento da psoríase, identificando os principais fármacos utilizados, seus resultados terapêuticos, reações adversas e o impacto na qualidade de vida de pacientes. **Revisão bibliográfica:** Os resultados demonstraram que os imunobiológicos possuem alta eficácia no tratamento de psoríase moderada a grave melhorando os sintomas e a qualidade de vida do paciente, entretanto é necessário se atentar às contraindicações e comorbidades que possam alterar o prognóstico do tratamento. **Considerações finais:** Os imunobiológicos mostram-se eficazes no tratamento da psoríase moderada a grave, atuando de forma direcionada no sistema imunológico e promovendo melhora clínica e na qualidade de vidas dos pacientes. Estudos recentes confirmam sua superioridade em relação a outras terapias, mas reforçam a importância de considerar contraindicações, comorbidades e a individualização do tratamento. Destaca-se a carência de pesquisas em faixas etárias fora da adulta, o que limita as opções terapêuticas para crianças, adolescentes e idosos. Além disso, o alto custo e a restrita disponibilidade desses medicamentos no SUS dificultam o acesso, exigindo políticas públicas que ampliem a oferta e reduzam desigualdades no tratamento da psoríase.

Palavras-chave: Psoríase, Medicamentos biológicos, Inibidores TNF-alfa.

ABSTRACT

Objective: Review the literature on the efficacy of immunobiologicals in the treatment of psoriasis, identifying the main drugs used, their therapeutic outcomes, adverse effects, and the impact on patients' quality of life. **Literature review:** The results demonstrated that immunobiologicals are highly effective in the treatment of moderate to severe psoriasis, improving the symptoms and quality of life of the patient. However, it is necessary to pay attention to contraindications and comorbidities that may alter the prognosis of the treatment. **Final considerations:** Biologic agents have proven effective in the treatment of moderate to severe psoriasis acting specifically on the immune system and promoting clinical improvement and enhanced quality of life for patients. Recent studies confirm their superiority over other therapies but emphasize the importance of considering contraindications, comorbidities, and individualized treatment approaches. There is a notable lack of research involving age groups outside of adulthood, which limits therapeutic options for children, adolescents, and the elderly. Additionally, the high-cost limited availability of these medication through the Brazilian Unified Health System (SUS) hinder access, highlighting the need for public policies that expand availability and reduce disparities in psoriasis treatment.

Keywords: Psoriasis, Biological medicines, TNF-Alpha inhibitors.

RESUMEN

Objetivo: Revisar la literatura sobre la eficacia de los agentes biológicos en el tratamiento de la psoriasis, identificando los principales fármacos utilizados, sus resultados terapéuticos, efectos adversos y el impacto en la calidad de vida de los pacientes. **Revisión bibliográfica:** Los resultados demostraron que los

¹ Universidade Cesumar (UNICESUMAR), Maringá - PR.

imunobiológicos son altamente efectivos en el tratamiento de la psoriasis moderada a grave, mejorando los síntomas y la calidad de vida del paciente. Sin embargo, es necesario prestar atención a las contraindicaciones y comorbilidades que pueden alterar el pronóstico del tratamiento. **Consideraciones finales:** Los agentes biológicos han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la psoriasis moderada a grave, actuando de manera específica sobre el sistema inmunológico y promoviendo una mejora clínica y en la calidad de vida de los pacientes. Estudios recientes confirman su superioridad frente a otras terapias, pero resaltan la importancia de considerar las contraindicaciones, comorbilidades y la individualización del tratamiento. Se destaca la falta de investigaciones en grupos etarios fuera de la adultez, lo que limita las opciones terapéuticas para niños, adolescentes y personas mayores. Además, el alto costo y la disponibilidad limitada de estos medicamentos en el Sistema Único de Salud (SUS) dificultan el acceso, lo que exige políticas públicas que amplíen su oferta y reduzcan las desigualdades en el tratamiento de la psoriasis.

Palabras clave: Psoriasis, Medicamentos biológicos, Inhibidores del TNF-alfa.

