Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i10.31178

PSORÍASE ALÉM DA PELE: DA INFLAMAÇÃO CUTÂNEA AO DANO OSTEOARTICULAR

PSORIASIS BEYOND THE SKIN: FROM CUTANEOUS INFLAMMATION TO OSTEOARTICULAR DAMAGE

Maria Fernanda Cardoso[1]
Carolina Caldeira Zucchi[2]
Letícia Bissoni Braga[3]
Yasmin Bissoni[4]
Luana Monaretto[5]
Giulia Akemi Iwai Ridão[6]
Iohana Paniz Dib[7]
Carlos Roberto de Almeida Neto[8]
Isabela Prado de Almeida[9]
Luana Ferraz Leonardo[10]
Maria Vallentina Florêncio Kuromoto[11]
Sabrina Veiga Guimarães[12]
Matheus Godoy Gowdak[13]
Vinicius Natã Almeida Carneiro[14]

RESUMO: A psoríase é uma doença inflamatória imunomediada que ultrapassa os limites da pele, configurando-se como uma condição sistêmica capaz de acometer articulações, enteses e estruturas periarticulares. O eixo interleucina (IL)-23/linfócitos T auxiliares do tipo 17 (Th17), com produção de IL-17, IL-22 e fator de necrose tumoral alfa (TNF-α), sustenta tanto a inflamação cutânea quanto o dano musculoesquelético observado na artrite psoriásica (AP), que acomete até 30% dos pacientes com psoríase ao longo da vida. Este artigo tem como objetivo revisar, de forma narrativa, os mecanismos que conectam a inflamação cutânea ao comprometimento osteoarticular na doença psoriásica, abordando a fisiopatologia sistêmica, a artrite periférica, a entesite, a dactilite e o acometimento axial, os mecanismos de remodelação óssea (erosão e neoformação simultâneas), os fatores de risco para progressão articular, o papel da unha como marcador precoce e as ferramentas de rastreamento disponíveis ao dermatologista. Os resultados indicam que a entesite constitui um elo anatômico e imunológico central entre pele, unha e articulação, por meio do complexo sinóvio-entesial, e que a mesma via IL-23/IL-17/TNF-α que ativa queratinócitos na pele atua sobre osteoclastos e osteoblastos na articulação, explicando a coexistência peculiar de erosão óssea e neoformação óssea na AP. Fatores como psoríase grave, acometimento ungueal e de couro cabeludo, obesidade, história familiar e artralgia inespecífica aumentam o risco de transição para AP, e instrumentos como o Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST) permitem ao dermatologista identificar precocemente pacientes com suspeita de AP, a serem encaminhados para confirmação diagnóstica. Conclui-se que o reconhecimento da psoríase como doença sistêmica, e não apenas cutânea, é essencial para o diagnóstico precoce da AP e para a prevenção do dano articular irreversível.

Palavras-chave: Psoríase. Artrite psoriásica. Entesite. Interleucina-17. Remodelação óssea. Diagnóstico precoce.

[1]Estudante medicina. Universidade Cesumar.
[2]Estudante de medicina. Universidade Anhembi Morumbi, Mooca.
[3]Estudante de Medicina Anhembi Morumbi.
[4]Estudante de medicina Universidade anhembi Morumbi, Mooca.
[5]Estudante medicina. Universidade Cesumar.
[6]Estudante medicina. Universidade Cesumar.
[7]Estudante medicina. Universidade Cesumar.
[8]Estudante de medicina. PUC Minas Poços de Caldas.
[9]Estudante de medicina PUC Minas Poços de Caldas.
[10]Estudante medicina. Universidade Cesumar.
[11]Estudante medicina. Universidade Cesumar.
[12]Estudante medicina. Universidade Cesumar.
[13]Estudante de Medicina Santa Casa.
[14] Estudante de medicina Centro Universitário Ingá - Uningá.

