REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

PSORÍASE E SAÚDE CARDIOMETABÓLICA: ASSOCIAÇÃO ENTRE INFLAMAÇÃO CRÔNICA, DISFUNÇÃO ENDOTELIAL E BIOMARCADORES DE RISCO CARDIOVASCULAR NA PERSONALIZAÇÃO DO CUIDADO DERMATOLÓGICO

PSORIASIS AND CARDIOMETABOLIC HEALTH: ASSOCIATIONS OF CHRONIC INFLAMMATION, ENDOTHELIAL DYSFUNCTION, AND CARDIOVASCULAR RISK BIOMARKERS IN PERSONALIZED DERMATOLOGICAL CARE

Ciências Biológicas, Ciências da Saúde • 16/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794582927

Ariana Karina Velásquez Freire[1]

Schadia Carolina Melendez Bustillo[2]

Natalia Fernández Castellanos[3]

Gissell Alejandra Ariza Nuñez[4]

RESUMO

A psoríase é uma doença inflamatória imunomediada que ultrapassa a pele e se associa a alterações metabólicas e cardiovasculares relevantes. Este artigo objetiva analisar a relação entre inflamação psoriásica, disfunção endotelial e biomarcadores de risco, discutindo suas implicações para a personalização do cuidado dermatológico. Desenvolveu-se revisão narrativa crítica, de abordagem qualitativa, baseada em artigos científicos, consensos e diretrizes selecionados por pertinência clínica e consistência metodológica. A síntese examina a contribuição das vias IL-23/IL-17 e TNF, a participação da adiposidade visceral e da resistência à insulina, as alterações da função vascular e a utilidade potencial de PCR ultrassensível, lipoproteína(a) e GlycA. As evidências associam a psoríase, sobretudo nas apresentações mais graves, a maior carga de fatores cardiometabólicos e a maior risco vascular; entretanto, marcadores isolados não equivalem a diagnóstico de aterosclerose e estudos observacionais sobre imunobiológicos não demonstram causalmente prevenção de eventos. Propõe-se uma abordagem clínica integrada, com rastreamento de fatores tradicionais, avaliação da gravidade dermatológica, aconselhamento longitudinal e encaminhamento multiprofissional individualizado. Conclui-se que a personalização responsável combina controle da doença cutânea, estratificação cardiovascular baseada em evidências e reconhecimento das incertezas de testes e tratamentos emergentes.
Palavras-chave: Psoríase; Saúde cardiometabólica; Inflamação sistêmica; Biomarcadores; Risco cardiovascular.

ABSTRACT

Psoriasis is an immune-mediated inflammatory disease extending beyond the skin and associated with clinically relevant metabolic and cardiovascular abnormalities. This article examines links among

psoriatic inflammation, endothelial dysfunction, and risk biomarkers, emphasizing implications for personalized dermatological care. A critical narrative review with a qualitative approach was developed from relevant scientific studies, consensus statements, and clinical guidelines selected for clinical relevance and methodological strength. The synthesis examines IL-23/IL-17 and TNF pathways, visceral adiposity and insulin resistance, vascular alterations, and the potential roles of high-sensitivity C-reactive protein, lipoprotein(a), and GlycA. Available evidence associates psoriasis, particularly severe disease, with a higher cardiometabolic burden and vascular risk. Nevertheless, isolated biomarkers do not diagnose atherosclerosis, and observational findings involving biologic agents do not establish cardiovascular event prevention. An integrated clinical approach is proposed, combining conventional risk-factor screening, dermatological severity assessment, longitudinal counseling, and individualized multidisciplinary referral. Responsible personalization should unite effective skin disease management, evidence-based cardiovascular stratification, and explicit recognition of uncertainties regarding emerging tests and therapies.
Keywords: Psoriasis; Cardiometabolic health; Systemic inflammation; Biomarkers; Cardiovascular risk.

1. INTRODUÇÃO

A compreensão contemporânea da psoríase exige superar a concepção de doença confinada a placas eritematodescamativas. Embora o fenótipo cutâneo seja sua expressão mais reconhecível, as vias imunológicas que sustentam a inflamação também dialogam com alterações vasculares, tecido adiposo, metabolismo glicídico e órgãos-alvo. Esse reconhecimento alterou a prática dermatológica: a consulta deixou de se limitar à extensão das lesões e passou a

incorporar investigação de artrite psoriásica, fatores de risco cardiovascular, sofrimento emocional e outras comorbidades. A associação com doença aterosclerótica não implica que todo indivíduo tenha lesão vascular demonstrável, mas fornece uma justificativa sólida para avaliação clínica longitudinal e para integração entre diferentes especialidades (Song; Soffer; Gelfand, 2024).

A aterosclerose decorre de mecanismos heterogêneos, nos quais metabolismo lipídico, inflamação, hemodinâmica, genética e comportamentos interagem ao longo dos anos. Em pessoas com psoríase, mediadores inflamatórios e fatores metabólicos frequentemente coexistem: obesidade, hipertensão arterial, resistência à insulina, diabetes e dislipidemia podem contribuir simultaneamente para a atividade cutânea e para o risco cardiovascular. Portanto, o desafio interpretativo consiste em distinguir associação epidemiológica, plausibilidade mecanística e efeito causal de cada componente. A gravidade dermatológica, isoladamente, tampouco substitui estimadores validados de risco ou uma história clínica abrangente (Sheth et al., 2025).

A discussão sobre personalização acrescenta uma dificuldade prática. Biomarcadores como proteína C reativa ultrassensível (PCR-us), lipoproteína(a) [Lp(a)] e GlycA podem complementar a caracterização de risco em situações selecionadas, mas variam quanto à disponibilidade, validade externa, custo, padronização e capacidade de modificar decisões. Uma estratégia que multiplica exames sem estabelecer sua utilidade clínica pode aumentar gastos e gerar interpretações equivocadas. É necessário perguntar não apenas se determinado marcador se correlaciona com inflamação

ou aterosclerose, mas se sua mensuração produz informação incremental e uma conduta justificável.

Este trabalho investiga como mecanismos inflamatórios sistêmicos, disfunção endotelial e biomarcadores se relacionam ao risco cardiometabólico na psoríase e de que maneira esses conhecimentos podem orientar o cuidado dermatológico. Seu objetivo é integrar evidências de fisiopatologia, estudos observacionais, recomendações profissionais e estratégias preventivas, explicitando as limitações de inferir causalidade a partir de correlações. A proposta é construir uma discussão clínica aplicável, sem reivindicar ensaio próprio, metanálise ou validação de um novo escore de risco.

2. METODOLOGIA

Adotou-se revisão narrativa crítica com abordagem qualitativa e síntese temática. Foram consideradas publicações sobre fisiopatologia da psoríase, inflamação sistêmica, endotélio, risco cardiovascular, biomarcadores, efeitos de intervenções terapêuticas e recomendações clínicas. A seleção priorizou artigos revisados por pares e documentos institucionais com identificação bibliográfica verificável, incluindo os textos de Song, Soffer e Gelfand (2024), Svedbom et al. (2025), Sheth et al. (2025), Lin et al. (2025), as diretrizes da American Academy of Dermatology e o protocolo brasileiro de psoríase disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Foram considerados estudos de populações distintas, reconhecendo a heterogeneidade de desenhos, medidas e sistemas de saúde.

O procedimento de análise consistiu na leitura orientada por questões previamente delimitadas: quais mecanismos ligam

inflamação cutânea a alterações vasculares; quais medidas clínicas são úteis na identificação de fatores de risco; quais biomarcadores possuem potencial de refinar a estratificação; e quais conclusões sobre tratamento são sustentadas por desfechos clínicos. O material foi organizado em núcleos conceituais, comparando evidências mecanísticas, associações observacionais, recomendações de consensos e resultados de intervenção. Sempre que necessário, foram diferenciados marcadores intermediários, como inflamação vascular detectada por imagem, de eventos clínicos, como infarto e acidente vascular cerebral.

Não foi executada busca bibliográfica exaustiva com combinações registradas em todas as bases, triagem independente, avaliação formal do risco de viés ou protocolo prospectivo. Consequentemente, a revisão não é denominada sistemática nem integrativa em sentido metodológico estrito; não são apresentados fluxograma PRISMA, totais fictícios de registros ou estimativas agrupadas de efeitos. Os estudos citados servem de fundamento à análise crítica, mas não permitem calcular incidência, efeito causal de tratamentos ou desempenho de novos modelos prognósticos a partir deste manuscrito.