INTRODUÇÃO

De acordo com a SBD (2021), a psoríase é uma doença crônica de caráter autoimune com prevalência de 3% na população mundial - 125 milhões de pessoas no mundo todo e 5 milhões na população brasileira. Define-se psoríase como uma doença dermatológica autoimune e crônica que cursa com uma inflamação sistêmica de caráter cíclico. São consideradas manifestações clínicas características da psoríase: máculas vermelhas com placas escamosas esbranquiçadas, máculas hipocrômicas, pele seca e rachada, prurido e sensibilidade, unhas grossas, sulcadas e descamadas, inchaço e rigidez articular.

A psoríase pode se manifestar em diferentes fases da vida, mais prevalente dos 18 aos 69 anos, e de diferentes formas, incluindo as formas flexural, gutata, pustulosa, e a em forma em placa sendo a mais comum, com lesões avermelhadas e descamativas bem delimitadas em grandes áreas extensoras (RAHARJA A, et al., 2021). Seu diagnóstico é baseado na anamnese, exame físico e histórico do paciente. A curetagem de Brocq, que provoca atrito nas lesões, pode revelar sinais específicos, como o sinal de vela e o de Auspitz, enquanto a biópsia tem papel secundário, sendo usada para descartar outras doenças. A gravidade da psoríase é avaliada pelo escore PASI, que considera eritema, espessura e descamação em quatro regiões do corpo.

A classificação final define a gravidade da doença e orienta o tratamento (PASCOAL GN, et al., 2023). A psoríase é impulsionada por um processo inflamatório iniciado pela ativação de células imunológicas na pele e pela interação entre os sistemas imune inato e adaptativo, conhecida como amplificação “feed-forward”. As células T desempenham um papel crucial na patogênese da psoríase, com a comunicação entre as células imunes mediada por citocinas como TNF- α , IFN- γ , IL-17 e IL-22. Essa interação ativa os queratinócitos, resultando em hiperproliferação epidérmica, angiogênese e infiltração de neutrófilos, além do aumento de células T auxiliares (Th1 e Th17), formando um ciclo de inflamação autossustentável (GRIFFITHS CEM, et al., 2021).

É consenso entre os pesquisadores de que a influência dos fatores ambientais em associação com a genética favoreça o desequilíbrio imunológico no corpo do indivíduo, característico do quadro clínico da patologia. Kamiya K, et al. (2019) destacam o estresse mental e o tabagismo como gatilhos e fatores de risco, com correlação entre a duração do tabagismo e o desenvolvimento da doença. Huang L, et al. (2024) abordam que o estigma em pacientes com psoríase pode impactar diretamente sua saúde mental, além de influenciá-la indiretamente por meio da ansiedade de aparência social e da alexitimia, transtorno caracterizado pela dificuldade em identificar, compreender e expressar emoções, o que pode agravar ainda mais as questões emocionais desses pacientes.

O tratamento da psoríase inclui opções tópicas, como corticoides e análogos da vitamina D, além de retinóides como o tazaroteno. Para casos mais graves, utilizam-se tratamentos sistêmicos, como retinóides, ciclosporina e metotrexato (SBD, 2020). Contudo, tratamentos tópicos à base de corticoides, podem provocar efeitos secundários após uso prolongado. Além disso apresentam ação limitada em casos mais graves, que requerem estratégias terapêuticas alternativas (RODRIGUES KBB, 2022). Segundo Perreira FCG e Da Silva TMB. (2024), antes dos tratamentos biológicos, os casos graves de psoríase foram tratados com

imunossuppressores orais, como metotrexato, apremilast, acitretina e ciclosporina. No entanto, esses medicamentos apresentam eficácia variável, complexidade na administração e efeitos colaterais como riscos renais e hepatotoxicidade.