ABSTRACT: Psoriasis is an immune-mediated inflammatory disease that extends beyond the skin, behaving as a systemic condition capable of affecting joints, entheses and periarticular structures. The IL-23/Th17 axis, through production of interleukin (IL)-17, IL-22 and tumor necrosis factor alpha (TNF-α), sustains both cutaneous inflammation and the musculoskeletal damage observed in psoriatic arthritis (PsA), which affects up to 30% of psoriasis patients during their lifetime. This article aims to narratively review the mechanisms linking cutaneous inflammation to osteoarticular involvement in psoriatic disease, addressing systemic pathophysiology, peripheral arthritis, enthesitis, dactylitis and axial involvement, bone remodeling mechanisms (simultaneous erosion and new bone formation), risk factors for articular progression, the role of the nail as an early marker, and screening tools available to dermatologists. Results indicate that enthesitis constitutes a central anatomical and immunological link between skin, nail and joint, through the synovio-entheseal complex, and that the same IL-23/IL-17/TNF-α pathway that activates keratinocytes in the skin acts on osteoclasts and osteoblasts in the joint, explaining the peculiar coexistence of bone erosion and new bone formation in PsA. Factors such as severe psoriasis, nail and scalp involvement, obesity, family history and non-specific arthralgia increase the risk of transition to PsA, and tools such as the Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST) allow dermatologists to identify patients with suspected PsA early and refer them for diagnostic confirmation. Recognizing psoriasis as a systemic, rather than purely cutaneous, disease is essential for early PsA diagnosis and prevention of irreversible joint damage.

Keywords: Psoriasis. Psoriatic arthritis. Enthesitis. Interleukin-17. Bone remodeling. Early diagnosis.

1 INTRODUÇÃO

A psoríase é classicamente descrita como uma dermatose inflamatória crônica, imunomediada, caracterizada por placas eritemato-descamativas decorrentes de hiperproliferação e diferenciação anômala de queratinócitos. Essa definição, centrada na pele, tem sido progressivamente ampliada pela literatura, que reconhece a psoríase como uma doença inflamatória sistêmica, com repercussões que extrapolam o tegumento e alcançam articulações, enteses, vasos sanguíneos e outros órgãos (BLAUVELT; CHIRICOZZI, 2018).

Entre as manifestações extracutâneas, a artrite psoriásica (AP) destaca-se como a mais prevalente e potencialmente incapacitante, acometendo até 30% dos pacientes com psoríase ao longo da vida (CASO et al., 2025). A AP compartilha com a psoríase cutânea as mesmas vias inflamatórias centrais — sobretudo o eixo interleucina (IL)-23/linfócitos T auxiliares do tipo 17 (Th17) —, o que sustenta a hipótese de que pele e articulação sejam dois compartimentos distintos de uma mesma doença sistêmica, e não entidades independentes (CASO et al., 2025).

Compreender os mecanismos que conectam a inflamação cutânea ao dano osteoarticular é, portanto, essencial não apenas do ponto de vista fisiopatológico, mas também clínico, uma vez que o dermatologista costuma ser o primeiro — e por vezes único — profissional a

acompanhar regularmente esses pacientes antes do estabelecimento da artrite clinicamente evidente (BAGEL; SCHWARTZMAN, 2018).

2 JUSTIFICATIVA

A relevância deste estudo justifica-se por três razões principais. Em primeiro lugar, a AP é subdiagnosticada e frequentemente identificada tardiamente, quando já há dano estrutural irreversível, o que reforça a necessidade de que os profissionais que acompanham pacientes com psoríase — em especial os dermatologistas — estejam aptos a reconhecer sinais precoces de acometimento articular (BAGEL; SCHWARTZMAN, 2018). Em segundo lugar, a compreensão do mecanismo molecular compartilhado entre pele e articulação (eixo IL-23/Th17, IL-17, IL-22 e fator de necrose tumoral alfa [TNF-α]) permite entender por que terapias biológicas direcionadas a essas vias produzem benefício simultâneo em ambos os compartimentos, e por que o controle precoce da inflamação cutânea grave pode, teoricamente, modular o risco de transição para a doença articular (ZENG et al., 2025). Em terceiro lugar, a existência de ferramentas de rastreamento validadas e de baixo custo, como o Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST), torna viável a triagem sistemática de pacientes com psoríase em consultório dermatológico, o que justifica a sistematização dessas evidências em um artigo de revisão voltado à prática clínica (CHANG et al., 2022).