Como limites adicionais, destacam-se a predominância de evidências provenientes de serviços especializados, a diversidade de critérios de gravidade da psoríase e a dificuldade de transferir recomendações internacionais automaticamente para realidades de acesso distintas. A contextualização das diretrizes ao cenário latino-americano e brasileiro exige considerar financiamento, disponibilidade laboratorial, seguimento na atenção primária e desigualdades territoriais. A síntese foi orientada por transparência

quanto ao tipo de evidência utilizado e pela recusa em apresentar hipóteses promissoras como condutas consolidadas.

3. PSORÍASE COMO DOENÇA INFLAMATÓRIA SISTÊMICA

A psoríase em placas decorre da interação entre predisposição genética, células da imunidade inata, linfócitos e queratinócitos em um circuito inflamatório persistente. A ativação do eixo IL-23/IL-17, acompanhada por mediadores como TNF e IL-22, estimula hiperproliferação epidérmica, recrutamento leucocitário e amplificação de sinais locais. A intensidade dessa resposta pode flutuar segundo infecções, tabagismo, estresse, medicamentos e condições metabólicas. A pele atua como órgão efetor, mas sua inflamação não é biologicamente independente da circulação sistêmica. Essa distinção explica por que a avaliação global não se esgota em tamanho das placas ou desconforto cutâneo (American Academy of Dermatology, s.d.).

É fundamental evitar uma interpretação linear segundo a qual citocinas produzidas na pele seriam, isoladamente, responsáveis por todos os eventos cardiometabólicos. O ambiente sistêmico resulta de várias fontes de mediadores, incluindo adipócitos, macrófagos do tecido adiposo, fígado e endotélio vascular. Pacientes com psoríase podem apresentar fatores comportamentais e sociais compartilhados com a população geral; alguns são agravados pelo impacto psicológico da doença, enquanto outros antecedem seu aparecimento. Modelos epidemiológicos precisam ajustar esses elementos antes de atribuir risco exclusivamente à inflamação dermatológica. Ainda assim, o reconhecimento da psoríase como fator modificador de risco em diretrizes oferece motivo clínico para atenção adicional (Song; Soffer; Gelfand, 2024).

O conceito de carga inflamatória acumulada ajuda a pensar a exposição ao longo do tempo. A extensão cutânea atual é uma fotografia que não necessariamente reflete a duração de surtos anteriores, o controle obtido com tratamentos ou a coexistência de artrite psoriásica. Uma pessoa com lesões relativamente discretas no dia da consulta pode ter história prolongada de doença intensa e fatores de risco não tratados. Inversamente, placas extensas recentes não demonstram, por si, aterosclerose. A interpretação clínica precisa combinar trajetória dermatológica, idade, antecedentes, parâmetros cardiometabólicos e sinais de comprometimento articular.

O desfecho mais relevante para a pessoa atendida não é somente a normalização isolada de um marcador, mas a preservação de saúde, funcionalidade e qualidade de vida. Por isso, estudos sobre mediadores inflamatórios são indispensáveis para entender mecanismos e explorar novas estratégias, enquanto programas de cuidado necessitam demonstrar resultados concretos, sustentabilidade e equidade. A articulação entre esses planos impede que a biologia molecular seja convertida prematuramente em promessa de prevenção cardiovascular universal.

4. EPIDEMIOLOGIA DO RISCO CARDIOMETABÓLICO

Estudos observacionais descrevem maior ocorrência de fatores cardiometabólicos entre pessoas com psoríase, sobretudo nas formas moderadas ou graves. Hipertensão, diabetes tipo 2, dislipidemia, obesidade abdominal e tabagismo constituem componentes bem reconhecidos dessa carga. Entretanto, estimativas variam conforme país, idade, acesso ao diagnóstico, critérios adotados e seleção das amostras. Um levantamento

baseado em clínica terciária pode superestimar comorbidades em comparação com indivíduos acompanhados na atenção primária. O consenso brasileiro de 2024 e recomendações internacionais reforçam a necessidade de incorporar essas condições à anamnese e à avaliação periódica (Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2024; Sheth et al., 2025).

A coexistência de fatores tradicionais e inflamação persistente cria dificuldade para separar risco mediado diretamente pela doença de risco compartilhado por mecanismos metabólicos e comportamentais. Ajustar estatisticamente por obesidade, por exemplo, pode reduzir a associação observada, mas não demonstra que o processo inflamatório seja irrelevante. A adiposidade pode atuar como confundidor, mediador ou elemento de retroalimentação da atividade psoriásica, dependendo da pergunta causal. A interpretação adequada exige explicitar desenho de estudo, temporalidade e variáveis medidas. Correlação significativa não é sinônimo de probabilidade individual elevada para todo paciente.

O risco absoluto também deve ser considerado. Um aumento relativo de eventos pode representar diferenças absolutas pequenas em indivíduos jovens sem outros fatores, mas ter consequências maiores em pessoas idosas, hipertensas ou diabéticas. A idade, o sexo, o tabagismo, a pressão arterial e os lipídios permanecem centrais na estratificação. A gravidade da psoríase e a presença de artrite psoriásica acrescentam informações contextuais relevantes, sem autorização para substituir o cálculo clínico por uma impressão geral de inflamação. Esse equilíbrio entre risco relativo e risco absoluto é decisivo para evitar tanto subdiagnóstico quanto intervenções excessivas.

A avaliação dermatológica oferece oportunidade de detectar riscos silenciosos antes de eventos cardiovasculares. Muitas pessoas têm contato mais frequente com dermatologistas do que com profissionais dedicados à prevenção cardiovascular. Essa proximidade não transforma o especialista em substituto da atenção primária, mas favorece encaminhamento coordenado. Uma avaliação inicial estruturada e o acompanhamento de resultados laboratoriais relevantes podem reduzir lacunas assistenciais, desde que exista definição de responsabilidades e retorno efetivo ao paciente (Song; Soffer; Gelfand, 2024).

5. EIXO IL-23/IL-17, TNF E INFLAMAÇÃO VASCULAR

A via IL-23/IL-17 exerce papel central na manutenção da inflamação psoriásica e apresenta conexões com respostas vasculares e metabólicas. IL-17 pode modular o recrutamento de neutrófilos, a expressão de moléculas inflamatórias e a interação entre leucócitos e células endoteliais; TNF participa da ativação de vias de sinalização que favorecem alterações de permeabilidade e expressão de moléculas de adesão. Contudo, a participação de uma citocina em processos cutâneos e vasculares não torna seus efeitos equivalentes em todos os tecidos. O contexto celular, a concentração, a duração do estímulo e as respostas compensatórias alteram o resultado biológico.

O conceito de inflamação vascular envolve processos distintos, como ativação endotelial, infiltração de células imunes, remodelamento da parede arterial e instabilidade de placas ateroscleróticas. Alguns desses fenômenos podem ser observados por métodos de imagem ou marcadores circulantes; outros são inferidos a partir de experimentos. A literatura frequentemente utiliza parâmetros

substitutos, úteis para investigação, mas que não representam diretamente redução de mortalidade ou de infarto. O cuidado com essa distinção é especialmente importante quando se discute o impacto de imunobiológicos, pois melhora de um marcador intermediário não garante benefício clínico de longo prazo.

Os mecanismos imunológicos também interagem com o metabolismo lipídico. Inflamação persistente pode alterar funcionamento de lipoproteínas, ativar monócitos e favorecer ambiente pró-oxidativo. As partículas de LDL e outros componentes lipídicos contribuem para a biologia da placa, mas seus valores plasmáticos não podem ser interpretados apenas como reflexo da atividade cutânea. Dieta, genética, função tireoidiana, condições renais e medicamentos interferem nas medidas. A abordagem multidimensional é, portanto, mais robusta do que a busca de uma via molecular única que explique toda a associação psoríase–cardiovascular.