Com a introdução dos imunobiológicos na saúde da população brasileira, tornou-se possível o tratamento das condições mais graves da psoríase e uma melhora na qualidade de vida dos pacientes, entretanto é importante ressaltar a baixa disponibilidade destes medicamentos no SUS e o frequente abandono do tratamento devido ao alto custo dessas medicações, não sendo acessível para a maioria da população em decorrência da desigualdade socioeconômica presente em nosso país (MOTA CCF, et al, 2022). Diante dos desafios no tratamento da psoríase, avanços recentes em imunobiológicos destacam a importância de revisar a literatura sobre sua eficácia, duração, contraindicações e possíveis resultados insatisfatórios. Este estudo buscou identificar os imunobiológicos mais indicados e avaliar seu impacto na qualidade de vida dos pacientes.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A terapia biológica, especialmente com inibidores do TNF como infliximabe, etanercepte e adalimumabe, tornou-se a principal abordagem para casos graves de psoríase, oferecendo maior eficácia e períodos mais longos sem recidivas em comparação aos imunossuppressores orais (BETANCOURT OMS, et al., 2023). Esses medicamentos atuam diretamente nos componentes pró-inflamatórios do sistema imunológico, alvejando pontos específicos da patogênese da doença, sendo a primeira escolha para pacientes com psoríase moderada a grave (com acometimento de 5% a 10% da superfície corporal ou mais de 10%) (LEE H e KIM M, 2023).

Entretanto, antes de iniciar a terapia biológica, é essencial realizar uma investigação laboratorial detalhada, além de analisar o histórico do paciente e as condições que podem impactar a eficácia e a segurança do tratamento. Os imunobiológicos podem aumentar o risco de infecções oportunistas e reativar infecções latentes, prejudicando o progresso do tratamento e potencialmente alterando o desenvolvimento de neoplasias ocultas. Portanto, é importante investigar a presença de infecções ativas, neoplasias e doenças desmielinizantes, pois contraindicam o uso de agentes biológicos (DUQUE CM, et al., 2020).

Os imunobiológicos mais destacados no tratamento da psoríase, como ustekinumabe, guselcumabe, risankizumab e tildrakizumab, são eficazes inibidores de IL-23. O ustekinumabe bloqueia também a IL-12, atuando na subunidade p40, essencial na transformação de células T em células Th1 e Th17. Esses medicamentos têm boas taxas de resposta PASI 75 e PASI 90, com alguns alcançando até 100% de redução das lesões. A eficácia e resposta variam entre os pacientes, sendo o ustekinumabe bem tolerado em idosos, sem necessidade de ajuste de dose (LEE H e KIM M, 2023). Comparado aos inibidores de TNF, o ustekinumabe se destaca pela superioridade em sobrevida e equilíbrio entre eficácia e segurança (SBD, et al., 2020).

Por outro lado, os inibidores de IL-17 atuam no ligante ou receptor da IL-17, e incluem secuquinumabe, ixekizumabe, bimequizumabe e brodalumabe. O secuquinumabe e ixekizumabe bloqueiam a IL-17A, enquanto o bimequizumabe age também na IL-17F, e o brodalumabe no receptor da IL-17 (LEE H e KIM M, 2023). Esses medicamentos têm início rápido de ação e eficácia prolongada no tratamento da psoríase e artrite psoriática. O secuquinumabe demonstrou eficácia nas primeiras semanas, com 81,6% de PASI 75 na semana 12 e 28,6% de PASI 100. O ixekizumabe apresentou resultados semelhantes. O brodalumabe também foi eficaz, porém com maior risco de infecções fúngicas, como candidíase (RENDON A e SCHAKEL K, 2019).