3 OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo geral revisar, de forma narrativa, os mecanismos que conectam a inflamação cutânea da psoríase ao dano osteoarticular da AP, bem como os fatores associados à progressão articular, os marcadores clínicos precoces e as estratégias de rastreamento aplicáveis à prática dermatológica. Para alcançar esse propósito, busca-se, inicialmente, analisar os mecanismos imunológicos que relacionam a inflamação cutânea ao comprometimento osteoarticular, com ênfase no eixo IL-23/Th17 e nas citocinas IL-17, IL-22 e TNF-α, os quais fundamentam a compreensão da psoríase como doença inflamatória sistêmica.

A partir dessa base fisiopatológica, pretende-se caracterizar as manifestações musculoesqueléticas da AP — artrite periférica, entesite, dactilite e acometimento axial —, com destaque para a entesite como elo anatômico entre pele, unha e articulação, e discutir os processos de remodelação óssea patológica responsáveis pela coexistência de erosões e neoformação óssea. Busca-se, ainda, identificar os fatores clínicos associados a maior risco de

progressão para o comprometimento articular, incluindo o papel da unha como marcador precoce, e apresentar as ferramentas de rastreamento aplicáveis à prática dermatológica, distinguindo a identificação de pacientes com suspeita clínica de AP da confirmação diagnóstica, que depende de avaliação reumatológica especializada.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva e qualitativa, elaborada a partir de um levantamento de publicações científicas indexadas nas bases PubMed/MEDLINE, PubMed Central (PMC) e ScienceDirect, complementada por busca manual nas referências de artigos relevantes. Foi considerado o período de 2018 a 2026, com ênfase em publicações de 2024 a 2026, em razão da atualidade e da relevância clínica do tema.

Os descritores utilizados, em português e inglês, incluíram: "psoríase" (psoriasis), "artrite psoriásica" (psoriatic arthritis), "entesite" (enthesitis), "dactilite" (dactylitis), "interleucina-17" (interleukin-17), "remodelação óssea" (bone remodeling) e "rastreamento" (screening), combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas, metanálises e revisões narrativas que abordassem a fisiopatologia da doença psoriásica, os mecanismos de dano osteoarticular, os fatores de risco de progressão e as ferramentas de rastreamento clínico. Foram excluídos relatos de caso isolados sem relevância conceitual, resumos de congresso e publicações fora do escopo temático.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Psoríase como doença inflamatória sistêmica

A psoríase tem origem em uma complexa interação entre predisposição genética, gatilhos ambientais (infecções, trauma cutâneo, estresse) e disfunção da resposta imune inata e adaptativa. Células dendríticas ativadas na derme produzem IL-23, citocina central que estimula a diferenciação e a manutenção de linfócitos Th17, bem como de outras populações celulares produtoras de IL-17, como células T γδ, células T CD8+ e células linfoides inatas (BLAUVELT; CHIRICOZZI, 2018).

Os linfócitos Th17 e demais fontes celulares de IL-17 produzem, além da própria IL-17A, as citocinas IL-17F, IL-22 e TNF-α, que atuam sobre os queratinócitos estimulando sua proliferação, a produção de peptídeos antimicrobianos e a liberação de quimiocinas que recrutam neutrófilos e outras células inflamatórias para a epiderme, perpetuando o ciclo de

inflamação e proliferação característico da placa psoriásica (BLAUVELT; CHIRICOZZI, 2018). O ponto central desse modelo fisiopatológico é que essas mesmas vias — IL-23, IL-17A/F, IL-22 e TNF-α — não atuam de forma restrita à pele: seus receptores estão presentes em queratinócitos, sinoviócitos, osteoclastos, osteoblastos, condrócitos e células endoteliais, o que permite que a mesma cascata inflamatória produza lesão cutânea e dano articular simultaneamente, ainda que com cinéticas e intensidades distintas entre os dois compartimentos (CASO et al., 2025).