Ao traduzir esses conhecimentos para a consulta, a conclusão não é solicitar rotineiramente dosagens séricas de IL-17 ou TNF. Tais avaliações não possuem papel padronizado na estratificação cardiovascular usual de pacientes com psoríase. Sua maior relevância está na interpretação da fisiopatologia e no desenho de terapias específicas para a doença dermatológica. A prevenção cardiovascular continua dependente de medidas clínicas validadas, controle de fatores modificáveis e seguimento compartilhado entre especialidades (Sheth et al., 2025).

6. DISFUNÇÃO ENDOTELIAL E DISPONIBILIDADE DE ÓXIDO NÍTRICO

O endotélio regula tônus vascular, coagulação, permeabilidade, recrutamento inflamatório e comunicação entre sangue e parede arterial. Na condição fisiológica, a síntese e a disponibilidade de óxido nítrico favorecem vasodilatação e limitam respostas pró-inflamatórias. Estresse oxidativo e estímulos inflamatórios podem reduzir essa biodisponibilidade e estimular moléculas de adesão, contribuindo para um fenótipo endotelial disfuncional. Na psoríase, a plausibilidade dessa associação decorre da ativação imunológica sistêmica, da presença de fatores cardiometabólicos e de estudos que descrevem alterações funcionais vasculares em subgrupos de pacientes.

Disfunção endotelial não equivale necessariamente à existência de estenose coronariana significativa. Trata-se de alteração funcional que pode anteceder lesões estruturais, ocorrer em diferentes territórios e variar com condições hemodinâmicas. Medidas de dilatação mediada pelo fluxo, velocidade de onda de pulso, rigidez arterial e outros métodos investigacionais oferecem perspectivas complementares, mas apresentam requisitos técnicos, limitações de reprodutibilidade e interpretações específicas. Resultados provenientes de pequenos estudos transversais devem ser avaliados com atenção à influência de idade, pressão arterial, obesidade, medicamentos e tabagismo.

O estresse oxidativo participa de processos que conectam inflamação e endotélio. Espécies reativas de oxigênio podem interferir na sinalização do óxido nítrico, modificar lipídios e ampliar respostas inflamatórias, enquanto mecanismos antioxidantes celulares tentam compensar esse desequilíbrio. A presença dessas vias em modelos experimentais é relevante, mas não torna recomendável a prescrição indiscriminada de antioxidantes para

prevenir infarto em pessoas com psoríase. A efetividade de qualquer intervenção requer demonstração clínica de benefício e segurança em populações adequadamente estudadas.

Na prática, sinais de alto risco cardiovascular continuam merecendo abordagem convencional e urgente conforme a apresentação clínica. Dor torácica sugestiva de isquemia, dispneia nova, déficit neurológico focal ou sintomas agudos não devem ser relativizados em nome de uma hipótese inflamatória. O propósito da discussão sobre endotélio é aprimorar o entendimento do risco crônico e da prevenção, nunca substituir protocolos diagnósticos para síndromes cardiovasculares estabelecidas.

7. OBESIDADE VISCERAL, ADIPOCINAS E RESISTÊNCIA À INSULINA

O tecido adiposo visceral é metabolicamente ativo e participa de respostas inflamatórias por meio de adipocinas, citocinas e recrutamento de células imunológicas. Na obesidade, alterações de leptina, adiponectina e outros mediadores podem contribuir para resistência à insulina e para a manutenção de inflamação de baixo grau. Na psoríase, essa conexão cria possibilidade de retroalimentação: fatores metabólicos podem influenciar atividade cutânea, enquanto sintomas e limitações psicossociais podem afetar sono, exercício e hábitos alimentares. A causalidade, contudo, não deve ser presumida a partir da coexistência de doenças.

A resistência à insulina compromete a resposta de tecidos metabólicos à sinalização hormonal, favorecendo hiperglicemia, alterações lipídicas e mudanças vasculares. O processo relaciona-se à adiposidade, predisposição familiar, inatividade, sono,

medicamentos e outros determinantes. Sua avaliação clínica ocorre prioritariamente pelo conjunto de fatores e exames apropriados ao risco individual, não pela exigência universal de HOMA-IR em todos os pacientes com psoríase. O HOMA-IR possui interesse em pesquisa, mas não é teste isolado de diagnóstico de diabetes nem substituto da glicemia e da hemoglobina glicada quando indicadas.

A síndrome metabólica agrega condições que elevam risco aterosclerótico e podem coexistir com psoríase. A interpretação por componentes continua necessária: pressão arterial, perfil lipídico, circunferência abdominal, glicemia e outras características apresentam diferentes possibilidades de intervenção. A simples presença do rótulo síndrome metabólica não determina qual paciente se beneficiará de um fármaco específico. O raciocínio compartilhado entre dermatologia e atenção primária permite individualizar prioridades, incluindo intervenções de estilo de vida, tratamento de hipertensão, controle glicêmico e manejo de dislipidemia conforme diretrizes pertinentes.

Estratégias de peso saudável devem considerar acesso a alimentos, limitações financeiras, condições de trabalho e impacto psicológico da doença. Orientações generalistas ou culpabilizadoras podem afastar pacientes e agravar estigma. A melhora sustentável de hábitos depende de metas viáveis e acompanhamento; em pessoas com obesidade e outras indicações clínicas, tratamentos farmacológicos ou procedimentos específicos podem ser considerados por equipes habilitadas. Não se deve afirmar que perda de peso isoladamente eliminará inflamação vascular ou dispensará o tratamento dermatológico (Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2024).

8. HIPERTENSÃO, DISLIPIDEMIA E TABAGISMO

Pressão arterial elevada, alterações lipídicas e exposição ao tabaco permanecem determinantes substanciais do risco cardiovascular, independentemente do diagnóstico dermatológico. Na psoríase, a coexistência desses fatores reforça a necessidade de rastreamento sistemático, sem postular que toda alteração decorra da doença inflamatória. A pressão deve ser medida com técnica adequada e, quando necessário, confirmada conforme protocolos clínicos. A interpretação do perfil lipídico requer idade, história familiar, diabetes, doença renal, eventos prévios e uso de medicamentos. Reduzir decisões a um único número laboratorial pode induzir intervenções inadequadas.

O tabagismo está associado a maior risco cardiovascular e pode interagir com comportamentos, estresse e pior controle de doenças crônicas. Uma abordagem eficaz inclui perguntar sobre uso atual e anterior, intensidade de exposição, motivação para mudança e disponibilidade de suporte. Orientação breve, acompanhada de intervenções baseadas em evidências, é mais útil do que recomendações moralizantes. O mesmo princípio se aplica ao consumo de álcool, que pode interferir em tratamentos sistêmicos e em condições hepáticas, mas necessita de avaliação individual e atenção ao contexto social.

A prescrição de estatinas ou outros redutores de lipídios deve obedecer a indicações de prevenção primária ou secundária adequadas. A psoríase pode funcionar como elemento que reforça uma decisão em situações de risco limítrofe, mas não justifica uso automático em todas as pessoas. Recomendações como as de Song, Soffer e Gelfand (2024) e Sheth et al. (2025) enfatizam a identificação

de pacientes com fatores subtratados e o encaminhamento apropriado para manejo contínuo. A segurança farmacológica também requer considerar gravidez, comorbidades e potenciais interações.

A qualidade do cuidado depende de continuidade. Identificar pressão elevada em uma consulta não resolve o problema se não houver orientação, confirmação, acompanhamento e acesso ao tratamento. O dermatologista pode registrar achados, explicar seu significado, comunicar a equipe responsável e verificar o retorno na visita seguinte. Esse fluxo reduz a fragmentação e dá materialidade à recomendação de integrar prevenção cardiovascular ao acompanhamento dermatológico.

9. PCR ULTRASSENSÍVEL E MARCADORES INFLAMATÓRIOS

A proteína C reativa ultrassensível é um marcador sérico de inflamação cuja concentração pode auxiliar na interpretação de risco em contextos específicos. Embora sua elevação seja observada em diversas condições e tenha associação com eventos cardiovasculares em populações estudadas, ela não identifica a fonte da inflamação e não confirma aterosclerose. Em pessoas com psoríase, a atividade cutânea, infecções intercorrentes, obesidade e outras comorbidades podem influenciar resultados. Portanto, uma medida isolada, especialmente durante quadro agudo, exige interpretação cautelosa e eventualmente repetição em contexto clinicamente estável.