Em geral, esses inibidores têm perfil de segurança aceitável, sem aumento significativo no risco de infecções graves ou câncer, mas foram relatados casos de candidíase e agravamento de doenças inflamatórias intestinais. As reações adversas mais comuns incluem infecções respiratórias e reações no local da injeção (LEE H e KIM M, 2023). Os inibidores de TNF-alfa, como etanercepte, infliximabe, adalimumabe e certolizumabe, bloqueiam o TNF-alfa, uma citocina central na inflamação. São a primeira geração de

biológicos, eficazes no tratamento da psoríase e artrite psoriática. O etanercepte foi o primeiro aprovado pelo FDA, enquanto infliximabe e adalimumabe são anticorpos monoclonais que neutralizam o TNF-alfa. O certolizumabe é um fragmento de anticorpo monoclonal (RENDON A e SCHAKEL K, 2019). A resposta ao tratamento costuma ser observada após 12 a 16 semanas, exceto para infliximabe, que pode ter resultados em 8 a 10 semanas.

Esses medicamentos são eficazes a longo prazo e benéficos para pacientes com histórico de doenças inflamatórias intestinais. Contudo, podem causar efeitos adversos graves, como infecções, hepatite, tuberculose e distúrbios do sistema nervoso central. As taxas de resposta PASI 75 variam: 52% para etanercepte, 59% para adalimumabe, 80% para infliximabe e 83% para certolizumabe. O infliximabe tem maior eficácia, mas sua natureza quimérica pode aumentar o risco imunogênico. O certolizumabe é seguro para uso durante gravidez e amamentação por não ter domínio Fc (LEE H e KIM M, 2023). O etanercepte é um receptor solúvel que neutraliza o TNF-alfa de forma competitiva, com meia-vida de 70 horas e administração subcutânea (50 mg duas vezes por semana por 12 semanas, depois 50 mg semanalmente).

Após 12 semanas, apresenta taxa de resposta PASI 75 de 52%. Pode ser usado em combinação com clobetasol, calcipotriol, metotrexato, acitretina, ciclosporina e fototerapia UVB-nB. No Brasil, é aprovado para psoríase em placas em adultos e crianças acima de 6 anos. Contraindicado em insuficiência cardíaca, tuberculose ativa, câncer, gravidez, lactação, doenças desmielinizantes e alergia ao medicamento. Efeitos colaterais incluem reações no local da injeção, cefaleia, dores musculares, infecções e problemas autoimunes. Já o infliximabe é um anticorpo monoclonal quimérico que se liga ao TNF-alfa, com meia-vida de 9 dias. Para psoríase, é administrado por infusão intravenosa de 5 mg/kg nas semanas 0, 2, 6 e a cada 8 semanas. Após a primeira aplicação, alcança uma taxa de resposta PASI 75 de 81% na décima semana.

Pode ser combinado com clobetasol, calcipotriol, metotrexato e acitretina, com a combinação com clobetasol sendo recomendada para evitar anticorpos contra o medicamento. É contraindicado em septicemia, tuberculose, insuficiência cardíaca e doenças desmielinizantes. Efeitos adversos incluem reações agudas durante a infusão (febre, calafrios, urticária) e hipersensibilidade tardia (SBD, et al., 2020). A SBD (2020) também destaca o adalimumabe é um anticorpo monoclonal totalmente humano que se liga ao TNF-alfa, com meia-vida de 2 semanas.

É administrado por injeção subcutânea, com a dosagem inicial de 80 mg na semana 0, 40 mg na semana 1, e 40 mg a cada 2 semanas. Após 16 semanas, a taxa de resposta PASI 75 é de 71%. Pode ser combinado com clobetasol, calcipotriol, metotrexato, acitretina, ciclosporina e fototerapia UVB, mas não é aprovado para pacientes pediátricos no Brasil. Contraindicado em insuficiência cardíaca, tuberculose ativa, câncer, gravidez, lactação e alergia ao medicamento. Efeitos colaterais incluem reações no local da injeção, cefaleia, infecções e problemas autoimunes.

Efeitos adversos

Duque CM, et al. (2020) apresenta que os imunobiológicos não têm toxicidade específica para órgãos, mas seu efeito imunomodulador pode causar efeitos adversos de curto ou longo prazo, como infecções bacterianas, virais (ITR, ITU, herpes zoster) e tuberculose, que requerem monitoramento. Reações cutâneas leves a moderadas são frequentes, especialmente com adalimumabe. Alterações hematológicas são raras, com leucopenia sendo mais frequente. Manifestações neurológicas, como esclerose múltipla, ocorrem em 0,02% a 0,20% dos casos. Portanto, o uso de anti-TNF é contraindicado nesses pacientes. Outros efeitos incluem síndrome influenza-like, cefaleia, hepatite autoimune, psoríase rebote, e reações de hipersensibilidade.