Sob essa perspectiva, a pele deixa de ser vista como o único órgão-alvo da doença e passa a ser compreendida como uma das manifestações — a mais visível — de uma condição inflamatória sistêmica mais ampla, denominada, por parte da literatura, "doença psoriásica", que engloba a psoríase cutânea, a AP e comorbidades associadas, como síndrome metabólica e doença cardiovascular.

5.2 Da inflamação cutânea à artrite psoriásica

A AP é uma artropatia inflamatória crônica, soronegativa, que acomete pacientes com psoríase cutânea ou com história familiar da doença. Em aproximadamente 70% a 75% dos casos, as lesões cutâneas precedem o quadro articular, muitas vezes por anos ou décadas; em 10% a 15% dos casos, a artrite surge antes ou concomitantemente às manifestações de pele, o que pode dificultar o diagnóstico quando o paciente é avaliado inicialmente pelo reumatologista sem lesão cutânea evidente (BAGEL; SCHWARTZMAN, 2018).

O espectro clínico da AP é heterogêneo e pode incluir, isolada ou simultaneamente: artrite periférica, acometendo pequenas e grandes articulações, muitas vezes de forma assimétrica; entesite, isto é, inflamação nos locais de inserção de tendões, ligamentos e cápsulas articulares no osso; dactilite, caracterizada pelo edema difuso de um dedo inteiro ("dedo em salsicha"), decorrente de inflamação simultânea da articulação, dos tendões flexores e dos tecidos moles adjacentes; e acometimento axial, incluindo espondilite e sacroileíte, que pode ocorrer isolado ou associado à doença periférica (PELECHAS; KARAGIANNI; KALTSONOUDIS, 2026).

Um aspecto particularmente relevante — e por vezes subestimado na prática clínica — é que a inflamação na AP não se restringe à membrana sinovial articular, como ocorre classicamente na artrite reumatoide. Enteses, tendões, fáscias e demais estruturas periarticulares são alvos preferenciais da inflamação psoriásica, o que confere à AP um padrão

anatômico distinto, conhecido como "complexo sinóvio-entesial", em que sinovite e entesite coexistem e se retroalimentam (PAINE; RITCHLIN, 2018).

5.3 Como a inflamação provoca dano osteoarticular

O dano osteoarticular na AP resulta de um desequilíbrio na remodelação óssea normal, processo fisiológico que depende do equilíbrio entre a atividade de osteoclastos, células responsáveis pela reabsorção óssea, e osteoblastos, responsáveis pela neoformação. Esquematicamente, a cascata inflamatória pode ser resumida da seguinte forma: a IL-23 estimula a diferenciação e a manutenção de linfócitos Th17, que produzem IL-17 e, em conjunto com o TNF-α, ativam células inflamatórias residentes na sinóvia e na entese; essa ativação promove alteração da remodelação óssea local, com aumento da atividade osteoclástica — mediada, entre outros mecanismos, pela via do receptor ativador do fator nuclear kappa B (RANK) e de seu ligante (RANKL) — e, paradoxalmente, com estímulo à neoformação óssea, resultando no achado característico de erosões ósseas coexistindo com formação de novo osso (entesófitos, sindesmófitos e anquilose) no mesmo paciente e, por vezes, na mesma articulação (PAINE; RITCHLIN, 2018).

Essa coexistência de destruição e neoformação óssea é uma das características mais distintivas da AP quando comparada a outras artrites inflamatórias, como a artrite reumatoide, na qual predomina a reabsorção óssea sem neoformação compensatória relevante (PAINE; RITCHLIN, 2018). Do ponto de vista molecular, a IL-17A atua diretamente sobre osteoclastos, fibroblastos sinoviais, condrócitos e osteoblastos, estimulando a produção de citocinas e metaloproteinases que degradam a matriz óssea e cartilaginosa; ao mesmo tempo, vias como a de proteínas morfogenéticas ósseas (BMP) e a via Wnt, esta última modulada pela redução de antagonistas como Dickkopf-1 (DKK-1) e esclerostina no contexto inflamatório psoriásico, favorecem a diferenciação e a atividade de osteoblastos, explicando a formação óssea patológica observada nessa doença (CASO et al., 2025).