A pesquisa PSOCADIA examinou a relação entre PCR-us e parâmetros de estrutura e função cardíaca em uma coorte transversal de pacientes com psoríase. Esse tipo de investigação

contribui para formular hipóteses clínicas, mas não permite afirmar que a elevação do biomarcador seja causa direta de alterações ecocardiográficas, tampouco estabelece benefício de solicitar o exame de maneira indiscriminada. O valor da PCR-us depende de sua posição em um processo decisório fundamentado, com perguntas claras e possibilidades concretas de ação (Dons et al., 2025).

Várias citocinas, proteínas de fase aguda e assinaturas proteômicas são investigadas em psoríase. A associação estatística de um marcador com escore PASI, índice de massa corporal ou eventos em determinado estudo não demonstra que ele funcione como instrumento de decisão no consultório. Para alcançar utilidade prognóstica, é preciso verificar calibração, discriminação, reprodutibilidade, impacto no tratamento e desempenho em populações externas. Resultados experimentais ou estudos de descoberta de biomarcadores constituem estágios diferentes da validação clínica.

Um uso responsável dos marcadores começa por reconhecer quais exames são apropriados ao risco. Glicemia ou hemoglobina glicada e perfil lipídico, por exemplo, ajudam a identificar doenças tratáveis e possuem trajetórias assistenciais definidas. A PCR-us pode acrescentar informação em situações selecionadas por protocolos de prevenção, mas não substitui essas medidas. O objetivo não é transformar a psoríase em justificativa para painéis extensos de exames inflamatórios, e sim melhorar a qualidade da decisão quando existe incerteza clinicamente relevante.

10. GlycA, INFLAMAÇÃO SISTÊMICA E ATEROSCLEROSE SUBCLÍNICA

GlycA representa um sinal relacionado a grupos N-acetilados de glicoproteínas de fase aguda, mensurado em plataformas específicas, e tem sido estudado como indicador de inflamação sistêmica. Diferentemente de uma citocina isolada, incorpora informação relacionada a múltiplas proteínas, o que o torna interessante para investigar carga inflamatória persistente. Sua disponibilidade clínica, contudo, é limitada em numerosos serviços. A relação entre GlycA e psoríase deve ser interpretada como campo de investigação, não como exigência universal para acompanhamento dermatológico.

Svedbom et al. (2025) analisaram dados que conectam gravidade cutânea, GlycA, aterosclerose subclínica e eventos cardiovasculares. Os autores relataram participação estatística desse marcador na associação estudada, oferecendo suporte à hipótese de mediação inflamatória. Entretanto, uma análise de mediação depende de pressupostos causais e de controle de confundimento; a magnitude estimada no estudo não equivale a uma proporção causal comprovada para todos os pacientes. A pesquisa oferece evidência importante sobre caminhos plausíveis, mas não define um algoritmo clínico que substitua avaliação tradicional.

A aterosclerose subclínica representa alterações vasculares que podem ser detectadas antes de sintomas, conforme método e território estudados. Investigações por imagem de placa coronariana, cálcio coronariano e inflamação vascular respondem a perguntas distintas; seus resultados não devem ser combinados como se fossem uma única medida. Além disso, estudos conduzidos em centros altamente especializados podem incluir pessoas selecionadas, com risco basal ou gravidade cutânea diferentes da

população geral. A interpretação exige ponderar validade externa e possibilidade de resultados incidentais.

Antes da incorporação rotineira de GlycA, seriam necessários protocolos validados que mostrem quando o teste muda classificação de risco e melhora decisões sem gerar danos desproporcionais. A existência de associação com aterosclerose justifica pesquisa translacional, mas não torna prudente prometer identificação precoce universal de eventos cardiovasculares por uma única dosagem. O caminho entre biomarcador de pesquisa e ferramenta de saúde pública precisa incluir avaliação econômica, padronização laboratorial e análise de benefício clínico.

11. LIPOPROTEÍNA(A) E COMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO

A lipoproteína(a), ou Lp(a), é uma partícula lipoproteica cuja concentração possui forte componente genético e associação com doença cardiovascular aterosclerótica. Seu papel clínico difere do de marcadores inflamatórios inespecíficos: a mensuração pode ser particularmente útil na caracterização de risco adicional em pacientes selecionados, conforme orientações vigentes de prevenção cardiovascular. Não se deve, contudo, confundir concentração elevada com diagnóstico de doença coronariana, nem assumir que redução de Lp(a) por si só tenha desfecho clínico estabelecido em todas as intervenções disponíveis.

Uma revisão sistemática e metanálise publicada em 2025 encontrou concentrações médias mais elevadas de Lp(a) em amostras com psoríase do que em controles saudáveis, com heterogeneidade importante entre estudos. A magnitude agregada depende de diferenças metodológicas, composição populacional e unidade

laboratorial. A presença de heterogeneidade indica que os resultados não são uniformemente transferíveis para qualquer pessoa com a doença. O achado reforça interesse clínico e científico, mas não autoriza interpretar toda psoríase como consequência de Lp(a) elevada ou exigir dosagem repetida independentemente do contexto (Fragkouli et al., 2025).

A leitura do exame precisa distinguir mg/dL e nmol/L, unidades que não possuem conversão exata universal em razão de diferenças entre isoformas da apolipoproteína(a). Também exige considerar antecedentes familiares de eventos prematuros, colesterol LDL, diabetes, tabagismo e outros fatores. A decisão de iniciar ou intensificar prevenção lipídica depende do conjunto de evidências e de recomendações clínicas aplicáveis, não do isolamento de um marcador. O diálogo com cardiologia preventiva é especialmente útil quando há história familiar marcante ou dúvidas sobre estratificação.

A personalização não consiste em repetir painéis laboratoriais a cada consulta dermatológica, mas em selecionar avaliações que respondam a necessidades concretas. Uma dosagem apropriada pode contribuir para uma avaliação de longo prazo, ao passo que solicitações seriadas sem objetivo definido tendem a acrescentar custo e pouco ganho informativo. O registro do resultado, sua explicação ao paciente e o estabelecimento de um plano de acompanhamento são tão relevantes quanto o exame em si.

12. IMAGEM VASCULAR, CÁLCIO CORONARIANO E LIMITES DO RASTREAMENTO

O escore de cálcio coronariano pode apoiar a discussão de risco em pessoas selecionadas, especialmente quando a estimativa convencional deixa incerteza sobre decisões preventivas. Sua utilidade depende da faixa etária, dos fatores de risco, da possibilidade de mudar conduta e das diretrizes aplicáveis. Não é um exame obrigatório para todo paciente com psoríase e apresenta limitações, incluindo exposição à radiação e incapacidade de caracterizar diretamente todos os tipos de placa. Um valor baixo ou ausente não exclui, em qualquer situação, doença aterosclerótica não calcificada ou sintomas de origem cardiovascular.

A angiografia coronariana por tomografia e métodos de imagem avançada permitem avaliar características anatômicas ou inflamatórias em cenários específicos, mas não devem ser confundidos com rastreamento populacional indiscriminado. Pesquisas que associam atividade de psoríase a carga de placa subclínica oferecem informações sobre mecanismos, porém a seleção de participantes e a metodologia de imagem podem restringir aplicações gerais. Sensibilidade diagnóstica, custos, disponibilidade e consequências de achados incidentais precisam fazer parte da avaliação.

Para a pessoa acompanhada em dermatologia, é mais útil estabelecer quais achados mudariam a conduta. Uma história de sintomas sugestivos, múltiplos fatores de risco ou antecedente cardiovascular requer avaliação clínica compatível, às vezes com encaminhamento. Na prevenção primária de paciente assintomático, a indicação de exames adicionais deve ser orientada por incerteza residual após análise clínica. A decisão compartilhada evita tratar tecnologia diagnóstica como sinônimo de cuidado de maior qualidade.

A integração entre especialidades deve definir responsável pela solicitação e interpretação. Quando exames são fragmentados entre profissionais e plataformas, a informação pode se perder ou ser interpretada de forma contraditória. Protocolos simples de registro e comunicação ajudam a garantir que resultados laboratoriais e de imagem alimentem planos de cuidado efetivos, em lugar de permanecerem como documentos sem encaminhamento.