Romitti R, et al. (2023) aponta que medicamentos anti-TNF estão associados a um pequeno, mas significativo aumento de infecções fúngicas graves, como histoplasmose, coccidioidomicose, candidíase e aspergilose, especialmente com adalimumabe e infliximabe. Pacientes tratados com anti-IL, como ustekinumabe, apresentaram menos infecções graves em comparação com outros imunomoduladores, enquanto o uso de anti-IL 17 aumentou os casos de candidíase. No entanto, a resposta terapêutica foi geralmente satisfatória, sem necessidade de suspensão do medicamento.

Relatos na literatura associam o uso de etanercepte, infliximabe e adalimumabe ao câncer de mama, carcinoma de células escamosas e câncer de pele, respectivamente. O uso prolongado de agentes biológicos levanta preocupações sobre o aumento do risco de câncer em pacientes com doenças inflamatórias crônicas. Neoplasias cutâneas, especialmente carcinomas basocelulares e espinocelulares, estão associadas a anti-TNF, com raros casos de melanoma. Embora o mecanismo não esteja completamente esclarecido, é crucial monitorar lesões pigmentadas. Para pacientes com psoríase e histórico de câncer, recomenda-se aguardar cinco anos após o tratamento da neoplasia antes de iniciar a terapia biológica (FERNANDES MA, et al., 2018).

Resposta terapêutica

Uma análise de 2529 casos do China Psoriasis Standardized Diagnosis and Treatment Center, realizada em 2021, avaliou tratados com imunobiológicos. Entre 2144 pacientes avaliados quanto a eficácia, o secuquinumabe destacou-se, com 93,6% dos pacientes classificando-o como bom. Quanto a descontinuação da terapia, 603 pacientes interromperam a terapia por diversos motivos, sendo o principal motivo para a descontinuação do secuquinumabe o controle da doença (67 casos), enquanto para o adalimumabe e etanercepte baixa eficácia foi a razão (83 e 18 casos, respectivamente). O secuquinumabe foi o mais utilizado, possivelmente devido à sua alta taxa de resposta PASI e melhor segurança em relação a infecções, quando comparado aos inibidores de TNF-alfa (PAN J, et al., 2024).

Enquanto no Brasil, 110 pacientes com psoríase moderada a tratados com imunobiológicos no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, mostraram que o secuquinumabe teve o maior tempo de sobrevida, seguido por ustekinumabe, adalimumabe, etanercepte e infliximabe. As principais razões para interrupção do tratamento foram a falta de fornecimento nos sistemas públicos e a perda de eficácia ao longo do tempo (MOTA CCF, et al., 2022). Embora a terapia anti-TNF-alfa tenha representado um avanço no tratamento de doenças inflamatórias crônicas, ainda há necessidade de melhorias em sua formulação devido às falhas terapêuticas e efeitos colaterais. Dessa forma, Leone GM, et al. (2023) destacam a busca por biomarcadores para prever a resposta ao tratamento com inibidores de TNF-alfa e o desenvolvimento de novos bloqueadores, como AVX-470, L19TNFa e Ozoralizumab, para melhorar a resposta terapêutica personalizada.

Psoríase pediátrica

Cerca de um terço dos casos de psoríase começam na infância, com a forma clínica mais comum afetando a área umbilical, nádegas e genitália. A prevalência é maior em meninas, que têm mais acometimento do couro cabeludo, enquanto meninos têm mais envolvimento das unhas. O risco de psoríase é de 25% se um dos pais for afetado e de 60-70% se ambos os pais forem afetados (MAHÉ E, 2016). Entretanto, Ferruchi R (2023) traz que a maioria dos tratamentos para psoríase pediátrica tem pouca comprovação científica acerca dos riscos e benefícios para este público-alvo. Recomenda-se o uso de medicamentos tópicos de curto prazo, como os inibidores da calcineurina (Pimecrolimus e Tacrolimus), que têm menos efeitos colaterais e são seguros em pacientes com menos de 1 ano, mas devem ser usados com cautela para evitar comprometimento do sistema imunológico.