A relevância clínica desse mecanismo é reforçada por dados de ensaios clínicos com inibidores de IL-23: uma metanálise recente de ensaios randomizados demonstrou que a inibição de IL-23 em pacientes com AP está associada a taxas significativas de resolução de entesite e dactilite, além de resposta articular pelos critérios do American College of Rheumatology (ACR20/50/70), corroborando o papel central dessa via na gênese do dano osteoarticular e reforçando seu potencial como alvo terapêutico (ZENG et al., 2025).

5.4 Entesite: uma ponte entre pele e sistema musculoesquelético

A entese é a estrutura anatômica onde tendões, ligamentos e cápsulas articulares se inserem no osso, funcionando como uma unidade biomecânica que dissipa o estresse mecânico gerado pelo movimento. Na doença psoriásica, a entese é considerada um sítio primário e precoce de inflamação, e não apenas uma consequência secundária da sinovite, hipótese sustentada pelo conceito do "órgão êntese", que engloba a fibrocartilagem, o osso subjacente, a bursa adjacente e a sinóvia relacionada como uma unidade funcional integrada (PAINE; RITCHLIN, 2018).

Clinicamente, a entesite manifesta-se por dor, sensibilidade e, por vezes, edema em sítios entesiais característicos, como a inserção do tendão do calcâneo (tendão de Aquiles), a fáscia plantar em sua inserção no calcâneo, os epicôndilos lateral e medial do úmero, a inserção do tendão patelar e a crista ilíaca. A entesite do tendão calcâneo e da fáscia plantar está entre as apresentações mais frequentes e sintomáticas, sendo facilmente acessível ao exame físico e à ultrassonografia musculoesquelética (BAGEL; SCHWARTZMAN, 2018).

Um dos aspectos mais interessantes — e mais relevantes para o dermatologista — é a existência de uma unidade anatômica e funcional que conecta diretamente a unha à articulação interfalângica distal (IFD) por meio de uma rede entesial compartilhada com o tendão extensor, denominada complexo sinóvio-entesial da articulação IFD. Essa integração anatômica explica por que o acometimento da unha e da articulação IFD adjacente ocorre, na prática, de forma quase inseparável na AP, sendo a entesite o elo fisiopatológico entre esses dois sítios (MCGONAGLE et al., 2024).

5.5 Fatores associados a maior risco de comprometimento articular

Diversos fatores clínicos e demográficos têm sido associados a maior risco de transição da psoríase cutânea para a AP, conforme sistematizado por uma força-tarefa da European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) dedicada à caracterização da AP prodrômica e muito precoce. Entre os fatores mais consistentemente relatados estão: maior gravidade e extensão da psoríase cutânea; psoríase ungueal; psoríase de couro cabeludo; artralgia inespecífica sem sinovite clinicamente evidente; história familiar de AP em parente de primeiro grau; e obesidade (GOSSEC et al., 2023).

A obesidade, em particular, tem papel duplo nesse contexto: além de fator de risco independente para a transição para AP — possivelmente por seu efeito pró-inflamatório

sistêmico mediado por adipocinas —, associa-se também a pior resposta terapêutica e a maior dificuldade diagnóstica, uma vez que pode mascarar ou mimetizar sintomas articulares (CHANG et al., 2022). Adicionalmente, achados de imagem subclínica, como a presença de entesopatia identificada por ultrassonografia ou ressonância magnética em pacientes com psoríase cutânea sem sintomas articulares evidentes, têm sido associados a maior risco de desenvolvimento futuro de AP clinicamente manifesta, reforçando o conceito de um contínuo de doença que vai do risco elevado à artrite subclínica e, por fim, à artrite clínica estabelecida (GOSSEC et al., 2023).

5.6 A unha como marcador de doença articular

O acometimento ungueal está presente em 63% a 83% dos pacientes com AP, proporção substancialmente maior do que a observada na psoríase cutânea isolada, o que reforça o papel da unha como marcador clínico relevante de risco articular (MCGONAGLE et al., 2024). As alterações ungueais psoriásicas podem ser didaticamente divididas conforme a estrutura acometida: alterações da matriz ungueal, que incluem o pitting (depressões puntiformes na lâmina ungueal), a leuconíquia e as manchas vermelhas na lúnula; e alterações do leito ungueal, que incluem a onicólise (descolamento da lâmina do leito), a mancha em "gota de óleo" e a hiperqueratose subungueal (MCGONAGLE et al., 2024).