13. GRAVIDADE DERMATOLÓGICA, PASI E RISCO AO LONGO DA VIDA

O Psoriasis Area and Severity Index (PASI) combina extensão e intensidade de manifestações cutâneas e possui relevância para acompanhamento de resposta terapêutica. Outras ferramentas, como porcentagem de superfície corporal comprometida e medidas de qualidade de vida, captam dimensões parcialmente distintas. Um PASI elevado não é uma medida direta de aterosclerose, enquanto um escore baixo sob tratamento pode coexistir com riscos cardiometabólicos acumulados. Assim, o índice dermatológico informa o grau de atividade cutânea, mas não substitui história familiar, pressão arterial, lipídios ou presença de diabetes.

A doença pode apresentar trajetórias flutuantes, com surtos, remissões e períodos de tratamento interrompido. Uma avaliação pontual não expressa necessariamente a carga inflamatória histórica. Estudos longitudinais capazes de registrar gravidade ao longo do tempo ajudam a explorar se exposição cumulativa se relaciona com risco vascular, mas enfrentam mudanças terapêuticas e confundimento por comorbidades. Na consulta, registrar história de formas graves, uso anterior de tratamento sistêmico e presença

de artrite psoriásica pode contextualizar a avaliação, sem produzir escore improvisado de risco.

A artrite psoriásica merece atenção porque agrega manifestações inflamatórias, limitações funcionais e possíveis efeitos sobre a atividade física. A presença de dor articular inflamatória, rigidez matinal, dactilite ou alterações ungueais relevantes exige investigação e eventual encaminhamento. Entretanto, sintomas musculoesqueléticos inespecíficos não devem ser automaticamente classificados como artrite psoriásica. O diagnóstico adequado influencia o tratamento e as necessidades de prevenção, devendo ser construído com avaliação clínica especializada quando indicada.

Gravidade cutânea e risco cardiovascular podem compartilhar determinantes, mas não caminham sempre em paralelo. Um plano personalizado precisa reconhecer essa dissociação: o controle dermatológico não encerra a necessidade de tratar hipertensão ou dislipidemia, e a presença de fatores cardiovasculares não desvaloriza objetivos legítimos de melhorar pele, prurido, sono e autoestima. A integração de ambas as dimensões amplia o cuidado sem hierarquizar indevidamente o sofrimento de cada pessoa.

14. TRATAMENTOS SISTÊMICOS E DESFECHOS CARDIOVASCULARES

O tratamento sistêmico da psoríase pode modificar substancialmente a atividade cutânea e a qualidade de vida, mas seus efeitos cardiovasculares exigem avaliação independente. A supressão de mediadores inflamatórios é biologicamente plausível como via para reduzir ativação vascular; entretanto, ensaios e estudos observacionais utilizam desfechos diferentes, desde

alterações em biomarcadores até hospitalizações. Uma conclusão sobre diminuição de placa ou de inflamação por imagem não comprova automaticamente prevenção de infarto, AVC ou mortalidade. Essa distinção deve orientar a comunicação clínica e o modo de apresentar benefícios de medicamentos.

Lin et al. (2025) realizaram coorte retrospectiva com pareamento por escore de propensão e encontraram associação entre uso de determinadas classes de imunobiológicos e menor risco de desfechos cardiovasculares em comparação com terapias orais. Embora o pareamento reduza diferenças mensuradas, não elimina confundimento residual, seleção pelo tratamento, diferenças no acompanhamento ou características não registradas. O resultado é importante e compatível com hipóteses fisiopatológicas, mas não deve ser exposto como prova causal de cardioproteção atribuída a uma classe terapêutica.

A escolha do tratamento da psoríase deve considerar gravidade, áreas especiais acometidas, artrite psoriásica, comorbidades, risco infeccioso, preferências, gravidez, disponibilidade e recomendações oficiais. Os imunobiológicos dirigidos a TNF, IL-17 ou IL-23 possuem perfis próprios de eficácia e segurança, não sendo intercambiáveis sem avaliação especializada. A melhora do PASI deve ser acompanhada de vigilância de efeitos adversos e de avaliação do conjunto clínico. A existência de comorbidade cardiovascular pode influenciar decisões, mas não autoriza alterar esquemas apenas com base em estudos observacionais.

Os cuidados de prevenção aterosclerótica permanecem necessários mesmo quando o controle dermatológico é excelente. Uma pessoa tratada com sucesso pode continuar hipertensa, dislipidêmica,

sedentária ou com diabetes. O encaminhamento multiprofissional e o manejo convencional desses fatores representam ações com fundamentação própria. A promessa de que o imunobiológico dispensaria a prevenção clássica pode comprometer o cuidado e não encontra sustentação adequada nas evidências disponíveis (Song; Soffer; Gelfand, 2024; Sheth et al., 2025).

15. TERAPÊUTICAS CONVENCIONAIS E SEGURANÇA METABÓLICA

O manejo dermatológico também inclui terapias tópicas, fototerapia e medicamentos sistêmicos convencionais, selecionados conforme apresentação clínica, extensão das lesões e condições individuais. A avaliação de segurança exige considerar função renal e hepática, pressão arterial, perfil metabólico e interações farmacológicas quando pertinentes ao medicamento prescrito. Por exemplo, condições cardiovasculares ou renais podem alterar o balanço entre benefícios e riscos de determinadas terapias sistêmicas. Essas decisões são específicas e não devem ser reduzidas a uma proibição generalizada de tratamentos convencionais.

O acompanhamento exige distinguir risco basal do paciente e efeitos potencialmente relacionados a medicamentos. Alterações laboratoriais detectadas após o início de terapia não podem ser automaticamente atribuídas ao fármaco sem exame de temporalidade, dose, comorbidades e outras exposições. Da mesma forma, valores prévios de hipertensão ou dislipidemia não desaparecem por melhora clínica das placas. Uma revisão periódica da lista de medicamentos e das condições concomitantes reduz a possibilidade de prescrições fragmentadas e contribui para decisões mais seguras.

As diretrizes brasileiras de psoríase atualizadas em 2025 oferecem parâmetros para indicação, monitoramento e organização do cuidado no SUS. Sua aplicação, porém, depende das regras de acesso, capacidade assistencial e avaliação clínica individual. O atendimento deve observar contraindicações, rastreamento de infecções quando necessário e programas de monitoramento previstos para cada classe. A presença de fatores cardiometabólicos reforça a necessidade de coordenação, não substitui as regras de segurança farmacológica do protocolo (Brasil, 2025).

Uma questão adicional é o uso de anti-inflamatórios e corticosteroides por condições associadas, especialmente dores musculoesqueléticas. Exposições prolongadas ou inadequadas podem ter consequências metabólicas e cardiovasculares; a adequação deve ser discutida com os profissionais responsáveis. A decisão dermatológica deve integrar histórico terapêutico e preferências, evitando excesso de exames sem finalidade e mantendo vigilância suficiente para identificar efeitos indesejáveis relevantes.

16. CUIDADO DERMATOLÓGICO PERSONALIZADO E FLUXO ASSISTENCIAL

Uma proposta operacional de personalização pode começar por uma avaliação clínica basal estruturada. Além do registro de lesões, sintomas, duração e terapias da psoríase, devem ser conhecidos pressão arterial, peso ou outras medidas antropométricas, tabagismo, história familiar, diabetes, dislipidemia, antecedentes cardiovasculares e manifestações articulares. Exames de glicemia ou hemoglobina glicada, perfil lipídico e função renal podem ser solicitados conforme idade, risco e protocolos locais. Em pacientes

com maior incerteza de estratificação, marcadores adicionais ou imagem vascular podem ser considerados por equipe habilitada, mas não constituem requisito para todos (Sheth et al., 2025).

O segundo momento é diferenciar necessidades clínicas. Pacientes com evento cardiovascular prévio precisam de seguimento de prevenção secundária; aqueles sem eventos devem ter risco estimado com instrumentos apropriados à população. Pessoas jovens com forte história familiar podem exigir abordagem diferente da de pacientes idosos com múltiplos fatores conhecidos. A presença de artrite psoriásica, doença renal ou condições metabólicas altera a complexidade do plano. Nenhuma dessas características pode ser substituída por uma única etiqueta de psoríase leve ou grave.