A substituição de terapias sistêmicas convencionais pelo uso dos imunobiológicos tem crescido, principalmente em pacientes graves ou que não responderam ao primeiro tratamento. A Food and Drug Administration dos EUA aprova o uso de Etanercepte e Adalimumabe a partir dos 4 anos de idade enquanto que Infliximabe e Certolizumabe são limitados para populações adultas. Ensaios clínicos de fase III avaliaram o uso de etanercepte e adalimumabe em pacientes pediátricos, com dosagens ajustadas conforme o peso, nas faixas etárias de 4-11 anos e 12-17 anos. Os resultados mostraram que 57% dos pacientes tratados com etanercepte e 58% dos tratados com adalimumabe atingiram PASI 75, ambos com boa tolerabilidade e segurança.

Além disso, o adalimumabe levou 58% dos pacientes (114) a atingirem PASI 75, contra 32,5% com metotrexato, sendo bem tolerado, com apenas um caso de infecção grave (NGUYEN Q, et al., 2020). No Brasil, o etanercepte é o único imunobiológico disponível no SUS para pacientes pediátricos, embora a ANVISA tenha comprovado a eficácia de outros imunobiológicos, como secuquinumabe e ustekinumabe.

Pacientes que não respondem ao etanercepte no SUS podem ser tratados com outras medicações, mas enfrentam limitações devido aos recursos escassos.

Crianças com psoríase têm maior risco de artrite, comorbidades, disfunção imunológica e redução da qualidade de vida, especialmente na fase adulta, o que torna urgente a ampliação das opções terapêuticas. A incorporação de secuquinumabe e ustequinumabe ao Protocolo Clínico de psoríase é economicamente viável, sem custos adicionais significativos em relação ao etanercepte nos próximos cinco anos (PALHANO ACM, et al., 2024).

Psoríase nos idosos

Pacientes idosos com psoríase representam um desafio para os médicos, pois frequentemente são excluídos de ensaios clínicos, resultando em falta de estudos específicos para essa faixa etária. Com o aumento da população idosa, a psoríase é mais comum entre os 60 e 69 anos, tornando os dados sobre o tratamento dessa população ainda mais valiosos (BAKIRTZI K, et al., 2020). Esses pacientes podem ser classificados em em dois grupos: aqueles que desenvolveram a doença após os 60 anos, representando 3% a 13% dos casos, e aqueles com início antes dessa idade. A psoríase em pacientes com início tardio tende a ser menos severa, com menor área de superfície corporal afetada (BSA) e menos comprometimento das unhas e articulações, em comparação com os casos de início precoce.

Apenas cerca de 15% dos pacientes com início tardio desenvolvem formas moderadas a graves da doença, o que os leva a necessitar de tratamentos sistêmicos para o manejo de sua condição (BRANDÃO GVC, et al., 2024). Atualmente, cerca de 10% dos pacientes com psoríase são idosos, enfrentando desafios específicos no tratamento devido a comorbidades e polifarmácia, que aumentam o risco de efeitos adversos (EAs) e interações medicamentosas. Condições como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares são comuns nesse grupo, além de alterações farmacocinéticas e imunossenescência, que aumentam a suscetibilidade a infecções e reações autoimunes.

Por isso, dermatologistas geralmente optam por tratamentos tópicos, como corticosteróides, análogos de vitamina D, inibidores de calcineurina e pomadas combinadas (Calcipotriol e Betametasona). A fototerapia é uma alternativa eficaz para casos mais graves, enquanto terapias sistêmicas não biológicas, como metotrexato (MTX), ciclosporina e acitretina, requerem cautela devido ao maior risco de EAs, especialmente em pacientes com função renal comprometida (DI CAPRIO R, et al., 2020).