A associação entre psoríase ungueal e artrite da articulação IFD adjacente é particularmente robusta: em coorte de pacientes com AP, praticamente todos os que apresentavam acometimento da articulação IFD tinham também psoríase ungueal na unidade digital correspondente, achado consistente com a base anatômica compartilhada pelo complexo sinóvio-entesial descrito anteriormente. Nesse mesmo estudo, o tratamento direcionado à via da IL-17A associou-se a maior resolução conjunta da doença ungueal e articular da IFD, em comparação à inibição isolada do TNF-α, reforçando a relevância terapêutica dessa unidade funcional unha-entese-articulação (MCGONAGLE et al., 2024).

5.7 Diagnóstico precoce: o papel do dermatologista na identificação da artrite

Como a maioria dos pacientes com AP já apresenta psoríase cutânea no momento do diagnóstico articular, o dermatologista ocupa posição estratégica para o rastreamento precoce da doença, sendo frequentemente o profissional de saúde com contato mais regular e prolongado com esses pacientes (BAGEL; SCHWARTZMAN, 2018). Sinais e sintomas de

alerta que devem ser ativamente investigados em toda consulta dermatológica incluem: dor articular, especialmente se acompanhada de rigidez matinal prolongada (superior a 30 minutos); edema articular ou de dedo inteiro (dactilite); dor lombar de caráter inflamatório, com piora ao repouso e melhora ao movimento; e dor localizada em sítios entesiais típicos, como calcanhar, planta do pé ou cotovelo (BAGEL; SCHWARTZMAN, 2018).

Para sistematizar esse rastreamento, foram desenvolvidos questionários validados de aplicação rápida em consultório, dos quais o PEST é um dos mais utilizados na prática dermatológica. Trata-se de instrumento autoaplicável composto por cinco perguntas sobre história de edema articular, diagnóstico prévio de artrite, alterações ungueais e dor em calcanhar, com pontuação de 0 a 5; escore igual ou superior a 3 sugere suspeita de AP e indica encaminhamento para avaliação reumatológica, sem constituir, isoladamente, confirmação diagnóstica; esse resultado também se associa a maior prevalência de doença ungueal, maior duração da psoríase, maior índice de massa corporal e pior qualidade de vida relacionada à saúde (CHANG et al., 2022).

Estudos mais recentes têm buscado aprimorar a acurácia desse rastreamento combinando o PEST à ultrassonografia musculoesquelética, permitindo estratificar pacientes com psoríase e PEST positivo em três categorias — alto risco (apenas fatores de risco clínicos, sem lesão estrutural), AP subclínica (lesão estrutural ao exame de imagem, sem sintomas articulares) e AP clínica estabelecida —, o que pode orientar de forma mais precisa a indicação de encaminhamento e o intervalo de reavaliação desses pacientes (WEI et al., 2026). Essa abordagem escalonada — rastreamento clínico com questionário validado, seguido de avaliação de imagem quando disponível e encaminhamento reumatológico oportuno — representa a estratégia mais custo-efetiva atualmente disponível para reduzir o intervalo entre o início dos sintomas articulares e o diagnóstico definitivo de AP, intervalo esse diretamente relacionado ao risco de dano estrutural irreversível (PELECHAS; KARAGIANNI; KALTSONOUDIS, 2026).

6 CONCLUSÃO

A psoríase deve ser compreendida como uma doença inflamatória sistêmica, e não como uma condição restrita à pele. O eixo IL-23/Th17, com produção de IL-17, IL-22 e TNF-α, constitui a base fisiopatológica compartilhada entre a inflamação cutânea e o dano osteoarticular observado na AP, explicando por que ambos os compartimentos podem ser simultaneamente

acometidos e por que terapias direcionadas a essas citocinas produzem benefício conjunto na pele e na articulação.