O terceiro elemento é a definição de responsabilidades. A dermatologia acompanha a doença cutânea e identifica necessidades; atenção primária coordena grande parte da prevenção longitudinal; cardiologia, endocrinologia e reumatologia participam conforme risco e problemas específicos. Um encaminhamento só é útil quando inclui motivo, achados, medicamentos e expectativa de retorno. Pacientes podem necessitar de apoio para navegar entre serviços, sobretudo quando vivem em territórios de acesso reduzido ou apresentam barreiras econômicas e linguísticas.

O quarto elemento consiste na revisão periódica de metas pactuadas. Mudanças de peso, pressão, controle glicêmico, perfil lipídico, tabagismo e atividade cutânea devem orientar conversas que reconheçam conquistas e dificuldades. A frequência dos retornos deve ser proporcional à gravidade e às decisões em curso,

evitando tanto abandono quanto consultas excessivas. Esse fluxo funciona como proposta clínica de organização do cuidado, não como escore formalmente validado ou intervenção experimental comprovada por esta revisão.

17. COMUNICAÇÃO DE RISCO E TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA

Comunicar risco cardiovascular a pessoas com psoríase exige equilíbrio entre alerta e proporcionalidade. Afirmar que a doença está associada a risco aumentado não equivale a prever que determinado indivíduo terá infarto. A orientação deve separar risco relativo, risco absoluto e fatores modificáveis, com linguagem compatível com escolaridade e preferências. Explicações excessivamente alarmistas podem intensificar ansiedade e estigma; mensagens tranquilizadoras sem avaliação podem atrasar o tratamento de condições silenciosas. O diálogo clínico deve enfatizar ações concretas que estejam ao alcance do paciente e da rede assistencial.

A decisão compartilhada também envolve escolhas dermatológicas. Redução do prurido, melhora do sono, controle de áreas visíveis, possibilidade de adesão e preocupações com efeitos adversos influenciam o tratamento. Quando um medicamento é discutido, a equipe deve distinguir benefícios comprovados para pele de hipóteses ainda não confirmadas sobre prevenção cardiovascular. Essa honestidade facilita a construção de expectativas realistas e reduz frustração com resultados que não podem ser garantidos. O reconhecimento de incertezas não enfraquece a relação terapêutica; torna-a mais transparente.

Barreiras sociais podem dificultar hábitos saudáveis e acompanhamento. É inadequado atribuir risco exclusivamente à disciplina individual quando horários de trabalho, renda, transporte, alimentação disponível e acesso a serviços condicionam opções. Pessoas com psoríase extensa podem evitar espaços de exercício por vergonha, desconforto ou discriminação. A intervenção precisa considerar o impacto psicossocial, oferecendo alternativas de cuidado compatíveis com o território e, quando necessário, encaminhamento para apoio psicológico.

O planejamento pode incluir registro simples de metas: pressão aferida e acompanhada, perfil metabólico conhecido, apoio à cessação do tabaco e manutenção do seguimento dermatológico. A documentação dessas ações permite avaliar continuidade sem transformar a consulta em processo burocrático. O paciente deve compreender por que cada orientação foi proposta e quem será responsável por acompanhá-la, evitando recomendações genéricas que se perdem entre diferentes serviços.

18. DESIGUALDADES REGIONAIS E CONTEXTO LATINO-AMERICANO

A incorporação de recomendações internacionais exige atenção às desigualdades de acesso na América Latina. Sistemas de saúde, cobertura de exames, disponibilidade de imunobiológicos e trajetórias de encaminhamento diferem entre países e dentro de um mesmo território. Estratégias que dependem de GlycA, imagem avançada ou consultas especializadas frequentes podem ser impraticáveis onde faltam medidas básicas de pressão e perfil lipídico. Um modelo de cuidado proporcional deve priorizar intervenções com impacto clínico bem documentado e buscar que

pessoas com doença grave não fiquem excluídas por obstáculos administrativos.

A prevenção cardiovascular na psoríase pode integrar equipes em serviços universitários, ambulatórios de dermatologia e unidades de atenção primária. Para aumentar efetividade, protocolos precisam prever quem identifica fatores, como se registram os achados, quais critérios justificam encaminhamento e de que forma os resultados retornam ao prontuário. A cooperação não exige multiplicar consultas sempre; em alguns cenários, comunicação estruturada e acompanhamento da equipe já existente podem resolver lacunas importantes.

Os estudos internacionais apresentam valor científico, mas a distribuição de idade, ancestralidade, tabagismo, renda e acesso ao tratamento pode diferir significativamente entre as populações estudadas e pacientes de Equador, Colômbia ou Brasil. Por isso, uma estimativa de risco derivada de base norte-americana ou europeia não deve ser proclamada como equivalente à realidade local. Estudos latino-americanos prospectivos, com medidas dermatológicas, cardiometabólicas e eventos adjudicados, seriam úteis para testar desempenho de escores e necessidades específicas de prevenção.

A equidade deve ser entendida como componente da qualidade científica e da prática clínica. A interpretação de um biomarcador pode ser correta em laboratório e ainda produzir pouco benefício se a pessoa não tem acesso a tratamento ou retorno. A prioridade assistencial consiste em conectar informação e ação, preservando recursos para avaliações de alto valor, acompanhamento longitudinal e condições reais de adesão. O avanço tecnológico só

produz melhora em saúde quando alcança as pessoas que dele precisam.

19. RESULTADOS DA SÍNTESE E DISCUSSÃO CRÍTICA

A síntese das publicações selecionadas identifica quatro convergências. Primeiro, a psoríase acompanha carga relevante de fatores cardiometabólicos, especialmente em pessoas com maior gravidade e doença articular. Segundo, inflamação e metabolismo compartilham caminhos biológicos que tornam plausível a participação de citocinas e da ativação vascular. Terceiro, exames clínicos tradicionais continuam indispensáveis para identificação de risco tratável. Quarto, biomarcadores emergentes e imagens sofisticadas ampliam a compreensão da doença, mas não substituem critérios de validação e utilidade clínica. Essas conclusões possuem força diferente conforme desenho das evidências e não devem ser apresentadas como resultados de uma única experiência (Song; Soffer; Gelfand, 2024; Sheth et al., 2025).

O trabalho de Svedbom et al. (2025) oferece exemplo de investigação de mediação inflamatória; Lin et al. (2025) examinam associação entre classes terapêuticas e eventos em dados observacionais; consensos clínicos traduzem conhecimento acumulado em recomendações. As três abordagens não respondem à mesma pergunta. Evidência de associação entre GlycA e desfechos não demonstra benefício de dosá-lo rotineiramente; menor incidência em coorte tratada não prova eficácia cardioprotetora; recomendação consensual pode refletir prudência clínica mesmo diante de incerteza quantitativa. Distinguir essas camadas protege o artigo de inferências indevidas.

A personalização proposta é essencialmente clínica e organizacional: reconhecer risco basal, gravidade psoriásica e possibilidades de acompanhamento para organizar prevenção e tratamento. Biomarcadores adicionais devem responder a dúvida específica de estratificação e ser interpretados no contexto de diretrizes pertinentes. O uso de ferramentas sofisticadas sem uma ação correspondente pode produzir medicalização, custos e diagnósticos incidentais sem benefício. Por outro lado, ignorar diabetes, dislipidemia ou hipertensão em uma consulta especializada representa oportunidade preventiva perdida.

A insuficiência de evidências robustas sobre efeitos cardiovasculares causais de imunobiológicos permanece questão relevante. Pesquisas futuras podem comparar estratégias integradas de cuidado, com desfechos clínicos e avaliações econômicas, e estudar se biomarcadores específicos melhoram decisões além dos fatores clássicos. É especialmente importante incluir populações sub-representadas, centros com recursos limitados e medidas da experiência dos pacientes, de modo que a personalização não se converta em privilégio dependente de tecnologia de alto custo.

20. LIMITAÇÕES DAS EVIDÊNCIAS E AGENDA DE PESQUISA

A literatura sobre psoríase e risco cardiovascular apresenta heterogeneidade em definição de gravidade, duração da doença, critérios de eventos, medidas metabólicas e uso concomitante de medicamentos. Em estudos transversais, a exposição e o desfecho são observados em momento semelhante, impedindo estabelecer sequência temporal. Coortes retrospectivas dependem da qualidade de registros e frequentemente não captam dieta, atividade física detalhada, intensidade histórica de inflamação ou razões clínicas

para escolha do tratamento. Mesmo análises com pareamento podem permanecer vulneráveis a confundimento residual, sobretudo quando pacientes mais graves recebem medicamentos diferentes.