Em estudo com 266 pacientes idosos com psoríase (média de 72,3 anos), as comorbidades mais comuns foram artrite psoriática, hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, entre outras. O adalimumabe foi o biológico mais usado (31,2%), seguido por ustekinumabe (28,9%), etanercepte (20,3%) e secuquinumabe (15%). A maioria já havia usado terapias sistêmicas. No início do tratamento, os escores PASI variaram de 4 a 54, com média de 16,5. Após o uso dos biológicos, os escores diminuíram para 3,7 na semana 16, 1,6 na semana 28 e 1,2 na semana 52. Eventos adversos ocorreram em 9,4% dos pacientes, com infecções (48%) e malignidades (16%) sendo os mais frequentes (RICCERI F, et al., 2019).

Os biológicos, como inibidores de TNF- α , IL-12/23, IL-17 e IL-13, são eficazes e seguros, com riscos semelhantes aos observados em pacientes mais jovens. Bloqueadores de TNF- α , como infliximabe, adalimumabe e certolizumabe, exigem monitoramento devido ao risco aumentado de infecções e malignidades. Inibidores de IL-12/23, como ustekinumabe, têm perfil de segurança favorável, sem aumento significativo de infecções. com eventos adversos semelhantes aos observados com placebo e outros tratamentos biológicos como o etanercepte.

No entanto, ainda faltam dados de longo prazo sobre sua segurança na prática clínica. Inibidores de IL-17, como secuquinumabe, ixekizumabe e brodalumabe, demonstram eficácia e segurança, porém, com uma maior prevalência de eventos adversos cardiovasculares devido às comorbidades. O objetivo final do tratamento é controlar a doença de forma eficaz, garantindo segurança e tolerabilidade. Cada paciente deve ser tratado individualmente, considerando a gravidade da doença e suas condições gerais de saúde (DI CAPRIO R, et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados do presente estudo, entende-se que o uso de imunobiológicos para tratamento de pacientes com psoríase moderada a grave são eficazes, agindo de forma direcionada nas vias específicas do sistema imunológico, proporcionando uma melhora significativa nas manifestações clínicas e também na qualidade de vida desses pacientes. Estudos recentes confirmam sua eficácia, com melhora clínica significativa, sendo superiores a outras formas de tratamento disponíveis. No entanto, é fundamental seguir as recomendações quanto às contraindicações e as comorbidades que possam afetar o curso do tratamento, pensando sempre em um tratamento individualizado para cada tipo de paciente e que possa oferecer um melhor prognóstico para cada situação. Ressalta-se, também a necessidade de novos estudos acerca do uso de imunobiológicos em pacientes de outras faixas etárias, não somente da fase adulta, visto que a falta de estudos em minorias dificulta a escolha terapêutica pelo médico dermatologista, levando o paciente a utilizar diversos tratamentos alternativos que podem não surtir efeito ou ocasionar em complicações. Por fim, o acesso limitado a esses biológicos devido ao alto custo e a disponibilidade precária no Sistema Único de Saúde representam um desafio significativo para o tratamento de pacientes desprovidos economicamente, sendo necessário a incorporação de novas políticas públicas a fim de ampliar o tratamento para as demais classes sociais e reduzir as lacunas presentes no atual tratamento da psoríase.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Agradecimentos ao Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, Desenvolvimento Tecnológico e Inovação da Unicesumar, por fornecer bolsa de iniciação científica para os acadêmicos que realizaram a pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. BAKIRTZI K, et al. Elderly patients with psoriasis: long-term efficacy and safety of modern treatments. *Journal of Dermatological Treatment*, 2022; 33(3): 1339-1342.
2. BETANCOURT OSM, et al. Comorbidades na psoríase: revisão bibliográfica. *Revista Foco*, 2023; 16(8): 2754.
3. BRANDÃO GVC, et al. Caracterização clínica, fragilidade física e depressão em idosos com psoríase oriundos de centro de referência no Brasil: estudo transversal. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2024; 99(1): 19-26.
4. DI CAPRIO R, et al. Preocupações de segurança com os tratamentos atuais para psoríase em idosos. *Opinião de Especialista sobre Segurança de Medicamentos*, 2020; 19(4): 523-531.
5. DUQUE CM, et al. Monitoramento clínico-laboratorial de pacientes portadores de psoríase em uso de imunobiológicos. *LAES/HAES*, 2020; 244: 70-94.
6. FERNANDES MO, et al. Efeitos adversos do uso de imunobiológicos no tratamento da psoríase: uma revisão integrativa. *Revista de Medicina*, 2018; 97(5): 486-492.
7. FERRUCHI R. A resposta dos imunobiológicos na psoríase infantil. *Jornal BWS*, 2023; 6: 1-12.
8. GRIFFITHS CEM, et al. Psoriasis. *The Lancet*, 2021; 397(10281): 1301-1315.
9. HUANG L, et al. Stigma and psychological health in psoriasis patients based on the dual-factor model of mental health: the chain mediating roles of social appearance anxiety and alexithymia. *Frontiers in psychiatry*, 2024; 15: 1499714.
10. KAMIYA K, et al. Fatores de risco para o desenvolvimento da psoríase. *Revista Internacional de Ciências Moleculares*, 2019; 20(18): 43-47.
11. LEE H e KIM M. Challenges and future trends in the treatment of psoriasis. *International Journal of Molecular Sciences*, 2023; 24(17): 13313.
12. LEONE GM, et al. Past, present and (foreseeable) future of biological anti-TNF alpha therapy. *Journal of Clinical Medicine*, 2023; 12(4): 16-30.
13. MAHÉ E. Childhood psoriasis. *European Journal of Dermatology*, 2016; 26: 537-548.
14. MOTA CCF, et al. Therapeutic response and survival time of immunobiologicals in patients with moderate to severe psoriasis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2022; 97: 112-115.
15. NGUYEN QD, et al. The use of TNF α inhibitors in treating pediatric skin disorders. *Pediatric Drugs*, 2020; 22(3): 311-319.