A entesite emerge como elo anatômico e imunológico central entre pele, unha e sistema musculoesquelético, sustentando tanto a fisiopatologia da dactilite e da artrite periférica quanto a estreita associação clínica entre psoríase ungueal e artrite da articulação IFD. A coexistência de erosão óssea e neoformação óssea, decorrente do duplo efeito da inflamação sobre osteoclastos e osteoblastos, distingue a AP de outras artropatias inflamatórias e reforça a necessidade de vigilância clínica específica para esse padrão de dano estrutural.

Por fim, o reconhecimento de fatores de risco clínicos — psoríase grave, acometimento ungueal e de couro cabeludo, obesidade e história familiar — associado ao uso sistemático de ferramentas de rastreamento validadas, como o PEST, posiciona o dermatologista como agente central na identificação precoce de pacientes com suspeita de AP e no seu encaminhamento oportuno ao reumatologista para confirmação diagnóstica. Essa atuação precoce tem potencial de reduzir o intervalo diagnóstico, prevenir o dano articular irreversível e melhorar, de forma duradoura, o prognóstico funcional e a qualidade de vida dos pacientes com doença psoriásica.

REFERÊNCIAS

BAGEL, J.; SCHWARTZMAN, S. Enthesitis and dactylitis in psoriatic disease: a guide for dermatologists. *American Journal of Clinical Dermatology*, [s. l.], v. 19, n. 6, p. 839-852, dez. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30117018/. Acesso em: 12 set. 2026.

BLAUVELT, A.; CHIRICOZZI, A. The immunologic role of IL-17 in psoriasis and psoriatic arthritis pathogenesis. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*, [s. l.], v. 55, n. 3, p. 379-390, dez. 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6244934/. Acesso em: 12 set. 2026.

CASO, F. et al. IL-17A in psoriatic arthritis: mechanistic insights, clinical implications, and advances in therapeutic strategies. *Expert Review of Clinical Immunology*, [s. l.], v. 21, n. 8, p. 1055-1071, jun. 2025. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40534201/. Acesso em: 12 set. 2026.

CHANG, J. et al. Utilization of the Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST): a risk stratification strategy for early referral of psoriatic arthritis patients to minimize irreversible erosive joint damage. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 400-406, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1177/12034754221128796. Acesso em: 12 set. 2026.

GOSSEC, L. et al. Characterisation of prodromal and very early psoriatic arthritis: a systematic literature review informing a EULAR taskforce. *RMD Open*, [s. l.], v. 9, n. 2, e003143, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1136/rmdopen-2023-003143. Acesso em: 12 set. 2026.

MCGONAGLE, D. et al. Association of the clinical components in the distal interphalangeal joint synovio-entheseal complex and subsequent response to ixekizumab or adalimumab in psoriatic arthritis. *Rheumatology*, Oxford, v. 63, n. 11, p. 3115-3123, nov. 2024. Disponível em: https://academic.oup.com/rheumatology/article/63/11/3115/7606352. Acesso em: 12 set. 2026.

PAINE, A.; RITCHLIN, C. Altered bone remodeling in psoriatic disease: new insights and future directions. *Calcified Tissue International*, [s. l.], v. 102, n. 5, p. 559-574, maio 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29330560/. Acesso em: 12 set. 2026.

PELECHAS, E.; KARAGIANNI, P. G.; KALTSONOUDIS, E. The clinical significance and therapeutic management of dactylitis and enthesitis in psoriatic arthritis. *Mediterranean Journal of Rheumatology*, [s. l.], jan. 2026. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12869327/. Acesso em: 12 set. 2026.

WEI, J. et al. A study on early screening and disease characteristics of psoriatic arthritis based on PEST questionnaire and musculoskeletal ultrasound. *Journal of Inflammation Research*, [s. l.], v. 19, p. 1-11, abr. 2026. DOI: 10.2147/JIR.S586366. Disponível em: https://doi.org/10.2147/JIR.S586366. Acesso em: 12 set. 2026.

ZENG, J. et al. Clinical benefits and complication profile of IL-23 inhibitors in patients with psoriatic arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Pharmacology*, [s. l.], v. 16, art. 1669786, nov. 2025. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12631225/. Acesso em: 12 set. 2026.