Outra dificuldade é a sobreposição entre fatores de risco tradicionais e mediadores inflamatórios. Obesidade pode anteceder psoríase, agravar seus sintomas ou surgir durante trajetória marcada por limitações funcionais e sofrimento emocional. Desenhos causais precisam decidir se determinada variável constitui confundidor, mediador ou modificador de efeito. Ajustar indiscriminadamente todos os fatores pode ocultar parte de uma associação relevante; deixar de ajustar pode criar associações espúrias. A interpretação de resultados depende, portanto, de hipóteses transparentes e não apenas do valor estatístico de p.

Faltam também dados que demonstrem como utilizar certos biomarcadores em cenários clínicos reais, quais limiares são reprodutíveis e como decisões mudariam após um resultado. Estudos de validação externa, comparação incremental de modelos, ensaios pragmáticos e avaliações de custo-efetividade podem esclarecer essa lacuna. A mensuração repetida de GlycA ou de diferentes citocinas deve ser considerada hipótese investigativa enquanto não houver percurso assistencial validado. Protocolos clínicos devem favorecer exames com finalidade e ações claramente estabelecidas.

Por fim, há limitações próprias desta revisão narrativa: as fontes foram selecionadas por relevância, sem protocolo de busca exaustivo ou síntese quantitativa reproduzível. O artigo não permite estimar efeito agrupado, confirmar mecanismo causal ou estabelecer

diretrizes independentes das sociedades profissionais. Sua contribuição está na organização crítica das evidências e na formulação de prioridades clínicas e científicas plausíveis, que precisarão ser reavaliadas à medida que novos estudos de desfechos cardiovasculares forem publicados.

21. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM DIFERENTES CICLOS DA VIDA

A avaliação cardiometabólica muda de significado ao longo do ciclo vital. Na adolescência e no início da idade adulta, alterações dermatológicas extensas podem coexistir com baixo risco absoluto cardiovascular de curto prazo, sem que isso exclua a importância de hábitos, antecedentes familiares e fatores emergentes. Em adultos de meia-idade, hipertensão, perfil lipídico, diabetes e tabagismo assumem peso crescente nas decisões preventivas. Em pessoas idosas, fragilidade, múltiplos medicamentos, doença renal e riscos de efeitos adversos podem influenciar o equilíbrio terapêutico. Uma recomendação idêntica para todos os grupos obscureceria diferenças legítimas de necessidades.

O atendimento às mulheres com psoríase deve considerar aspectos que nem sempre aparecem em calculadoras usuais de risco. História de complicações hipertensivas da gestação, diabetes gestacional e menopausa precoce pode contribuir para a contextualização clínica. Não se deve inferir que a psoríase provoque essas condições em cada paciente, mas verificar eventos prévios quando podem modificar o acompanhamento. Na gravidez, decisões sobre terapias dermatológicas e avaliação de pressão, glicemia e outros fatores exigem orientações específicas e coordenação entre profissionais. A proteção de saúde materna e fetal não pode ser subordinada a metas laboratoriais isoladas.

Na juventude, uma história familiar de doença aterosclerótica prematura pode justificar atenção adicional mesmo quando sintomas estão ausentes. A identificação de dislipidemias hereditárias, quando pertinente, possui implicações que ultrapassam a pessoa atendida, podendo motivar avaliação familiar conforme indicação. Em crianças e adolescentes com psoríase, recomendações de prevenção devem ser adequadas à idade e evitar exames desnecessários ou mensagens estigmatizantes relativas ao corpo. A orientação alimentar e de atividade física deve favorecer desenvolvimento, inclusão social e bem-estar, e não impor modelos adultos de tratamento.

Ao longo de todas essas fases, é importante reconhecer o caráter dinâmico do risco. Um resultado normal em consulta anterior não substitui avaliação futura quando surgem diabetes, hipertensão, novos medicamentos ou eventos familiares relevantes. O seguimento dermatológico pode funcionar como oportunidade de revisar mudanças e atualizar encaminhamentos. Essa continuidade permite personalizar a intensidade de prevenção com base na trajetória clínica, em vez de cristalizar decisões tomadas a partir de um único momento da doença.

22. SÍNDROMES CARDIOVASCULARES ALÉM DA ATEROSCLEROSE

A associação entre psoríase e saúde cardiovascular não se limita à placa coronariana. Pesquisas também investigam alterações da função miocárdica, arritmias, insuficiência cardíaca e repercussões microvasculares. Todavia, cada desfecho possui determinantes próprios, e não é adequado agrupá-los como manifestações de uma única síndrome inflamatória. A insuficiência cardíaca pode decorrer de isquemia, hipertensão prolongada, doença valvar ou

cardiomiopatias; sintomas iniciais como dispneia e edema exigem investigação segundo protocolos específicos. Um biomarcador inflamatório não substitui diagnóstico clínico ou avaliação cardíaca indicada.

O estudo PSOCADIA, de Dons et al. (2025), analisou adultos com psoríase submetidos a dosagem de PCR ultrassensível e avaliação ecocardiográfica. A associação encontrada entre inflamação circulante e alterações de função ventricular sugere hipótese de participação sistêmica, mas não estabelece relação causal em decorrência de seu desenho observacional. A seleção de participantes, a presença de obesidade e a distribuição das comorbidades influenciam a interpretação. Os resultados também não implicam necessidade de ecocardiograma universal em todos os pacientes com psoríase assintomáticos, especialmente quando a probabilidade pré-teste de doença é baixa.

A diferenciação entre prevenção e investigação de sintomas evita dois erros opostos. O primeiro é minimizar manifestações clínicas importantes por atribuí-las à ansiedade, ao sedentarismo ou à própria doença cutânea. O segundo é solicitar avaliações cardiológicas extensas a pessoas sem sintomas ou fatores que as justifiquem, gerando custos e potenciais achados incidentais. Diretrizes clínicas consideram história, exame, fatores de risco e necessidade de confirmação diagnóstica. A psoríase acrescenta contexto à avaliação, mas não altera de forma indiscriminada os princípios de investigação de doenças cardiovasculares.

A integração entre dermatologia e cardiologia torna-se particularmente relevante quando sintomas, antecedentes e exames convergem para hipótese cardiovascular plausível. Em casos

de insuficiência cardíaca conhecida, a escolha de medicamentos sistêmicos para psoríase precisa considerar advertências específicas da classe e condições clínicas atuais. O objetivo não é construir relações automáticas entre inflamação e cada manifestação cardíaca, mas garantir que decisões terapêuticas reconheçam comorbidades verdadeiras e tenham acompanhamento adequado.

23. QUALIDADE DE VIDA, SONO E COMPORTAMENTOS CARDIOMETABÓLICOS

Os efeitos psicossociais da psoríase merecem integrar uma discussão cardiometabólica sem que sofrimento psicológico seja convertido em explicação inespecífica para eventos vasculares. Prurido, dor, constrangimento com placas visíveis e alterações do sono podem interferir no desempenho cotidiano, na participação social e na adesão aos tratamentos. Em determinados pacientes, essas dificuldades reduzem oportunidades de exercício ou favorecem isolamento, criando barreiras práticas à manutenção de hábitos saudáveis. A abordagem precisa reconhecer as experiências relatadas e evitar atribuir comportamentos a falta de vontade.

O sono merece investigação porque sua qualidade se relaciona a saúde mental, fadiga, percepção de sintomas e condições metabólicas. A presença de obesidade, ronco significativo, sonolência diurna ou hipertensão difícil de controlar pode indicar necessidade de avaliar distúrbios respiratórios do sono conforme critérios clínicos. Não se deve presumir apneia em todas as pessoas com psoríase, mas também não ignorar indícios relevantes. Intervenções relacionadas ao sono devem visar diagnóstico e acompanhamento apropriados, sem prometer que a normalização

do descanso substitua medidas consagradas de prevenção cardiovascular.