16. PALHANO ACM, et al. Unmet need for and impact of adopting immunobiological drugs for moderate to severe plaque psoriasis in a pediatric population. *Einstein (São Paulo)*, 2024; 22: 413.
17. PAN J, et al. Use of biologics in patients with psoriasis – a retrospective analysis based on real-world data. *Skin Research and Technology*, 2024; 30(1): 13550.
18. PASCOAL GN, et al. Psoríase: aspectos etiopatogênicos, métodos diagnósticos e condutas terapêuticas. *Revista Brasileira de Revisão de Saúde*, 2023; 3: 13189–13206.
19. PEREIRA FCG e DA SILVA TMB. Tratamentos sistêmicos de Psoríase e a comparação do perfil de eficácia: uma revisão da literatura. *COGNITIONIS ScientificJournal*, 2024; 7(2): 470-470.
20. PSORÍASE. SBD - Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2021. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/doencas/psoriase/>. Acesso em: 10 set. 2024.
21. RAHARJA A, et al. Psoríase: um breve panorama. *Medicina Clínica*, 2021; 21(3): 170.
22. RENDON A e SCHÄKEL K. Psoriasis pathogenesis and treatment. *International Journal of Molecular Sciences*, 2019; 20(6): 1475.
23. RICCERI F, et al. “Elderly psoriatic patients under biological therapies: an Italian experience.” *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*: 2019; 33(1): 143-146.
24. RODRIGUES KBB. Os Tratamentos da Psoríase. *BWS Journal*, 2022; 5: 1-10.
25. ROMITI R, et al. Infecções na era dos imunobiológicos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2024; 2: 167-180.
26. SBD. Consenso brasileiro de psoríase 2020: algoritmo de tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2020.