A adesão terapêutica depende de compreensão da doença, custos, frequência de aplicação, eventos adversos, expectativas e apoio familiar. Programas de educação podem esclarecer diferenças entre remissão cutânea e controle de fatores cardiovasculares: um paciente sem placas pode continuar necessitando de tratamento anti-hipertensivo, enquanto outro com lesões persistentes pode apresentar medidas metabólicas adequadas. A comunicação dessas duas trajetórias ajuda a evitar a interpretação de que a melhora em uma dimensão torna desnecessárias todas as demais ações.

O manejo centrado na pessoa deve incluir perguntas abertas sobre prioridades, dificuldades para comparecer aos serviços e percepção de risco. Estratégias de cuidado compartilhado podem utilizar metas pequenas e verificáveis, sem exigir mudanças simultâneas inviáveis. A atenção a sono, sofrimento emocional e participação social amplia a qualidade do seguimento dermatológico, mas a efetividade de intervenções específicas para eventos cardiovasculares deve ser avaliada separadamente quando essa for a alegação clínica.

24. IMPLEMENTAÇÃO, INDICADORES E AVALIAÇÃO DO CUIDADO INTEGRADO

Uma proposta de acompanhamento integrado precisa definir indicadores que sejam úteis sem aumentar excessivamente a burocracia. O registro de pressão arterial, tabagismo, perfil lipídico conhecido, situação glicêmica, história de eventos cardiovasculares e gravidade dermatológica pode fornecer visão inicial. Entretanto,

indicadores de processo não equivalem automaticamente a desfechos: a proporção de pacientes que realizou exame não informa se houve melhora do controle clínico ou acesso efetivo ao tratamento. A avaliação deve observar também encaminhamentos concluídos, adesão, satisfação e mudanças de fatores modificáveis quando clinicamente pertinentes.

Na gestão de serviços, é útil distinguir responsabilidades assistenciais e disponibilidade de recursos. Ambulatórios com suporte laboratorial podem organizar fluxos diferentes de unidades com acesso limitado. O protocolo deve preservar um núcleo viável de práticas prioritárias, como orientação sobre risco e encaminhamento diante de achados relevantes. A inclusão de biomarcadores caros ou procedimentos de imagem como exigência obrigatória pode aprofundar desigualdades e reduzir investimento em medidas mais básicas. A implantação deve ser gradual, auditável e sensível aos limites de cada território.

É importante evitar metas artificiais de melhora que não considerem risco basal ou gravidade inicial. Um serviço que atende pacientes mais graves pode apresentar maior frequência de comorbidades detectadas sem que isso signifique pior desempenho. Comparações entre instituições devem reconhecer composição da população, tempo de seguimento e disponibilidade de atendimento. O indicador mais relevante é a capacidade de transformar achados em ações justificadas e de acompanhar seus efeitos, não a quantidade de exames pedidos. Essa perspectiva pode orientar pesquisas futuras de implementação e avaliações econômicas.

A participação dos pacientes na avaliação dos serviços também fornece informações sobre obstáculos não visíveis em registros

clínicos. Espera prolongada, custos de deslocamento, comunicação insuficiente e dificuldades com medicações interferem na continuidade do cuidado. Investigações pragmáticas poderiam comparar modelos de cooperação entre dermatologia e atenção primária, mensurando tanto o controle da psoríase quanto fatores cardiovasculares e qualidade de vida. Até que essas abordagens sejam testadas, a organização proposta permanece um referencial plausível sustentado por recomendações clínicas, e não um programa de eficácia demonstrada por este artigo.

25. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psoríase deve ser acompanhada como condição imunomediada com implicações que ultrapassam a pele, sobretudo diante de sua associação com alterações cardiometabólicas e risco cardiovascular. A inflamação crônica, as vias IL-23/IL-17 e TNF, o tecido adiposo e a disfunção endotelial integram um cenário fisiopatológico plausível e heterogêneo. Entretanto, a presença desses mecanismos não demonstra que cada paciente tenha aterosclerose subclínica nem permite atribuir eventos vasculares exclusivamente à doença cutânea. O cuidado adequado exige distinguir mecanismos, associações observacionais e benefícios terapêuticos efetivamente demonstrados.

A principal implicação clínica é incorporar o rastreamento de fatores de risco tradicionais à prática dermatológica, com avaliação proporcional à gravidade, às comorbidades e à história individual. Pressão arterial, tabagismo, glicemia, perfil lipídico, adiposidade e antecedentes familiares oferecem informações essenciais para decisões preventivas. Marcadores como PCR-us, lipoproteína(a) e GlycA podem contribuir em cenários selecionados ou de pesquisa,

mas não substituem a avaliação clínica nem justificam exames indiscriminados. A participação de atenção primária, cardiologia, reumatologia e outras especialidades deve ser organizada conforme necessidades reais.

O controle da psoríase continua sendo objetivo terapêutico central por seus benefícios dermatológicos e para a qualidade de vida. Estudos observacionais sobre imunobiológicos e desfechos cardiovasculares apresentam achados relevantes, mas não autorizam prometer redução causal de infarto ou AVC com base exclusivamente na classe medicamentosa. A prevenção cardiovascular com eficácia reconhecida precisa ser mantida independentemente da resposta cutânea. Comunicação transparente, decisão compartilhada e seguimento contínuo são dimensões fundamentais da personalização responsável.

A agenda de pesquisa deverá incluir estudos prospectivos, intervenções pragmáticas e validação de biomarcadores em diferentes populações, especialmente em contextos latino-americanos. Uma abordagem personalizada de qualidade não depende apenas de tecnologias inovadoras: depende de reconhecer riscos tratáveis, garantir acesso, documentar resultados e revisar decisões conforme novas evidências. A integração entre saúde dermatológica e cardiometabólica fortalece uma assistência que considera simultaneamente inflamação, prevenção, segurança e experiência humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN ACADEMY OF DERMATOLOGY. Psoriasis clinical guideline. Disponível em: https://www.aad.org/member/clinical-

quality/guidelines/psoriasis. Acesso em: 8 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Psoríase: atualização do anexo em 18 de junho de 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/p/psoriase/view. Acesso em: 8 nov. 2026.

DONS, Maria et al. High-sensitivity C-reactive protein is associated with altered cardiac structure and function in psoriasis: the PSOCADIA study. IJC Heart & Vasculature, v. 61, artigo 101832, 2025. DOI: 10.1016/j.ijcha.2025.101832.

FRAGKOULI, Magdalini-Rigina et al. Lipoprotein (a) levels are elevated in psoriasis: an updated systematic review and meta-analysis. World Journal of Clinical Cases, v. 13, n. 33, artigo 112045, 2025. DOI: 10.12998/wjcc.v13.i33.112045.

LIN, Teng-Li et al. Cardiovascular disease risk in patients with psoriasis receiving biologics targeting TNF-α, IL-12/23, IL-17, and IL-23: a population-based retrospective cohort study. PLOS Medicine, v. 22, n. 4, e1004591, 2025. DOI: 10.1371/journal.pmed.1004591.

SHETH, Samip et al. Practical recommendations on cardiovascular risk evaluation in patients with psoriasis and psoriatic arthritis for dermatologists, rheumatologists, and primary care physicians by the Psoriasis and Psoriatic Arthritis Clinics Multicenter Advancement Network. Journal of Psoriasis and Psoriatic Arthritis, v. 10, n. 4, p. 124–130, 2025. DOI: 10.1177/24755303251337020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Consenso Brasileiro de Psoríase da SBD — 2024. Rio de Janeiro: SBD, 2024. Disponível

em: https://sbd.org.br/. Acesso em: 8 nov. 2026.

SONG, William B.; SOFFER, Daniel E.; GELFAND, Joel M. Using guidelines of care to lower cardiovascular risk in patients with psoriasis. Dermatologic Clinics, v. 42, n. 3, p. 417–428, 2024. DOI: 10.1016/j.det.2024.02.008.

SVEDBOM, Axel et al. Skin inflammation, systemic inflammation, and cardiovascular disease in psoriasis. JAMA Dermatology, v. 161, n. 1, p. 81–86, 2025. DOI: 10.1001/jamadermatol.2024.4433.

---

[1] Medicina — Universidad de Especialidades Espíritu Santo (UEES), Equador. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[2] Medicina — Corporación Universitaria Rafael Núñez, Colômbia. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[3] Medicina — Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Colômbia. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[4] Medicina — Universidad Metropolitana de Barranquilla, Colômbia. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.